

N. 47-147-156-195-406-562-639-676-762-1021
1775-1869-2042-2162-2465-2492-A-bis

CAMERA DEI DEPUTATI

RELAZIONE DELLA XII COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI SOCIALI)

presentata alla Presidenza il 26 marzo 2002

(Relatore: **MAURA COSSUTTA**, di minoranza)

SULLE

PROPOSTE DI LEGGE

n. 47, d'iniziativa del deputato GIANCARLO GIORGETTI

Norme in materia di procreazione medicalmente assistita

Presentata il 30 maggio 2001

n. 147, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**CÈ, BALLAMAN, BRICOLO, CAPARINI, DIDONÈ, GUIDO DUSSIN,
LUCIANO DUSSIN, ERCOLE, FONTANINI, DARIO GALLI, GIAN-
CARLO GIORGETTI, GIBELLI, LUSSANA, MARTINELLI, FRAN-
CESCA MARTINI, PAROLO, POLLEDRI, RIZZI, GUIDO ROSSI,
SERGIO ROSSI, STUCCHI, VASCON**

Norme in materia di procreazione medicalmente assistita

Presentata il 30 maggio 2001

n. 156, d’iniziativa del deputato BURANI PROCACCINI

Disposizioni in materia di fecondazione medicalmente assistita

Presentata il 30 maggio 2001

n. 195, d’iniziativa del deputato CIMA

Disciplina degli interventi medici sulla sterilità umana

Presentata il 30 maggio 2001

n. 406, d’iniziativa del deputato MUSSOLINI

Norme in materia di inseminazione artificiale
e di fecondazione *in vitro*

Presentata il 1° giugno 2001

n. 562, d’iniziativa del deputato MOLINARI

Norme in materia di procreazione medicalmente assistita

Presentata il 6 giugno 2001

n. 639, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**LUCCHESE, EMERENZIO BARBIERI, DORINA BIANCHI, D'ALIA,
GIUSEPPE DRAGO, GIUSEPPE GIANNI, LIOTTA, MAZZONI, TUCCI**

Disciplina della procreazione medicalmente assistita

Presentata il 7 giugno 2001

n. 676, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MARTINAT, BONO, GIANNI MANCUSO, MAZZOCCHI

Divieto di ogni forma di riproduzione umana
extracorporea medicalmente assistita

Presentata l'11 giugno 2001

n. 762, d'iniziativa del deputato **ANGELA NAPOLI**

Norme per la tutela dell'embrione e
della dignità della procreazione assistita

Presentata il 12 giugno 2001

n. 1021, d'iniziativa del deputato SERENA

Disposizioni in materia di irrevocabilità del consenso
nelle pratiche di procreazione assistita

Presentata il 21 giugno 2001

n. 1775, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MAURA COSSUTTA, PISTONE, BELLILLO

Norme sulle tecniche di procreazione medicalmente assistita

Presentata il 17 ottobre 2001

n. 1869, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BOLOGNESI, BATTAGLIA

Disciplina della procreazione medicalmente assistita

Presentata il 26 ottobre 2001

n. 2042, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

PALUMBO, MORONI, BAIAMONTE, STAGNO d'ALCONTRES

Norme in materia di riproduzione medicalmente assistita

Presentata il 28 novembre 2001

n. 2162, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

DEIANA, VALPIANA, TITTI DE SIMONE, MASCIA

Istituzione presso il Ministero della salute di una commissione
di studio sulle biotecnologie della riproduzione

Presentata il 14 gennaio 2002

n. 2465, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

PATRIA, CROSETTO

Norme per la tutela dell'embrione e la dignità
della procreazione assistita

Presentata il 5 marzo 2002

n. 2492, d'iniziativa del deputato **DI TEODORO**

Norme per la tutela dell'embrione e la dignità
della procreazione assistita

Presentata il 7 marzo 2002

ONOREVOLI COLLEGHI! — Nel corso della XIII legislatura le Camere hanno affrontato la discussione sulle tecniche di riproduzione medicalmente assistita, anche denominate « procreazione medicalmente assistita » (PMA). Un tema esaminato dapprima dalla Commissione Affari sociali della Camera dei deputati che dopo un lungo lavoro ha elaborato per la prima volta un testo unificato (atto Camera n. 414-A XIII legislatura), in seguito profondamente modificato dall'Aula, ed infine approdato al Senato della Repubblica che lo ha ulteriormente e, ancora più negativamente, a nostro avviso, modificato (atto Senato n. 4048).

Un *iter* parlamentare, dunque, complesso, molto sofferto, che se un unico pregio ha avuto è stato quello di aprire non solo nelle Aule parlamentari, ma nel Paese, una riflessione, un dibattito su un tema fino ad allora di esclusivo appannaggio degli « addetti ai lavori ».

Il dibattito si è quindi arricchito non solo del contributo di medici, ginecologi e specialisti della materia, ma ha coinvolto donne, gruppi femminili ed associazioni da anni impegnate nella riflessione e nell'elaborazione sul tema della PMA, convinte della necessità di non esser espropriate di una discussione che coinvolge l'identità, il corpo ed il sapere femminili.

Il dibattito ha quindi trascorso dalla discussione prettamente medico-scientifica, per affrontare il tema del corpo e del sapere delle donne, dell'uso della medicina come strumento invasivo del corpo femminile, del concetto di genitorialità; ma più in generale lo scontro ha interessato la sfera delle libertà individuali opponendo, infine, sostenitori di una concezione laica dello Stato e delle norme che lo regolano

ad una concezione, al contrario, di carattere confessionale. La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno elaborato testi legislativi che non solo, a nostro avviso, non si pongono al passo con l'evoluzione ed il processo di modificazione sociale che hanno interessato in questi anni la società civile, ma che addirittura hanno tentato di vanificare le conquiste democratiche, sociali e culturali, che in questi anni hanno prevalso nei comportamenti della società. Così i testi elaborati prima dalla Camera dei deputati e poi dal Senato della Repubblica hanno prodotto veri e propri « mostri » giuridici che dall'esclusione all'accesso alle tecniche di PMA per le donne *single* e le cosiddette « coppie di fatto », è giunto fino al riconoscimento dell'adottabilità dell'embrione. Si è prodotto dunque, proprio a partire dal disconoscimento della titolarità femminile nella riproduzione e del diritto all'autodeterminazione delle donne a decidere della propria maternità e del proprio corpo, un processo, dal punto di vista parlamentare, che se ha avuto il merito di contribuire ad aprire un dibattito nel Paese, ha prodotto dal punto di vista legislativo testi di legge che hanno tentato di introdurre principi giuridici di una pericolosità senza precedenti.

La presente proposta di legge vuole dunque tentare di rimettere al centro un punto di vista delle donne e certamente non vuole e non pretende di parlare a nome di tutte le donne rispetto alle tecnologie di inseminazione artificiale. In questo senso ci siamo avvalse del testo già presentato nella precedente legislatura, frutto di una discussione tra donne con lo scopo di costruire un punto di vista fem-

minile rispetto alle tecnologie di riproduzione artificiale.

L'intenzione di presentare una proposta legislativa è nata innanzitutto dalla volontà di interrogarsi sull'opportunità di una regolamentazione delle tecniche di PMA. La regolamentazione dei centri che praticano le tecniche di riproduzione assistita è tuttora affidata a due circolari ministeriali, rispettivamente del 1985 e del 1987 dai Ministri, della sanità *pro tempore*, Degan e Donat Cattin. La prima ha introdotto il divieto dell'effettuazione della fecondazione eterologa nei centri del Servizio sanitario nazionale, divieto peraltro privo di fondamento legislativo e che nei fatti ha favorito lo sviluppo dei soli centri privati. La seconda, auspicando la rapida definizione di un'organica disciplina legislativa in materia (nel 1987!), regola la raccolta di seme a fini di fecondazione con intervento di un donatore, rinviando ad atti successivi, mai peraltro adottati, la definizione dei requisiti dei centri. L'applicazione delle tecniche di fecondazione eterologa è pertanto attualmente lecita, riconosciuta da uno dei due atti a contenuto normativo vigenti, ed ammessa senza limiti né soggettivi né oggettivi.

Ma la cautela sull'opportunità di una puntuale definizione legislativa nasce dalla volontà di evitare la subalternità dal punto di vista tecnologico. Subalternità tanto più pericolosa per il soggetto femminile, poiché le tecnologie si ammantano di una presunta neutralità della scienza, neutralità che di per sé cancella la differenza di sesso. Le tecniche di PMA si presentano come «cura della sterilità» e con ciò scompare la differenza di posizione dei due sessi nella riproduzione e rispetto alle tecnologie stesse. Eppure l'inseminazione da donatore interessa la sterilità maschile, il *gamete intra Falloppion transfer* (GIFT), e la fecondazione *in vitro* quella femminile. Tale assenza di distinzione non valuta e non tutela come «bene» il corpo femminile, sul quale insistono tutte le tecniche, alcune delle quali comportano manipolazioni pesanti del corpo della donna. È comunque falsa la autorappresentazione

delle tecniche di PMA come «cura della sterilità»: in realtà, esse non mirano a risanare il corpo sterile, che rimane tale. Interventi quali l'inseminazione artificiale, la fecondazione *in vitro* o il GIFT sono in realtà trasferimenti di gameti o embrioni, che hanno la possibilità di trascendere le tradizionali coordinate spaziali e temporali dell'evento riproduttivo, scindendolo dall'atto sessuale.

Si aprono inedite prospettive di controllo sulla procreazione, attraverso l'aumento del potere medico, in contrasto con il movimento di opinione femminile e femminista che fin dallo scorso decennio aveva mirato a demedicalizzare l'evento nascita. Le potenzialità di applicazione della PMA vanno perciò ben oltre il diritto alla salute: non a caso si presentano problematiche giuridiche che non hanno riferimento diretto alla «cura della sterilità», come l'inseminazione di «donna sola», o lo statuto giuridico degli embrioni soprannumerari, prodotti con la fecondazione *in vitro*, o l'affitto dell'utero.

Le stesse categorie giuridiche di riferimento sono messe in discussione. Se è improprio appellarsi al «diritto alla salute» per tecniche che non mirano al benessere del corpo, è altresì dubbio che ci si possa riferire al «diritto del singolo» rispetto alla procreazione, trattandosi di un evento relazionale per eccellenza. Inoltre, ad iniziare dagli anni '70, con la legislazione sul divorzio, sull'aborto, sul diritto di famiglia, attraverso dibattiti e scontri che hanno coinvolto nel profondo la società italiana, è stato richiesto al diritto di rinunciare a regolare con un intervento diretto i rapporti relativi alla procreazione: lasciando alla dinamica sociale la libera ridefinizione di nuovi modelli di rapporto fra i sessi e ai singoli, in particolare alle donne con la legge 22 maggio 1978, n. 194, la piena responsabilità di dirimere eventuali conflittualità di natura etica in campo procreativo.

Al contrario, tramite la PMA, lo Stato è chiamato a reintervenire sul terreno dei rapporti fra i sessi e della procreazione, trovandosi di fronte a due fenomeni inediti, introdotti dalle tecnologie: svincolan-

dosi la riproduzione dal rapporto sessuale, un sesso può potenzialmente fare a meno dell'altro; mentre, rispetto al modello di genitorialità « naturale », si moltiplicano i « soggetti parentali », poiché appaiono le figure del donatore o della donatrice di gameti, la madre surrogata o colei che dà in affitto il proprio utero.

Fin dall'approvazione del nuovo diritto di famiglia (legge n. 151 del 1975), che equiparava i figli nati fuori dal matrimonio a quelli legittimi, lo Stato restituiva ai singoli la piena libertà delle scelte procreative, affidate all'esercizio della responsabilità individuale.

Il pluralismo di modelli oggi esistenti (famiglia, convivenza, « maternità solitaria ») è stato progressivamente sorretto e accompagnato da significativi processi sociali, primo fra tutti il processo di liberazione ed emancipazione delle donne. Ma la PMA « artificialmente » sconvolge i modelli di genitorialità esistenti, ed obbliga la società ad una rincorsa dei processi innescati dalla tecnologia stessa, senza una effettiva riflessione e un controllo sociale sugli stessi. Sicuramente non esiste una forma « naturale » della genitorialità che ha invece subito profondi mutamenti storici: tuttavia il brusco inserimento di inedite possibilità di relazioni nella procreazione con le tecnologie porta ad una « denaturalizzazione » rispetto al contesto socio-culturale attuale e al rapporto fra i sessi nella procreazione. Le conseguenze di questi processi sono paradossali.

In primo luogo lo sconvolgimento, che potenzialmente opera la PMA nei modelli sociali di riproduzione, spinge ad una richiesta « forte » di intervento rivolta al diritto.

Ma come Stefano Rodotà ha giustamente osservato, è difficile e rischioso chiedere al diritto di fornire valori che la società non esprime. Ovvero la premessa di intervento del diritto è l'esistenza di valori « forti » presenti nell'organizzazione sociale; valori attualmente inesistenti, poiché non è la società ad aver « prodotto » il progresso tecnologico, bensì è vero il contrario: sono le tecnologie ad innescare e a guidare i processi sociali, invo-

cando l'intervento del diritto e dell'etica quando il governo dei processi si rivela difficile.

In conclusione riteniamo che sia giusto orientarsi verso una legislazione che tenti di intervenire in modo critico correggendo le tendenze della medicina procreativa quando questa scardina la unicità del soggetto, frantuma la verità complessa della persona, altera i confini fra le specie umane e la materia ed azzera le differenze di genere, facendo agire quella « coscienza del limite », dando senso sociale ed umano all'innovazione tecnologica. Il che, sulla base dell'elaborazione teorica femminista e dell'esperienza storica del soggetto femminile, non significa affatto assecondare la conservazione del modello sociale familiare della riproduzione, sulla base di una presunta ed ideologica « naturalità » dello stesso, bensì ancorarsi alla certezza dei soggetti (e in primo del soggetto femminile, per il sapere che esprime e per la centralità che ricopre nella procreazione).

Ciò significa privilegiare l'interesse della tutela della salute, oggi compromessa dal proliferare di centri privati che si configurano come un vero e proprio mercato selvaggio senza alcuna garanzia di controllo sanitario; significa, altresì, evitare che l'apertura incontrollata di nuovi servizi crei, essa stessa, la domanda: questa sembra essere la situazione attuale. È probabile, infatti, che un eccessivo proliferare di nuovi servizi induca un'ulteriore domanda, tramite il complice diffondersi della cultura del « figlio a tutti i costi »: così, già avviene che la maggior parte delle coppie si rivolga ai centri, dopo un tempo relativamente breve di ricerca del figlio. Il che ipotizza la necessità di « decodificare » il problema « sterilità », dando la precedenza a ridefinizioni della domanda di tipo non medico, bensì psicologico e sociale. Occorre indagare il desiderio di maternità di fronte alle possibilità inedite che le tecniche offrono e la conseguente trasformazione del « desiderio » in « bisogno » e del « bisogno » in « diritto ».

Quanto all'accesso alle tecnologie, si individua nella donna il soggetto avente diritto in quanto la titolarità nella ripro-

duzione è femminile e il desiderio e la possibilità di diventare madre è affidata alla libertà e responsabilità della donna: non si diventa madri in forza del diritto.

Inoltre, come rileva Paolo Zatti, il nostro ordinamento non prevede norme che impongano condizioni di idoneità fisica o psichica nella procreazione. Prevalgono dunque i criteri di libertà e di privacy che, si badi bene, « non implicano una valutazione positiva dell'interesse a procreare, e men che mai delle singole decisioni procreative, ma solo una valutazione del tutto negativa dell'intrusione statale nella determinazione di condizioni o limiti alla libertà e privacy ». Una volta garantita la libertà di accesso alla PMA, è opportuno valutare come primario interesse il diritto del nascituro a una identità certa, nonché ad un patrimonio genetico non manipolato.

Da qui sorge la necessità di impedire pratiche come l'affitto di utero o la madre surrogata, nonché di impedire il disconoscimento del figlio/a, una volta che sia riconosciuto e attestato il desiderio maschile di coinvolgimento nel progetto di generare.

Quanto al destino degli embrioni soprannumerari, nonché ai limiti della ricerca scientifica ad essi applicata, si ritiene che il problema non possa risolversi in una legge di regolamentazione generale della PMA, dovendo peraltro maturare nella società e nella stessa comunità medico-scientifica un punto di vista che parta dalla « coscienza del limite ». Tuttavia si stabiliscono alcuni principi che reintegrano il potere e soprattutto la responsabilità dei soggetti, la donna o la coppia, che, con il loro progetto procreativo, hanno creato gli embrioni: sembra giusto che non siano espropriati di voce in capitolo nel decidere la destinazione o le modalità di utilizzazione degli embrioni.

La presente proposta di legge disciplina, dunque, le tecniche di PMA, alle quali possono aver accesso tutte le donne che abbiano compiuto la maggiore età, ed alle quali può associarsi il coniuge, il convivente o l'uomo che abbia intenzione

di assumere la paternità del nascituro (articolo 3).

L'esigenza che la donna, che intende sottoporsi alle tecniche di PMA, venga adeguatamente informata sul grado di invasività delle tecniche medesime ed esprima un consenso scritto anche in relazione ai possibili effetti collaterali ai quali può incorrere, è prevista dall'articolo 4. Particolare cura è stata posta allo stato giuridico del nato ed al disconoscimento di paternità, materia molto dibattuta, per la quale gli articoli 6 e 7 normano il divieto di disconoscimento di paternità nella fase successiva alla fecondazione dell'ovulo.

Le linee guida alle quali tutte le strutture autorizzate hanno l'obbligo di attenersi sono regolate da apposito decreto del Ministro della salute, secondo quanto definito dall'articolo 5; l'articolo 8 definisce i requisiti delle strutture autorizzate.

L'articolo 9 istituisce il registro delle strutture autorizzate presso l'Istituto superiore di sanità. Le modalità per la donazione dei gameti sono stabilite dall'articolo 10, che introduce limiti di età, (per le donne a trentacinque anni e a quaranta anni per gli uomini), e prevede l'accertamento dell'idoneità dei donatori al fine di escludere ogni possibile patologia infettiva o malattia ereditaria. L'articolo 11 reca norme per la raccolta e la conservazione di gameti e di embrioni. Le disposizioni sui divieti sono contenute nell'articolo 12, mentre il divieto di donazione umana è regolato dall'articolo 13.

La sperimentazione sugli embrioni umani è in generale vietata, mentre la ricerca clinica è consentita a condizione che si perseguano finalità cliniche o terapeutiche. L'articolo 16 vieta comunque la produzione di embrioni umani per fini di ricerca o sperimentazione, ogni forma di selezione a scopo eugenetico, nonché interventi di manipolazione, interventi di scissione e la fecondazione di gamete umano con gamete di specie diversa. L'articolo 17 prevede l'obbligo per il Ministro della salute di presentare ogni anno una relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge. Le sanzioni penali e

amministrative sono disciplinate dagli articoli 14 e 15, mentre la tutela della riservatezza dei dati personali, sia in merito alla donazione che alle persone che accedono alla procreazione, è regolata dall'articolo 18, che prevede anche la deroga alla legge n. 675 del 1996 nei casi di grave e comprovato pericolo per la salute del nato.

Il testo alternativo che propone una modifica sostanziale del testo licenziato in sede referente dalla XII Commissione per le parti indicate in precedenza vuole soprattutto testimoniare l'esistenza di un punto di vista diverso, non solo nelle Aule parlamentari, ma anche e soprattutto nel paese, con un dibattito che in questi anni, tra le donne, nel mondo scientifico e nell'opinione pubblica ha profondamente inciso nel pensiero comune. La presentazione di questo testo, dunque, intende dare voce ad un punto di vista laico, che prevede anche la possibilità di accesso alla fecondazione di tipo eterologo come in

precedenza evidenziato. La presentazione del testo unificato da parte della maggioranza, per la procedura alquanto superficiale e dettata da un'inspiegabile esigenza di celerità, su materia peraltro assai delicata, testimonia la superficialità e l'approssimazione con la quella il testo è stato approntato al punto che materia, quale la maternità surrogata viene menzionata soltanto nell'articolo concernente le sanzioni, in assenza del precetto. Una superficialità che testimonia la volontà politica di chiudere comunque un provvedimento piuttosto che di avere a cuore la salute dei cittadini e la volontà di regolamentare una materia che attiene anche alla sfera etica, morale e culturale dell'opinione pubblica.

Infine, preannuncio la richiesta di porre in votazione il testo alternativo, ai sensi dell'articolo 87, comma 1-bis, del regolamento.

Maura COSSUTTA,
Relatore di minoranza.

TESTO ALTERNATIVO DEL RELATORE DI MINORANZA (*)

(Ai sensi dell'articolo 79, comma 12, del Regolamento)

—

CAPO I

FINALITÀ

ARTICOLO. 1.

(Finalità).

1. La presente legge disciplina le tecniche e gli interventi di inseminazione artificiale, di fecondazione in vitro, di prelievo, di trasferimento e conservazione di gameti o embrioni umani.

(Alternativo all'articolo 1 del testo della Commissione).

CAPO II

ACCESSO ALLE TECNICHE

ARTICOLO. 2.

(Accesso alle tecniche).

1. L'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito ai soggetti di cui all'articolo 3 che abbiano espresso consenso informato di cui all'articolo 4.

(Alternativo all'articolo 4 del testo della Commissione).

ARTICOLO. 3.

(Requisiti soggettivi).

1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito alle donne che hanno compiuto la maggiore età e che presentano la relativa richiesta alle strutture autorizzate, ai sensi dell'articolo 8. Alla richiesta può associarsi, purché maggiorenne, il coniuge ovvero l'uomo che intenda riconoscere il nascituro ed assumere nei suoi confronti gli obblighi previsti dal codice civile, secondo le modalità stabilite dall'articolo 6 della presente legge.

(Alternativo all'articolo 5 del testo della Commissione).

(*) Nel presente testo è evidenziato, ove ricorra, con apposita indicazione in calce, il carattere alternativo dell'articolo rispetto a quello corrispondente del testo della Commissione. Gli articoli privi di indicazioni in calce devono considerarsi aggiuntivi rispetto al testo della Commissione. Il testo presuppone la soppressione degli articoli 2, 3, 15 e 16 del testo della Commissione.

ARTICOLO. 4.

(*Consenso informato*).

1. Prima del ricorso ed in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il medico, anche avvalendosi della figura professionale dello psicologo, informa in maniera dettagliata i soggetti di cui all'articolo 3 sui metodi e sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche stesse, sulle probabilità di successo e sui rischi dalle stesse derivanti, nonché sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per il nascituro e per colui a cui è riconosciuta la paternità. Le informazioni indicate dal presente comma e quelle concernenti il grado di invasività delle tecniche nei confronti della donna devono essere fornite per ciascuna delle tecniche applicate e in modo tale da assicurare la formazione di una volontà consapevole e validamente espressa.

2. La volontà dei soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto al medico responsabile della struttura di cui all'articolo 8 della presente legge, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione delle tecniche deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo.

(Alternativo all'articolo 6 del testo della Commissione).

ARTICOLO. 5.

(*Linee guida*).

1. Il Ministro della sanità, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, e previo parere del Consiglio superiore di sanità, definisce, con proprio decreto, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee guida contenenti l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

2. Le linee guida di cui al comma 1 sono vincolanti per tutte le strutture autorizzate.

3. Le linee guida sono aggiornate periodicamente, almeno ogni tre anni, in rapporto all'evoluzione tecnico-scientifica, con le medesime procedure di cui al comma 1.

(Alternativo all'articolo 7 del testo della Commissione).

CAPO III

DISPOSIZIONI CONCERNENTI
LA TUTELA DEL NASCITURO

ARTICOLO. 6.

(*Stato giuridico del nato*).

1. I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita sono figli legittimi o acquistano lo stato di figli

riconosciuti della madre o, ai sensi del codice civile, della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime secondo le disposizioni dell'articolo 7.

(Alternativo all'articolo 8 del testo della Commissione).

ARTICOLO. 7.

(Disconoscimento della paternità).

1. Per contestare lo stato di figlio legittimo o riconosciuto ai sensi dell'articolo 6, non sono ammesse l'azione di disconoscimento di paternità, ai sensi dell'articolo 235 del codice civile, o l'impugnazione del riconoscimento, ai sensi dell'articolo 263 del medesimo codice, salvo quanto disposto dal comma 2.

2. L'azione di cui all'articolo 235 del codice civile è ammessa qualora ricorrano le circostanze previste dal numero 3) del primo comma del medesimo articolo. In tale caso è ammessa la presentazione di prove idonee a dimostrare che il concepimento non è avvenuto a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita in relazione alle quali è stata sottoscritta la dichiarazione di volontà di cui all'articolo 6. L'azione indicata dall'articolo 263 del codice civile è consentita qualora ricorra la stessa circostanza di cui al periodo precedente.

(Alternativo all'articolo 9 del testo della Commissione).

CAPO IV

REGOLAMENTAZIONE DELLE STRUTTURE AUTORIZZATE ALL'APPLICAZIONE DELLE TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

ARTICOLO. 8.

(Strutture autorizzate).

1. Le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono applicate presso strutture pubbliche e private autorizzate dalle regioni ed iscritte al registro di cui all'articolo 9.

2. Con decreto del Presidente della Repubblica, da emanare, ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti, sono definiti:

a) i requisiti tecnico-scientifici ed organizzativi delle strutture di cui al comma 1;

b) le caratteristiche del personale delle strutture;

c) i criteri per la determinazione della durata delle autorizzazioni e dei casi di revoca delle stesse;

d) le modalità di svolgimento dei controlli periodici sulle strutture e sulla qualità dei servizi erogati;

e) i protocolli di ricerca clinica e sperimentale sull'embrione limitatamente ai casi di cui all'articolo 11.

(Alternativo all'articolo 10 del testo della Commissione).

ARTICOLO. 9.

(Registro).

1. È istituito, con decreto del Ministro della sanità, presso l'Istituto superiore di sanità, il registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

2. L'iscrizione al registro di cui al comma 1 è obbligatoria.

3. L'Istituto superiore di sanità raccoglie e diffonde, in collaborazione con gli osservatori epidemiologici regionali, le informazioni necessarie al fine di consentire la trasparenza e la pubblicità delle tecniche di procreazione medicalmente assistita adottate e dei risultati conseguiti.

4. L'Istituto superiore di sanità raccoglie le istanze, le informazioni, i suggerimenti, le proposte delle società scientifiche e degli utenti riguardanti la procreazione medicalmente assistita.

5. Le strutture di cui al presente articolo sono tenute a fornire agli osservatori epidemiologici regionali ed all'Istituto superiore di sanità i dati necessari per le finalità indicate dall'articolo 17 nonché ogni altra informazione necessaria allo svolgimento delle funzioni di controllo e di ispezione da parte delle autorità competenti.

(Alternativo all'articolo 11 del testo della Commissione).

ARTICOLO. 10.

(Donazione di gameti).

1. La donazione di gameti avviene previo consenso informato e validamente espresso del donatore. La donazione è volontaria e gratuita e può essere effettuata da ogni persona di età non inferiore a diciotto anni e di età non superiore, per la donna, a trentacinque anni, e, per l'uomo, a quaranta anni.

2. I responsabili dei centri di raccolta e conservazione dei gameti di cui all'articolo 11 provvedono ad accertare l'idoneità del donatore allo scopo di escludere la trasmissione di patologie infettive o di malattie ereditarie secondo protocolli definiti con decreto del Ministro della salute, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. I dati relativi al donatore sono riservati, salvo quanto disposto dall'articolo 18.

4. Non è consentito l'utilizzo dei gameti di uno stesso donatore per più di cinque gravidanze positivamente portate a termine.
5. Nessun rapporto giuridico si costituisce tra il nato e il donatore.

ARTICOLO. 11.

(Centri di raccolta e conservazione di gameti e di embrioni).

1. La donazione di gameti è effettuata esclusivamente presso centri pubblici di raccolta e conservazione dei gameti appositamente autorizzati dalle regioni, nell'ambito della programmazione regionale, ed iscritti al registro.

2. Il Ministro della salute, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, con proprio decreto, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, stabilisce:

a) i criteri per la determinazione della durata delle autorizzazioni e dei casi di revoche delle stesse;

b) i requisiti tecnico-scientifici ed organizzativi dei centri di cui al presente articolo;

c) le modalità di conservazione dei gameti;

d) gli indirizzi per lo svolgimento di attività di informazione sulle donazioni nonché sulle modalità attraverso le quali queste ultime sono promosse e realizzate;

e) le modalità per consentire l'autoconservazione dei gameti limitatamente ai casi in cui sia prescritta una terapia che possa compromettere la capacità riproduttiva dei soggetti che ad essa si sottopongono, nonché le modalità di autorizzazione per la loro esportazione ed importazione, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 12, comma 1, lettera c);

f) le modalità per l'utilizzo dei gameti femminili residuali a cicli di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

3. La conservazione degli embrioni derivanti dalle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentita per un massimo di cinque anni nei centri di cui al presente articolo. Entro tale termine, i soggetti di cui all'articolo 3 che non desiderino utilizzare gli embrioni medesimi per una gravidanza possono:

a) richiedere al centro la distruzione degli embrioni;

b) consentire l'utilizzazione degli embrioni, al fine di rendere possibile la gravidanza di un'altra donna, previa rinuncia al riconoscimento del nascituro;

c) autorizzare l'uso degli embrioni nell'ambito di ricerche cliniche e sperimentali, nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 16.

4. Nel caso di cui al comma 3, lettera *b*), è assicurata la riservatezza dei soggetti coinvolti.

5. I centri di cui al presente articolo sono tenuti a fornire all'Istituto superiore di sanità le informazioni necessarie per le finalità previste dall'articolo 17 nonché ogni altra informazione necessaria allo svolgimento della funzione di controllo e di ispezione da parte delle autorità competenti.

ARTICOLO. 12.

(Divieti).

1. Sono vietati:

a) il prelievo di gameti e di embrioni per destinarli all'attuazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita senza il consenso esplicito dei soggetti di cui all'articolo 3;

b) ogni forma di remunerazione diretta od indiretta, immediata o differita, in denaro od in qualsiasi altra forma, per le cessioni di gameti o di embrioni. Sono altresì vietate ogni forma di intermediazione commerciale finalizzata alla cessione di gameti o di embrioni nonché qualunque forma di promozione commerciale delle tecniche di procreazione medicalmente assistita;

c) l'importazione o l'esportazione di gameti e di embrioni;

d) la miscelazione di liquido seminale proveniente da soggetti diversi;

e) l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita in strutture diverse da quelle autorizzate ai sensi dell'articolo 8 o la donazione e la raccolta di gameti in strutture diverse dai centri di cui all'articolo 11 o la donazione effettuata a favore di un soggetto la cui identità sia nota al donatore.

2. È vietata altresì qualsiasi forma di surrogazione della madre, nonché di prestito o di affitto del corpo della donna a scopo di gravidanza. Qualsiasi accordo in tale senso è nullo.

ARTICOLO. 13.

(Divieto di clonazione umana).

1. Ai fini previsti dalla presente legge si intende per clonazione umana il processo volto ad ottenere un essere umano discendente da un'unica cellula di partenza, eventualmente identico, quanto al patrimonio genetico nucleare, ad un altro essere umano in vita o morto.

2. I processi di clonazione umana sono vietati. Chiunque realizzi, anche parzialmente, un processo di clonazione umana è punito con la reclusione da dieci a venti anni, con la radiazione dall'albo

professionale, con la interdizione perpetua dall'esercizio della professione e con la multa da 51.000 euro a 154.000 euro.

CAPO V

SANZIONI

ARTICOLO. 14.

(Sanzioni penali).

1. Chiunque applichi le tecniche di procreazione medicalmente assistita a soggetti che non soddisfino le condizioni richieste dall'articolo 3 è punito con la reclusione da due a cinque anni e con la multa da 12.000 euro a 25.000 euro.

2. Chiunque contravvenga ai divieti di cui all'articolo 12, comma 1, lettere *a)* e *d)*, è punito con la reclusione da quattro a otto anni e con la multa da 25.000 euro a 103.000 euro.

3. Chiunque contravvenga ai divieti di cui all'articolo 12, comma 1, lettere *b)* e *c)*, è punito con la reclusione da quattro a otto anni e con la multa da 51.000 euro a 154.000 euro.

4. Chiunque contravvenga al divieto di cui all'articolo 16, comma 1, è punito, qualora il fatto non costituisca più grave reato, con la reclusione fino a tre anni e con la multa, da 2.000 euro a 10.000 euro.

5. Chiunque compia le attività di sperimentazione previste dall'articolo 16, comma 4, lettere *a)*, *b)* e *c)*, è punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da 2.000 euro a 10.000 euro.

6. Chiunque compia le attività di sperimentazione previste dall'articolo 16, comma 4, lettera *d)*, è punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da 2.000 euro a 10.000 euro.

7. All'esercente la professione sanitaria che contravvenga ai divieti indicati dai commi 1, 2, 3, 4 e 5 si applica la pena accessoria della interdizione dall'esercizio della professione per un periodo della durata massima di cinque anni. In caso di violazione del divieto di cui al comma 6 si applica la pena accessoria dell'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.

(Alternativo all'articolo 12 del testo della Commissione).

ARTICOLO. 15.

(Sanzioni amministrative).

1. La violazione delle disposizioni della presente legge da parte delle strutture di cui all'articolo 8 o dei centri di cui all'articolo 11 è punita con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da 25.000 euro a 203.000 euro, nonché con la revoca dell'autorizzazione.

2. Chiunque applichi le tecniche di procreazione medicalmente assistita in strutture diverse da quelle autorizzate di cui all'articolo 8

o accetti la donazione di gameti in strutture diverse dai centri di cui all'articolo 11 o esegua ricerche chimiche e sperimentali sugli embrioni di cui al citato articolo 11, comma 3, lettera *c*), in strutture diverse da quelle di cui all'articolo 11, è punito con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da 51.000 euro a 154.000 euro, nonché con la cancellazione dall'albo professionale.

3. L'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita all'interno di strutture sanitarie non autorizzate ovvero autorizzate per finalità diverse da quelle indicate dalla presente legge, nonché l'accettazione della donazione di gameti in centri diversi da quelli di cui all'articolo 11, sono punite con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da 51.000 euro a 154.000 euro. Nei casi previsti dal presente comma è altresì disposta, rispettivamente, la chiusura della struttura o la revoca dell'autorizzazione.

CAPO VI

MISURE DI TUTELA DELL'EMBRIONE

ARTICOLO. 16.

(Sperimentazione sugli embrioni umani).

1. È vietata qualsiasi sperimentazione su embrioni umani, salvo quanto disposto dal comma 2.

2. La ricerca clinica e sperimentale sugli embrioni umani è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo degli stessi embrioni, e qualora non siano disponibili metodologie alternative.

3. La ricerca clinica e sperimentale sugli embrioni di cui all'articolo 11, comma 3, lettera *c*), è consentita solo presso le strutture pubbliche che ne facciano richiesta, sulla base dei protocolli previamente approvati dal Ministro della salute di cui all'articolo 8, comma 2, lettera *e*).

4. Sono, comunque, vietati:

a) la produzione di embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione;

b) ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali;

c) interventi di scissione precoce dell'embrione o disectogenesi sia a fini procreativi sia di ricerca;

d) la fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa e la produzione di ibridi o di chimere;

(Alternativo all'articolo 13 del testo della Commissione).

CAPO VII

DISPOSIZIONI FINALI

ARTICOLO. 17.

(Relazione del Parlamento).

1. L'Istituto superiore di sanità predispone, entro il 28 febbraio di ciascun anno, una relazione annuale per il Ministro della sanità in base ai dati raccolti ai sensi dell'articolo 11, comma 5, sull'attività delle strutture autorizzate, con particolare riferimento alla valutazione epidemiologica delle tecniche e degli interventi effettuati.

2. Il Ministro della sanità, sulla base dei dati indicati al comma 1, presenta entro il 30 giugno di ogni anno una relazione al Parlamento sull'attuazione della presente legge.

(Alternativo all'articolo 14 del testo della Commissione).

ARTICOLO. 18.

(Tutela della riservatezza).

1. I dati relativi alle persone che utilizzano le tecniche di procreazione medicalmente assistita previste dalla presente legge e quelli riguardanti i nati a seguito dell'applicazione delle medesime tecniche sono riservati.

2. Le operazioni relative alle tecniche di procreazione medicalmente assistita devono essere registrate in apposite cartelle cliniche presso le strutture autorizzate ai sensi della presente legge, con rispetto dell'obbligo di riservatezza dei dati ivi annotati.

3. In deroga a quanto previsto dalla legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modificazioni, l'identità del donatore, può essere rivelata, su autorizzazione dell'autorità giudiziaria, qualora ricorrano circostanze che comportino un grave e comprovato pericolo per la salute del nato.

ARTICOLO. 19.

(Copertura finanziaria).

1. Per le attività relative agli articoli 8 e 11 il cui onere è valutato rispettivamente in 1.032.914 euro ed in 4.131.655 euro annui, a decorrere dal 2002, è autorizzata la spesa di 5.164.569 euro annui a decorrere dall'esercizio 2002.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, valutati in 5.164.569 euro annui a decorrere dall'anno 2002, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2002-2004, nell'ambito dell'unità previsionale di base corrente « Fondo speciale » dello stato di previsione del Ministero

dell'Economia e delle finanze per l'anno 2002, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

(Alternativo all'articolo 17 del testo della Commissione).

