CAMERA DEI DEPUTATI N. 3801

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BARONTINI, POGGIOLINI, DA MOMMIO

Presentata il 30 maggio 1986

Norme sulla inseminazione artificiale nella donna

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Secondo recenti statistiche la sterilità delle coppie è del 14/15 per cento, e dipende in circa il 60 per cento dei casi dalla donna, nel resto dall'uomo.

Nonostante che la scienza medica e biologica abbia affrontato in maniera concreta, solo negli ultimi tempi, il problema della fecondazione artificiale omologa ed eterologa; ed ancor più recentemente si siano aperti, sviluppati ed incrementati gli studi sulla fecondazione *in vitro*, nella storia della medicina il problema della sterilità e delle conseguenti misure per superarla è stato oggetto di numerose ricerche e studi.

I primi tentativi per ottenere dati scientifici risalgono al Malpighi (1628-1649). Si ricorda che nel 1785 Thouret riuscì a fecondare la propria moglie mediante iniezione intravaginale di liquido seminale, raccolto in una siringa di stagno. Nel 1866 il ginecologo Marion Sims ottenne un solo successo su 85 tentativi, iniettando lo sperma direttamente nell'utero. Nel 1884 Pancoast fece la prima inseminazione eterologa; e nell'anno 1885 fu creata, in Francia, una società per la pratica dell'inseminazione artificiale.

Il 5 maggio 1979 il Consiglio d'Europa votò una raccomandazione agli Stati membri allo scopo di armonizzare le varie legislazioni in materia di fecondazione artificiale. Nelle raccomandazioni di Strasburgo è richiesto il rispetto dei seguenti principi: richiedere il consenso della donna e, se questa è sposata, del marito, tanto per la inseminazione omologa quanto per quella eterologa; disporre rigorose garanzie sanitarie per la conservazione dello sperma; sancire la responsabilità del medico e la gratuità della cessione del seme; rendere obbligatorio il segreto; dichiarare automatico il riconoscimento della paternità da parte del marito o convivente che ha dato il consenso; vietare i rapporti fra donatore del seme ed il nato dalla inseminazione.

In un convegno internazionale tenutosi a Copenaghen nel 1981, si discussero ampiamente tutti i problemi della genetica e si sfiorò anche quello della fecondazione artificiale mettendo in guardia il legislatore contro il pericolo che la rapida evoluzione della scienza renda antiquate le leggi appena pubblicate.

Per quanto riguarda l'orientamento religioso è da ricordare, oltre al divieto della inseminazione pronunciato dal Sant'Uffizio nel 1897, la condanna espressa da Pio XII sul modo di ottenimento dello sperma mediante masturbazione. In tempi più recenti la chiesa cattolica, specie in rapporto al concilio Vaticano II, sembra più propensa, e per lo meno lo sono alcuni qualificati studiosi cattolici, a riconoscere che l'inseminazione è, sostanzialmente, un mezzo tecnico al quale si ricorre per soddisfare il desiderio di maternità e di paternità che sono postulati essenziali della natura umana.

La vera rivoluzione riproduttiva (termine suggestivo usato da Peter Singer) ha avuto, comunque, inizio nel luglio del 1978 quando cioè nacque Louise Brown, primo essere umano concepito al di fuori del corpo umano. La tecnica utilizzata per raggiungere tale risultato è costituita dalla fecondazione *in vitro*. Da allora si sono moltiplicati gli studi, le esperienze, gli approfondimenti in settori sempre più suggestivi ed affascinanti della biologia e della genetica costituiti dal congelamento degli embrioni, la donazione degli embrioni, la maternità delegata, la selezione sessuale, l'ingegneria genetica.

A parte tali studi, ancora suscettibili di approfondimenti e di discussione, non solo di carattere scientifico ma anche morale e filosofico, occorre segnalare il fatto che sono andati costituendosi molti gruppi di studio per la fecondazione *in vitro*.

Il gruppo della Monash University, in Australia, tiene conservati circa duecento embrioni in idrogeno liquido a —196°. Altro gruppo di grande rilevanza è quello della Università di Southern di Los Angeles in California. Nel 1980 a Norfolk, in Virginia (USA) venne aperta la prima clinica per la fecondazione artificiale *in vitro*, e nel 1981 nacque Elizabeth Carr, la prima bambina venuta alla luce negli Stati Uniti grazie alla fecondazione artificiale *in vitro*.

Per quanto riguarda la fecondazione artificiale *in vitro*, contrariamente a quanto sta avvenendo per la fecondazione artificiale sulla quale sembrano stiano dissipandosi, gradualmente, anche alcune riserve di carattere morale, sono state avanzate numerose obiezioni. Le riserve più comuni possono essere così sintetizzate: l'inseminazione artificiale *in vitro* è innaturale; è rischiosa per la prole; separa l'aspetto procreativo da quello coniugale del matrimonio, e così danneggia il rapporto tra coniugi; è illecita perché comporta la masturbazione. Viene, inoltre, rilevato che l'adozione sarebbe una soluzione migliore al problema della mancanza di figli, e che l'inseminazione artificiale *in vitro* è un lusso costoso e che si potrebbero meglio impiegare le risorse; ed infine che accresce il controllo della riproduzione da parte degli uomini e perciò mette in pericolo lo *status* delle donne nella comunità. Alla prima obiezione si può replicare affermando che se dovessimo rifiutare i progressi della medicina in base al fatto che sono « innaturali » dovremmo, allora, rinunciare a tutta la medicina moderna, poiché lo scopo dell'attività medica è quello di opporsi ai danni della natura che, altrimenti, renderebbero la nostra vita più breve ed assai meno piacevole. In secondo luogo non vi è nulla di più naturale per l'uomo di fare uso dell'intelligenza di cui dispone per superare situazioni avverse. L'utilizzazione della fecondazione artificiale *in vitro* per le coppie sterili costituisce un esempio classico dell'uso dell'intelligenza umana. Quanto al rischio per la prole si può affermare che con la fecondazione *in vitro* i pericoli di deformazioni ai quali può andare incontro il nascituro non appaiono maggiori dei più comuni metodi di concepimento.

Quanto alle riserve relative al deterioramento dei rapporti coniugali come conseguenza dell'uso di una tecnica che dà

loro la migliore opportunità per avere un proprio figlio, esse appaiono frutto di un atteggiamento eccessivamente paternalistico, e sono difficilmente difendibili fuori dell'ambito di determinate confessioni che le avanzano. La stessa valutazione è riproponibile per l'opposizione alla masturbazione. Merita, invece, una più attenta riflessione l'obiezione secondo cui l'inseminazione artificiale *in vitro* si dà come un lusso costoso e che le risorse potrebbero essere meglio utilizzate. In un mondo già sovrappopolato, con tanti bambini che non possono essere adeguatamente nutriti ed educati, appare assurdo utilizzare la medicina per procreare più bambini. Ed è, nel contempo, ragionevole domandarsi perché si debba dare priorità allo sviluppo di tecniche costose per affrontare il problema della sterilità che è, relativamente, grave.

Nell'affrontare la proposta di legge sulla fecondazione artificiale e sulla fecondazione artificiale *in vitro* si pongono, ineluttabilmente, alcuni problemi di non facile soluzione, di ordine etico-filosofico, giuridico, scientifico ed organizzativo.

Il primo quesito è costituito dalla domanda se possa essere consentita la inseminazione artificiale *in vivo* o *in vitro* solo alla donna coniugata o con *partner*, od anche alla donna non coniugata o senza *partner*.

A sostegno della prima ipotesi vi sono tutte le argomentazioni, indubbiamente cariche di ragionevoli e lecite preoccupazioni, sul ruolo della paternità, sulla importanza, quindi, del padre per uno sviluppo armonico, sul piano fisico e psichico del nascituro, e sulla valenza sociale della compiutezza del nucleo familiare nel quale il nascituro dovrà inserirsi.

A sostegno della seconda ipotesi vi è il valore irrinunciabile della libertà e dell'autodeterminazione della donna. In sostanza, escludendo la donna senza coniuge o *partner*, dalla fecondazione artificiale *in vivo* o *in vitro* si priverebbe la stessa di un diritto fondamentale, il diritto alla maternità; ma soprattutto si creerebbe una discriminazione tra la donna infecondata per motivi patologici, alla quale verrebbe preclusa la possibilità della maternità, e la donna feconda alla quale nessuna legge può precludere la possibilità di maternità anche se non coniugata o senza *partner*. Il soggetto più debole, la donna infecondata per motivi patologici, verrebbe ad essere privata di una libertà che invece è concessa (e la moderna legislazione sul diritto di famiglia lo testimonia) dalla possibilità di avere e di riconoscere un figlio al quale vengono, giustamente, riconosciuti tutti i diritti.

Abbiamo creduto di optare per la seconda ipotesi ritenendo, in sostanza, prioritario, rispetto al pur importantissimo valore civile e sociale della paternità, quello della libertà di scelta e della eguaglianza di trattamento, diritti sanciti dalla Costituzione.

Un secondo problema riguarda le caratteristiche dei centri per la inseminazione artificiale e la fecondazione *in vitro*. Anche in questo caso la questione si articola in due possibilità di attuazione ed in due « filosofie » di organizzazione e di impostazione funzionale.

La prima è quella di porre a disposizione del cittadino servizi il più possibile decentrati, facilmente raggiungibili, capillarmente distribuiti, strutturalmente elementari; in grado di poter compiere l'opera di *dépistage*, di verifica e di analisi della domanda nonché di approccio sociologico, psicologico ed interpersonale tra offerta del servizio e domanda dello stesso.

Questa ipotesi presupponeva l'individuazione di strutture, funzionalmente e strutturalmete collegate – in termini operativi ed istituzionali – con le unità sanitarie di base, e la costituzione di centri per la fecondazione distinti dalle banche del seme che, necessariamente, non potevano che essere limitate di numero per la complessità dell'apparato tecnologico che le distingue.

Questa prima ipotesi, se può sembrare più soddisfacente sul piano del rapporto servizio/utente, comporta tuttavia due rischi di grande rilievo; il primo costituito dalla separazione funzionale tra struttura consultoriale, centro di inseminazione e banca del seme; il secondo co-

stituito dalla impossibilità di collegare, operativamente e funzionalmente, i centri per la inseminazione artificiale ed *in vitro* con i centri di ricerca biologica, clinica e fisiopatologica delle università e con i centri di alto livello scientifico.

Abbiamo preferito, quindi, scegliere la seconda ipotesi che prevede la costituzione di pochi centri, collegati colle università, comprendenti al loro interno sia il servizio di consultorio medico-psicologico, sia il servizio di vera e propria inseminazione, sia il centro per la conservazione del seme. Ad una certa concezione di carattere più « partecipativo » abbiamo preferito un'impostazione in cui la preparazione tecnico-scientifica del personale e l'adeguatezza tecnologica delle attrezzature possano consentire maggiore efficienza ed efficacia di intervento.

Un terzo motivo da valutare era rappresentato dal tipo di personale cui affidare la direzione del centro; se cioè affidarlo ad uno specialista in ostetricia e ginecologia oppure se includervi anche il fisiopatologo della riproduzione.

Abbiamo optato per la prima ipotesi per due ordini di motivi.

In primo luogo perché appare ancora incerta la definizione di fisiopatologo della riproduzione, la quale appartiene tuttora al campo più vasto della fisiopatologia generale.

Infatti, dal momento che il fisiopatologo generale ha competenze anche di fisiopatologia della riproduzione, si potrebbe verificare l'eventualità, non certamente condivisibile, di vedere affidata la direzione di un centro per la inseminazione artificiale o *in vitro* ad un fisiopatologo generale.

Il secondo motivo è dato dal fatto che in Italia esistono pochi corsi di specializzazione in fisiopatologia della riproduzione.

Abbiamo, pertanto, preferito una definizione più semplice, meno incerta della figura professionale cui affidare la direzione del centro, e cioè quella dello specialista in ostetricia, ginecologia ed andrologia.

PROPOSTA DI LEGGE

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. L'inseminazione artificiale omologa ed eterologa e la fecondazione *in vitro* costituiscono supporto e complemento alla procreazione, e sono consentite solo nei casi previsti dalla presente legge e con l'osservanza delle disposizioni in essa contenute.

2. È vietato fare ricorso all'inseminazione artificiale ed alla fecondazione *in vitro* per fini eugenetici e selettivi.

ART. 2.

1. L'inseminazione artificiale e la fecondazione *in vitro* della donna possono essere praticate solo presso i centri di inseminazione artificiale autorizzati dal Ministro della sanità e da un medico specializzato in ostetricia, ginecologia o andrologia, che abbia i requisiti scientifici e di esperienza professionale indicati con decreto del Ministro della sanità.

ART. 3.

1. I centri pubblici e privati per l'inseminazione artificiale e per la fecondazione *in vitro* di cui all'articolo 2 sono costituiti da:

a) il servizio di accettazione o consultorio in ordine alle esigenze di conoscenza o consulenza sul piano psicologico, fisiologico e sociale;

b) dal centro vero e proprio di inseminazione;

c) dalla banca del seme.

2. Tali centri sono collegati alle università e fanno capo ad una unicità di organizzazione e di gestione.

ART. 4.

1. Il presidio sanitario autorizzato non può procedere alla inseminazione artificiale od alla fecondazione *in vitro* se non dopo avere effettuato sulla donna accertamenti sanitari i quali escludano l'esistenza di gravi rischi per la donna o per il nascituro in relazione alla gravidanza o al parto. La donna informata di eventuali rischi decide circa l'effettuazione dell'inseminazione artificiale o della fecondazione *in vitro*.

ART. 5.

1. L'inseminazione artificiale omologa ed eterologa e la fecondazione *in vitro* possono essere effettuate sia su donna coniugata che su donna non coniugata. Ove avvenga su donna non coniugata è necessario il consenso dell'eventuale *partner*. La richiesta e l'accordo debbono risultare da una dichiarazione scritta rilasciata al medico del centro di inseminazione autorizzato, che ha l'obbligo di conservarla.

ART. 6.

1. L'inseminazione artificiale eterologa viene effettuata con sperma che è disponibile presso la banca del seme di cui all'articolo 7.

ART. 7.

1. Presso i centri di inseminazione artificiale e di fecondazione *in vitro* autorizzati è istituita la banca del seme allo scopo di raccogliere e conservare sperma fresco o congelato, comunque non derivante da miscele di seme di persone diverse, con il quale deve avvenire l'inseminazione.

ART. 8.

1. Sono istituiti centri di raccolta dati con il compito di raccogliere e classificare, con criteri di assoluta segretezza, gli elementi relativi ai donatori con particolare riferimento a quelli fisiopsichici.

ART. 9.

1. Ogni cittadino di età non inferiore agli anni 18 e non superiore agli anni 40 può donare gratuitamente e volontariamente il proprio sperma. Il donatore deve sottoporsi ad accertamenti presso un centro autorizzato cui spetta di valutare la sua idoneità ad una donazione esente da rischi di trasmissione di malattie ereditarie, contagiose o comunque pericolose per la salute del nascituro e della donna.

2. I donatori idonei vengono indirizzati ad uno dei centri di raccolta dati di cui all'articolo 7, il quale a sua volta, raccolti gli elementi di sua competenza, invia i donatori, in forma anonima, ad una banca del seme per la donazione.

3. Al donatore, il cui sperma è stato utilizzato per l'inseminazione, non spetta alcun diritto nei confronti della persona nata dalla inseminazione stessa.

ART. 10.

1. L'inseminazione eterologa ed omologa e la fecondazione *in vitro* è consentita nella donna che abbia conseguito la maggiore età.

ART. 11.

1. Il centro è tenuto ad assicurare l'anonimato della donna, della coppia o dei coniugi che hanno richiesto l'inseminazione artificiale omologa ed eterologa o la fecondazione *in vitro* e di coloro che hanno donato il seme.

ART. 12.

1. La persona nata da inseminazione artificiale omologa o eterologa o da fecondazione *in vitro* è considerata figlio legittimo della donna che lo ha partorito e del *partner* che, con essa, ha sottoscritto la richiesta e l'accordo.

ART. 13.

1. È vietata l'inseminazione artificiale e la fecondazione *in vitro*:

a) su donna che non ha fatto richiesta ai sensi dell'articolo 4;

b) in strutture o da parte di operatori non autorizzati;

c) senza l'accordo del *partner* nei casi di cui all'articolo 5;

d) con miscele di seme provenienti da persone diverse;

e) senza gli accertamenti di cui all'articolo 9.

2. Chiunque effettui l'inseminazione in violazione dei divieti di cui al comma 1 è punito con la reclusione da uno a cinque anni.

3. La stessa pena si applica a chiunque violi il divieto di cui all'articolo 7.

ART. 14.

1. È vietato l'impianto dell'uovo fecondato in segmentazione in donna diversa da quella che ha sottoscritto la richiesta e che, a tutti gli effetti di legge è madre del nascituro, di fecondazione *in vitro* di un proprio gamete o di gamete proveniente da altra donna.

ART. 15.

1. Chiunque raccoglie e conserva seme destinato all'inseminazione artificiale al di fuori di quanto stabilito dalla presente

legge è punito, se il fatto non costituisce reato più grave, con la multa da lire 500.000 a lire 6 milioni.

ART. 16.

1. Chiunque violi il segreto prescritto dall'articolo 8 e dall'articolo 11 o comunque diffonda notizie tendenti all'identificazione, prima o dopo l'inseminazione, del donatore di seme o della donna, è punito con la reclusione da uno a 5 anni.

ART. 17.

1. Agli operatori sanitari che commettano alcuno dei reati previsti dalla presente legge, si applica la pena accessoria dell'interdizione dall'esercizio della professione per un periodo non inferiore ai due anni.

ART. 18.

1. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, con proprio decreto, determina i requisiti tecnico-scientifici di cui devono essere dotati i centri autorizzati alla inseminazione artificiale e alla fecondazione *in vitro*.

2. Entro il medesimo termine il Ministro della sanità stabilisce, con proprio decreto, i tipi e le modalità degli accertamenti sanitari da effettuare ai sensi degli articoli 3 e 9.