CAMERA DEI DEPUTATI N. 2931

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

SAIA, NARDINI

Norme sull'inseminazione artificiale, la fecondazione *in vitro* e il trasferimento di gameti ed embrioni

Presentata il 20 luglio 1995

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Ripresentiamo questa proposta di legge, che è stata elaborata, nella XI legislatura, grazie ad una relazione significativa che si è instaurata fra donne parlamentari, innanzitutto la senatrice Grazia Zuffa, donne impegnate in gruppi che operano per la salute delle donne, esperte del settore.

Ci siamo avvalse anche di contributi di conoscenza di uomini e ancora ce ne avvarremo in sede di discussione parlamentare: ma il riferimento primario, nel lavoro di stesura della presente proposta di legge, è stato al sapere e al desiderio femminili, con lo scopo di costruire un punto di vista di donne rispetto alle tecnologie di riproduzione artificiale.

Un punto di vista, si badi bene, che non pretende affatto di parlare a nome del genere femminile tutto: il che non sarebbe nè possibile nè auspicabile. Al contrario, esso si radica e si rende riconoscibile attraverso la relazione concreta di quelle donne che insieme hanno operato e, dunque, è aperto al confronto con altre elaborazioni di donne innanzitutto, e di uomini. Per queste ragioni la proposta di legge reca la firma di donne parlamentari che si sono riconosciute, prima ancora che nei contenuti, nella pratica che ha portato alla stesura della proposta stessa, ossia, nella valorizzazione di un sapere di donne.

Ci siamo in primo luogo interrogate sull'opportunità di una regolamentazione delle TRA (tecnologie della riproduzione artificiale). Nel Convegno « *La maternitè au laboratoire* », che fu promosso dal *Conseil du Statut de la Femme* (Québec, ottobre 1987), era già risuonato un generale allarme poiché la richiesta di intervento giuridico appare scaturire come esigenza interna allo sviluppo delle tecnologie

stesse, piuttosto che come domanda sociale chiaramente definita. La domanda di regolamentazione che proviene dal mondo degli operatori è per lo più dettata da una esigenza di legittimazione delle TRA. L'intervento legislativo, anche se vieta qualcosa, legittima tutto ciò che in quel momento non è vietato.

La cautela nasce, dunque, dalla volontà di evitare la subalternità al 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 sè cancella la differenza di sesso. Le TRA si presentano come « cura della sterilità » e con ciò scompare la differenza di posizione dei due sessi nella riproduzione e rispetto delle tecnologie stesse. Eppure l'inseminazione da donatore interessa la sterilità maschile, il *gamete intra Fallopion 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 TRA 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*, 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.

Così le quattro funzioni della maternità (ovulazione, gestazione, allattamento, *maternage*) possono essere potenzialmente effettuate da quattro donne diverse; il che dà luogo ad una vera e propria deflagrazione dell'identità materna.

Si aprono prospettive nuove di controllo sulla procreazione per gli uomini, 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 delle TRA 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 sovrannumerari, prodotti con la fecondazione *in vitro*, o l'affitto d'utero.

Le stesse categorie giuridiche di riferimento sono messe in discussione. Se è improprio appellarsi al « diritto alla salute » per tecniche che non mirano all'efficienza del corpo, è altresì dubbio che si possa riferirsi 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 rinunziare 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 le TRA, 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: svincolandosi la riproduzione dal rapporto fra i sessi, l'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, 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.

Ma è più difficile assumere come criterio di orientamento la responsabilità individuale, in presenza di una famiglia molti-

plicata, dove i legami genetici si intrecciano e si sovrappongono ai legami affettivi e sociali. La scissione fra corpi e menti, fra chi è portatore del desiderio di *generare* e *chi di materiale genetico*, dà luogo a figure « indefinibili » socialmente, come il donatore o la donatrice: ne consegue che le loro scelte individuali non sono sorrette da un orientamento sociale, e rischiano di essere abbandonate al caos dei sentimenti e desideri. È pur vero che siamo comunque in presenza di forti innovazioni sociali *in materia*: si è *infatti* indebolito il modello tradizionale della procreazione, che faceva riferimento unico al matrimonio.

Tuttavia il pluralismo di modelli oggi esistente (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 le TRA « artificialmente » sconvolgono i modelli di genitorialità esistenti, ed obbligano la società ad una rincorsa dei processi innestati dalla tecnologia stessa, senza una effettiva riflessione e 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 operano le TRA nei modelli sociali di riproduzione, spinge ad una richiesta « forte » di intervento rivolta al diritto.

Ma Stefano Rodotà (1) osservava giustamente che 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 guidare i processi sociali, invocando l'intervento del diritto e dell'etica quando il governo dei processi si rivela difficile.

Così Catherine Labrusse Riou (2) individua la crisi del diritto, nella « destrutturazione dell'ordine genealogico e giuridico che presiede alla trasmissione della vita », che rende problematico considerare queste tecnologie come un vero progresso.

La sfida al diritto delle TRA sta proprio nella destrutturazione dell'ordine genealogico, con i rischi psicosociali connessi alla frantumazione delle strutture parentali, e alla rottura del tempo lineare di vita (tramite il congelamento prolungato dei gameti e degli embrioni). Si rischia di non essere in grado di assegnare al figlio un posto nell'ordine genealogico e, dunque, un'identità certa. Ricordiamo il caso, portato agli onori della cronaca nel 1988 da una trasmissione televisiva, in cui una figlia portava in grembo il feto generato dall'ovulo di sua madre e dal seme del patrigno: il destino del nascituro era quello di essere ad un tempo figlio e nipote di una stessa donna, con pericoli di una sua « indifferenziazione *in nuce* », mancando la certezza della differenziazione delle figure parentali.

L'intervento del diritto, secondo C. Labrusse Riou, dovrebbe tendere a conservare simbolicamente forme e strutture dei diritti della persona, senza allinearsi sulle direttive di un incerto progresso, e senza subalternità alle tecnologie, ma accogliendo razionalmente il mutamento (3).

In conclusione, accogliendo il punto di vista di C. Labrusse Riou, crediamo giusto orientarci verso una legislazione che tenti di ristabilire il potere dei soggetti in

(1) In *Atti del Convegno: « Tecniche di fecondazione assistita: aspetti etici e giurici »*, Firenze 19-20 maggio 1989, pag. 62.

(2) In *Atti*, cit., pag. 29.

(3) In *Atti*, cit., pag. 34.

campo, la certezza dell'identità e dei rapporti.

Intervenendo, quindi, a correggere 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, tra l'uomo e la donna, azzera le differenze. 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 luogo 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, come emerge dalla ricerca di Franca Pizzini, Carla Facchini e Letizia Parolari (4), del dipartimento di sociologia dell'Università di Milano.

È probabile 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 a sociale.

Quanto all'accesso alle tecnologie, individuiamo nella donna il soggetto avente diritto, in quanto primariamente coinvolta nel corpo e nella mente nella procreazione e oggetto di manipolazione corporea per tutte le tecniche (sia che tentino di ovviare alla sterilità maschile che a quella femminile).

È tramite l'autodeterminazione ovvero l'esercizio di libertà e responsabilità del soggetto femminile che avviene il coinvolgimento del *partner* maschile nel dare la vita ad un nuovo essere umano, secondo quanto è maturato nella coscienza di milioni di uomini e donne nel dibattito innescatosi a partire dall'aborto.

Il soggetto femminile si afferma in posizione chiave, a monte della eventuale scelta di abortire: è la sua riconosciuta centralità nel governo delle relazioni che la maternità attiva col figlio e con l'uomo a legittimarla come soggetto in grado di scegliere.

A questa impostazione rimaniamo aderenti, ed escludiamo perciò di limitare l'accesso alle coppie sposate, o comunque istituzionalizzate tramite la convivenza: sia perché ci sembra improprio equiparare le TRA all'adozione, e i diritti del nascituro ai diritti del già nato, che ha bisogno di una situazione familiare di adozione sostitutiva di quella naturale venuta meno; sia perché riteniamo pericoloso, tramite le tecnologie, rilegittimare come unico modello sociale della riproduzione la famiglia, laddove la crescita delle famiglie monoparentali testimonia un orientamento socialmente diffuso e accettato verso una pluralità di modelli, sorretti dalla certezza degli affetti, che sostituiscono le tradizionali garanzie istituzionali. D'altronde Paolo Zatti (5) rileva che nel nostro ordinamento non esistono norme che impongano condizioni di idoneità fisica o psichica nella procreazione. Prevalgono dunque i criteri di libertà e privatezza che, si badi bene, « non implicano una valutazione positiva dell'interesse a procreare, e men che mai delle singole decisioni procreative, ma solo una

(4) *Analisi della popolazione in cura presso un centro di fertilità di Milano*, aprile 1990.

(5) *Artificio e « natura » nella procreazione*, in *Rivista critica del diritto privato*, aprile 1986.

valutazione del tutto negativa dell'intrusione statuale nella determinazione di condizioni o limiti alla libertà e privatezza ». Una volta garantita la libertà di accesso alle TRA 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 impedire il disconoscimento del figlio o della figlia, una volta che sia riconosciuto e attestato il desiderio maschile di coinvolgimento nel progetto di generare.

Quanto al destino degli embrioni sovrannumerari, nonché ai limiti della ricerca scientifica ad essi applicata, riteniamo che il problema non possa risolversi in una legge di regolamentazione generale delle TRA, 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 princìpi che reintegrano il potere e sopratutto la responsabilità dei soggetti, la donna o la coppia, che, con il loro progetto procreativo hanno creato gli embrioni: ci sembra giusto che non siano espropriati di voce in capitolo nel decidere la destinazione o le modalità di utilizzazione degli embrioni.

Partendo da questi presupposti, la presente proposta di legge disciplina gli interventi di inseminazione artificiale, fecondazione *in vitro*, prelievo, trasferimento e conservazione di gameti ed embrioni, da effettuarsi presso strutture pubbliche autorizzate, ad eccezione fatta per le pratiche di inseminazione artificiale, le uniche consentite in strutture private convenzionate (articolo 1).

Presso il Minitero della sanità è costituita una Commissione di nomina parlamentare dove sono presenti fra le altre le esperienze di pratica sociale sul tema della salute della donna.

Alla suddetta Commissione, tendenzialmente paritetica per composizione di sesso, è affidata la definizione dei requisiti di idoneità, dei centri nonché l'espressione di pareri vincolanti sui protocolli di sperimentazione (articolo 2).

In contrasto col linguaggio medico, che tende ad omologare le differenti tecnologie sotto la generica dizione di fecondazione medicalmente assistita, ci è sembrato opportuno distinguere le pratiche, a seconda del livello di sperimentazione, della maggiore o minore manipolazione del corpo femminile che esse comportano, nonché della loro efficacia e dei loro rischi.

L'istanza formale che prevede la valutazione dei protocolli sperimentali presentati dai centri intende affermare il diritto delle donne che richiedono l'accesso alle TRA ad ottenere che gli interventi ai quali si sottopongono siano quanto più aderenti possibile agli effettivi *standard* di miglior pratica correntemente disponibili, oltreché ad ottenere informazioni esaurienti riguardo alla loro efficacia e ai loro rischi.

Questa istanza si traduce nella necessità di valutare adeguatamente, per ogni tecnica, il profilo beneficio/rischio.

Questa filosofia, già da anni tradotta in norma, per la registrazione di nuovi farmaci, deve necessariamente essere generalizzata ad ogni intervento medico per garantire la società ed i singoli utenti della sanità dall'uso indiscriminato e irrazionale di interventi potenzialmente inutili o dannosi, oltreché di costi elevati sia in termini di risorse umane che economiche.

Non sono dunque richiesti requisiti, oltre alla maggiore età della donna, per l'accesso alla inseminazione artificiale, in quanto si tratta di tecnica che richiede un basso uso di tecnologie e che comporta basso rischio per la donna.

Si è previsto di stabilire un *iter* diagnostico di accesso alla fecondazione *in vitro* e all'*embrio-trasfer*, tecniche che comportano elevati livelli di rischio, per la madre e il nascituro (articolo 2, comma 4).

Agli stessi princìpi di salvaguardia della salute della donna si ispira la norma che vieta la donazione di gameti femminili, riconoscendo una differenza di posizione rispetto al soggetto maschile, cui la donazione di gameti è consentita (articolo 8). Ciò, in considerazione della invasività e dei rischi associati al prelievo di gameti femminili, nonché del patrimonio limitato di ovociti femminili.

Si esclude la possibilità di affitto d'utero e della madre surrogata poiché il nato è considerato figlio della donna che l'ha partorito (articolo 4, comma 5).

Sulla base delle considerazioni già esposte, è la donna cui può associarsi il marito o *partner* (articolo 4), che avanza richiesta di fecondazione artificiale.

L'assunzione di responsabilità nel progetto procreativo dell'uomo diventa però definitiva una volta iniziata la serie degli interventi medici sul corpo della donna (articolo 4, comma 4).

Quanto all'inseminazione da donatore, le norme della presente proposta si ispirano al criterio del massimo controllo sanitario, anche per evitare i rischi di trasmissione di patologie genetiche o infettive (articolo 6, comma 1).

La scelta dell'esclusività dei centri pubblici nella raccolta e conservazione del seme maschile corrisponde alle medesime finalità di garanzie sanitarie e di controllo sulle norme suddette (articolo 6, comma 4).

Si è optato per la riservatezza sull'identità del donatore, e per la inammissibilità di ricerca della paternità, pur avendo presente il vivace dibattito sulla controversa questione (articolo 6, comma 5).

È pur vero che attraverso la conservazione dell'anonimato, il donatore viene cancellato dalla scena sociale, e irrimediabilmente sancita la scissione fra chi offre materiale genetico e chi si impegna in un progetto di paternità. Ciò sembra assecondare la storica contrapposizione, legata ai ruoli, fra una maternità univocamente definita dal linguaggio del corpo, ed una paternità dominata dal segno della cultura.

Tuttavia, a favore della riservatezza gioca il timore della probabile difficoltà del figlio a vivere la dissociazione tra filiazione sociale e filiazione biologica o genetica, nonché degli interessati tutti ad affrontare i conflitti che potrebbero insorgere fra le due figure « paterne ».

Per di più una regola giuridica che prevedesse il « diritto a conoscere le proprie origini » porterebbe con sè effetti incommensurabili sul diritto di filiazione, col rischio di violazione della riservatezza sulla sessualità dei genitori, per ristabilire un'identità genetica, che avrebbe il sopravvento sull'identità storica e relazionale.

È stabilito un limite massimo per la conservazione degli embrioni, sulla cui destinazione una parola definitiva spetta ai soggetti parentali (articolo 8), che non possono essere ridotti a puri fornitori di materiale genetico o affidati alla completa discrezione della ricerca medico-scientifica.

Onorevoli colleghe, Onorevoli colleghi! Affrontiamo con la presente proposta di legge temi attinenti alla sessualità e alla procreazione, terreno su cui storicamente si è esercitata un'aspra conflittualità fra i sessi.

Per quanto ci riguarda vogliamo offrire un contributo « di parte », che non significa chiusura al confronto e all'attenzione per altre opinioni ed altri punti di vista. Bensì « di parte » perché si oppone alla falsa neutralità di chi pretende di parlare in nome di un « interesse generale », in realtà negando alla radice un interesse femminile. È invece ancorandoci alle ragioni del nostro sesso, con la consapevolezza del « limite » che la riconosciuta parzialità comporta, che ci presentiamo alla discussione parlamentare.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. Gli interventi di inseminazione artificiale, di fecondazione *in vitro*, di prelievo, trasferimento e conservazione di gameti o embrioni umani si effettuano presso strutture pubbliche autorizzate dal Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 2.

2. Centri privati convenzionati possono essere autorizzati ad eseguire le inseminazioni artificiali, con esclusione del prelievo e conservazione di gameti o embrioni umani e della fecondazione *in vitro*.

ART. 2.

1. È costituita presso il Ministero della sanità, entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, una Commissione, composta da trenta membri eletti dal Parlamento. Sono eleggibili persone che si sono distinte nel campo della cultura o nel campo dei servizi sociali, o donne appartenenti a gruppi attivi nel campo della salute. Ciascuno dei due sessi deve contare almeno due quinti dei componenti.

2. La Commissione è assistita da un comitato tecnico, nominato dalla Commissione stessa, composto da quindici membri, scelti fra operatori (medici, biologi, psicologi, personale infermieristico) impegnati nelle attività regolamentate dalla presente legge, nonché tecnici con competenze specifiche di tipo epidemiologico, farmacologico, psicologico, legale.

3. La Commissione di cui al comma 1 determina, entro sei mesi dal suo insediamento, e rivede ogni tre anni:

a) i requisiti tecnico-scientifici necessari per l'attuazione degli interventi di cui alla presente legge;

b) i requisiti di idoneità dei centri di cui al comma 2 dell'articolo 1.

4. La Commissione inoltre:

a) determina gli *iter* diagnostici necessari per l'accesso alle tecniche di fecondazione *in vitro* e di trasferimento di gameti o embrioni;

b) valuta, sulla base dei criteri determinati ai sensi del comma 3, lettera *b*), l'idoneità dei centri che abbiano fatto richiesta di autorizzazione;

c) esprime un parere in ordine ai protocolli di sperimentazione proposti e formulati dai centri autorizzati.

5. Il Ministro della sanità, sulla base del parere vincolante della Commissione di cui al comma 1, determina con proprio decreto i requisiti tecnico-scientifici per il rilascio dell'autorizzazione, le condizioni per l'eventuale revoca di essa, ed i controlli che devono essere effettuati sui centri autorizzati.

6. L'autorizzazione ad effettuare gli interventi previsti dalla presente legge ha la durata di due anni; alla scadenza di tale termine, i centri interessati possono chiederne il rinnovo, fornendo nuovamente la documentazione necessaria.

ART. 3.

1. Gli interventi di inseminazione artificiale da donatori e di fecondazione *in vitro* o trasferimento di gameti o embrioni possono essere effettuati solo su donne che abbiano compiuto la maggiore età.

ART. 4.

1. Per accedere agli interventi di cui alla presente legge, la donna presenta richiesta ai centri autorizzati. Alla donna può associarsi, con dichiarazione congiunta, il coniuge, purché maggiorenne, ovvero l'uomo che intenda riconoscere il

nascituro ed assumere nei suoi confronti gli obblighi previsti per il genitore nel caso di riconoscimento di figlio naturale. Il direttore sanitario del centro che riceve la richiesta è tenuto a verificare l'identità dei richiedenti, nonché la raggiunta maggiore età e lo stato civile degli stessi.

2. I centri autorizzati devono fornire una completa informazione sulle tecniche usate e sulle manipolazioni che esse comportano, sulle loro possibilità di successo, sui rischi per la salute della donna e dell'eventuale nascituro, nonché sulle relative conseguenze giuridiche.

3. Prima dell'inizio degli interventi, la richiedente o i richiedenti sottoscrivono un documento in cui è fatta menzione degli obblighi che essi dovranno assumere nei confronti del nascituro, in relazione alla sua condizione di figlio naturale riconosciuto o di figlio legittimo, ai sensi del comma 5 del presente articolo.

4. In caso di inseminazione artificiale da donatore, l'uomo che si sia eventualmente associato alla richiesta può revocare la dichiarazione di assunzione di paternità fino al momento dell'inseminazione stessa. In caso di fecondazione *in vitro* o di trasferimento di gameti o embrioni, l'uomo non può revocare la dichiarazione di assunzione di paternità dopo l'avvenuto prelievo di gameti femminili.

5. Il figlio nato in seguito agli interventi di cui alla presente legge è considerato figlio naturale riconosciuto della donna che lo ha partorito e dell'uomo che si sia eventualmente associato alla richiesta. In caso di coppia coniugata, il nato è considerato figlio legittimo della coppia, qualora sia stata presentata la dichiarazione congiunta di cui al comma 1.

ART. 5.

1. Il Ministro della sanità determina, con proprio decreto, sentita la Commissione di cui all'articolo 2, i requisiti delle strutture che effettuano la raccolta e conservazione di gameti maschili.

2. La selezione dei donatori e la raccolta del liquido seminale possono avvenire esclusivamente in centri pubblici, i cui requisiti sono determinati con decreto del Ministro della sanità. I centri privati autorizzati all'effettuazione di inseminazioni artificiali devono utilizzare liquido seminale proveniente da centri pubblici.

ART. 6.

1. La donazione di gameti maschili è consentita ai soggetti che abbiano compiuto la maggiore età, previi accertamenti sanitari intesi ad escludere il rischio di trasmissione di patologie genetiche o infettive. Il Ministro della sanità, con il decreto di cui al comma 1 dell'articolo 5, determina le modalità e l'oggetto di tali accertamenti.

2. La donazione di gameti è gratuita. È nullo ogni patto contrario.

3. I gameti di uno stesso donatore non possono essere utilizzati per più di due gravidanze condotte a termine.

4. I dati riguardanti i singoli donatori sono registrati presso una banca dati tenuta presso il Ministero della sanità, al fine di garantire il rispetto del divieto di cui al comma 3. I centri pubblici e privati di cui all'articolo 1 devono essere collegati con tale banca dati.

5. È assicurata la riservatezza sull'identità del donatore, nonché della donna o della coppia richiedente. Non sono ammesse azioni di ricerca della paternità nei confronti dei donatori, nè azioni di ricerca da parte dei donatori, nei confronti di persone nate dall'utilizzo dei loro gameti.

6. È vietata l'inseminazione con miscele di seme di persone diverse.

ART. 7.

1. I commi 2, 3, 4 e 5 dell'articolo 6 non si applicano quando il donatore abbia espresso, all'atto della donazione, una esplicita volontà in ordine alla destinazione dei propri gameti, e sottoscriva, all'atto della richiesta di accesso alla fecon-

dazione artificiale di cui all'articolo 4, dichiarazione di assunzione di paternità ai sensi del medesimo articolo 4, comma 1.

ART. 8.

1. Sono vietate:

a) la donazione di ovociti;

b) la manipolazione del patrimonio genetico dell'embrione o dei gameti.

2. La conservazione degli embrioni derivanti dalla fecondazione *in vitro* è consentita per un massimo di cinque anni. Entro questo periodo, la donna, o la coppia, che non desideri utilizzarli per una gravidanza può:

a) consentirne la distruzione;

b) consentirne l'utilizzazione, al fine di rendere possibile la gravidanza di altra donna;

c) autorizzare il loro uso per ricerche scientifiche.

3. Nel caso di cui al comma 2, lettera *b*), viene assicurata la riservatezza in ordine all'identità della donna, o coppia, donatrice e di quella ricevente. La donna, o coppia, donatrice non può rivendicare alcun diritto nei confronti dell'embrione donato.

4. Nel caso di cui al comma 2, lettera *c*), l'utilizzazione dell'embrione può avere luogo esclusivamente presso strutture pubbliche, previo parere della Commissione di cui all'articolo 2 sul protocollo di ricerca. L'embrione sottoposto a sperimentazione non può essere successivamente utilizzato per ottenere una gravidanza.

ART. 9.

1. La donna che abbia ottenuto una gravidanza a seguito degli interventi di cui alla presente legge conserva il diritto di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza, ai sensi della legge 22 maggio 1978, n. 194.

ART. 10.

1. Chiunque effettua l'inseminazione artificiale, la fecondazione *in vitro* o trasferimenti di gameti o embrioni fuori dai centri pubblici o privati autorizzati, in violazione delle norme di cui alla presente legge è punito con la reclusione fino ad un anno e con la multa da lire 5 milioni a lire 100 milioni e con l'interdizione dai pubblici uffici e dalla professione per un periodo non superiore a cinque anni.

2. Nel caso di inseminazione artificiale, fecondazione *in vitro* o trasferimento di gameti o embrioni, effettuati presso un centro autorizzato in violazione delle norme di cui alla presente legge, è revocata l'autorizzazione del centro presso il quale sono stati effettuati gli interventi.

3. Chiunque raccoglie, o comunque detiene, a scopo di inseminazione, gameti fuori dai centri autorizzati o li cede ad altri è punito con l'ammenda da lire 5 milioni a lire 50 milioni e con la sospensione dall'esercizio della professione per un periodo non superiore ad un anno.

4. Chiunque divulga notizie che possono consentire l'identificazione di soggetti, la cui riservatezza è garantita dalla presente legge, è punito con l'ammenda da lire 5 milioni a lire 30 milioni.

Stampato su carta riciclata ecologica

DDL12-2931
Lire 500