

Incontri per la ricerca, il dialogo, il discernimento

Circolo Margherita Hannah Arendt – Bologna
Circolo Margherita S.Vitale – Bologna
Associazione “Il Mosaico”
Associazione “Agire Politicamente”
Circoli Acli di Bologna Murri, L.Labor,
G.Lercaro, R.Pillastrini, Vergine Achiropita

Procreazione medicalmente assistita: i quesiti referendari sulla Legge n.40/2004

martedì 19 aprile 2005
ore 21 c/o Istituto Cattaneo g.c.
Bologna P.zza Stefano, 11

martedì 3 maggio 2005
ore 21 c/o Oratorio Santa Cecilia
Bologna Via Zamboni 15

Per informazioni scrivere a: circolohannaharendt@libero.it



Programma degli incontri:	pag. 3
Bibliografia:	pag. 4
Testo Legge 40/2004 con note agli articoli:	pag. 5
Testo dei quesiti referendari con note:	pag. 28
Proposta di legge Amato:	pag. 38

Martedì 19 aprile ore 21
Istituto Cattaneo
Bologna, P.zza S.Stefano, 11

Lettura dei quesiti referendari

Intervengono:

Domenico Cella
(Animatore politico)

Anna Pia Ferraretti
(Direttrice clinica di Sismar - Bologna)

Luigi Lorenzetti
(Direttore "Rivista di Teologia Morale")

Martedì 3 maggio ore 21
Oratorio Santa Cecilia
Bologna, Via Zamboni, 15

Commento generale alla legge e ai quesiti

Intervengono:

Luigi Pedrazzi
(Studio dei fenomeni socio-politici)

Anna Pia Ferraretti
(Direttrice clinica di Sismar - Bologna)

Stefano Canestrari
(Presidente della Facoltà di Giurisprudenza)

Alberto Melloni
(Docente di Storia contemporanea)

Francesco Rosetti
(Magistrato)

Luigi Bartolomei
(Portavoce Circolo Margherita S.Vitale)

Fernando Santosuosso, *La procreazione medicalmente assistita, commento alla legge 19 febbraio 2004 n.40*, Giuffrè Editore, Milano 2004, prefazione di Girolamo Sirchia;

Pasquale Stanzione, Giovanni Sciancalepore (a cura di), *Procreazione Assistita, commento alla legge 19 febbraio 2004, n.40*, Giuffrè Editore, Milano, 2004

Riccardo Villani, *La procreazione assistita, la nuova legge 19 febbraio 2004, n.40*, G.Giappichelli Editore, Torino 2004;

Massimo Dogliotti, Alberto Figone, *Procreazione assistita, fonti, orientamenti, linee di tendenza*, Ipsoa, 2004;

Chiara Valentini, *La fecondazione proibita*, Feltrinelli, Milano 2004, prefazione di Stefano Rodotà;

Vittoria Franco, *Bioetica e procreazione assistita, le politiche della vita tra libertà e responsabilità*, Donzelli Editore, Roma 2005.

G.M. Carbone, *La fecondazione extracorporea - tecniche, valutazione morale e disciplina giuridica*, Edizioni studio domenicano, Bologna 2004

M. Pietro Faggioni, *La vita nelle nostre mani*, Edizioni CAmilliane, 2004

Congregazione per la dottrina della fede, *Istituzione donum vitae*, 22/02/1987

Vai poi a questi siti ricchi di documenti e materiali e leggi quello che ti interessa:

www.laprocreazioneassistita.it

www.luigilorenzetti.net

www.sismer.it

www.ecologiasociale.org/pg/dum_fecondazioneassistita.html

www.portaledibioetica.it

Legge 19 Febbraio 2004 n. 40

**Norme in materia di procreazione
medicalmente assistita**

Il testo e il commento articolo per articolo

**Capo I
PRINCIPI GENERALI**

ART. 1
(Finalità)

1. Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito.

2. Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità.

NOTE

Sterilità/Infertilità: si tratta di due distinte situazioni. Col termine di sterilità si intende l'incapacità, potenziale, dei gameti (spermatozoo per l'uomo, ovocita per la donna) di un individuo ad innescare un meccanismo fecondativo. Infertilità definisce invece quella situazione in cui, pur potendosi, astrattamente, iniziare un processo di fecondazione, lo stesso poi non è suscettibile di essere portato a termine a causa di inadatte condizioni fisiologiche della persona. La differenziazione tra le due espressioni è stata resa più evidente proprio dall'intervento delle tecniche di procreazione assistita, che sono state capaci di separare la fase del concepimento da quella dell'inizio e prosecuzione della gravidanza. Compiuto, con esito positivo, un eventuale concepimento in vitro (in ambiente extracorporeo) e superata così la fase della sterilità, al momento del reimpianto del frutto del concepimento nell'utero della madre, potrebbe essere impossibile dare inizio (o portare a termine) la gravidanza, per l'incapacità tutt'altro che remota dell'embrione di attecchire nell'utero materno o per il verificarsi di aborti spontanei, evidenziandosi così un problema di "infertilità".

Il Legislatore avrebbe potuto ammettere nell'ambito di scopo della legge anche l'assistenza alle coppie che, pur fertili, sono portatrici di gravi malattie ereditarie e che, con i metodi riproduttivi "tradizionali", corrono seri rischi di generare bambini malati. Ma si sarebbero aperti, in questo caso, situazioni e problemi che il Legislatore non intendeva prendere in considerazione (vedi Note all'articolo 4).

Diritti del concepito (comma 1): si discute molto se con questa espressione il Legislatore abbia voluto attribuire la capacità giuridica al nascituro-concepito-embrione, capacità che

fino ad oggi non aveva, introducendo una norma in conflitto con l'art.1 del codice civile, per il quale la venuta al mondo del diritto della "persona" si acquista con la nascita.

La maggior parte dei commentatori lo nega, ritenendo peraltro che l'embrione, pur non essendo "persona", pur non avendo capacità giuridica, possa essere senz'altro considerato degno di tutele specifiche, fermo peraltro il principio che nell'eventuale conflitto tra chi persona già è (la madre) e quella di chi persona ancora non è, è la prima a dovere prevalere. Insomma, non viene creato un nuovo soggetto di diritto, ma viene confermato che l'embrione, in quanto tale, non è una "cosa", ma una peculiare unità, che richiede protezione specifica in quanto portatore di un'aspettativa di diritto soggettivo futuro, condizionato dalla nascita. Che si traduce in una aspettativa di nascita, salute, integrità fisica e genetica.

ART. 2

(Interventi contro la sterilità e la infertilità)

1. Il Ministro della salute, sentito il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, può promuovere ricerche sulle cause patologiche, psicologiche, ambientali e sociali dei fenomeni della sterilità e della infertilità e favorire gli interventi necessari per rimuoverle nonché per ridurne l'incidenza, può incentivare gli studi e le ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e può altresì promuovere campagne di informazione e di prevenzione dei fenomeni della sterilità e della infertilità.
2. Per le finalità di cui al comma 1 e' autorizzata la spesa massima di 2 milioni di euro a decorrere dal 2004.
3. All'onere derivante dall'attuazione del comma 2 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

NOTE

Comma 1, "Il Ministro può incentivare gli studi e le ricerche sulle tecniche di crioconservazione (congelamento) dei gameti (...): vedremo all'art. 14 come il congelamento dei gameti sia stato apprezzato e quindi ammesso dal Legislatore in quanto considerato sostanzialmente alternativo al congelamento degli embrioni.

ART. 3

(Modifica alla legge 29 luglio 1975, n. 405)

1. Al primo comma dell'articolo 1 della legge 29 luglio 1975, n. 405, sono aggiunte, in fine, le seguenti lettere:

d-bis) l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
d-ter) l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare.

2. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

NOTE

Adozione contro Procreazione Medicalmente Assistita. La legge 405/1975 è la legge istitutiva dei Consultori Familiari, gli organismi destinati a prestare servizi di consulenza e assistenza “alla famiglia e alla maternità”. Era largamente prevedibile che la legge in parola cogliesse l'occasione di integrare le funzioni dei Consultori con l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e dell'infertilità nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita; non altrettanto si può dire per l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare.

Procreazione assistita e adozione non appaiono strumenti fungibili. La disciplina sull'adozione e l'affido non è finalizzata a dare un figlio a chi non lo ha, ma a dare protezione ai minori che ne sono sprovvisti.

La fecondazione assistita è uno strumento che consente alla coppia di riprodursi, risultato che non ha nulla a che fare con quello conseguibile attraverso l'adozione.

E' poi difficile pensare che chi abbia deciso di sottoporsi a procedure di procreazione medicalmente assistita non abbia previamente valutato l'opzione dell'adozione e l'abbia scartata, proprio per la radicale diversità di risultato che la procreazione assistita offre rispetto all'adozione.

Capo II ACCESSO ALLE TECNICHE

ART. 4

(Accesso alle tecniche)

1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita e' consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed e' comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico.
2. Le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono applicate in base ai seguenti principi:
 - a) gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i destinatari, ispirandosi al principio della minore invasività;
 - b) consenso informato, da realizzare ai sensi dell'articolo 6.
3. E' vietato il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.

NOTE

Questo articolo definisce i requisiti “oggettivi” per l'accesso alle tecniche della procreazione medicalmente assistita.

Esclusioni dalle pratiche di procreazione medicalmente assistita. Si ribadisce con una specifica sottolineatura una cosa già nota, e cioè che l'accesso deve essere circoscritto ai soli casi di sterilità e infertilità.

Stando alla lettera verrebbero esclusi quei casi di cd. "ipofertilità" in cui, pur non potendosi a stretto rigore parlare di sterilità e infertilità per l'assenza di impedimenti insuperabili alla procreazione, sussistono comunque gravi difficoltà a dare inizio a un processo generativo.

Ma sono soprattutto escluse le coppie, fertili ma portatrici di malattie genetiche, la cui procreazione naturale potrebbe dare vita a un individuo gravemente malato.

Nel passato la possibilità di individuare l'eventuale presenza di malattie di tal tipo nel nascituro era affidata alla cd "diagnosi prenatale", consistente in accertamenti clinici invasivi da compiersi sulla donna già in gravidanza (villocentesi, da eseguirsi dopo la decima settimana di gestazione, e amniocentesi, da effettuarsi dopo la sedicesima settimana).

Col progredire delle conoscenze scientifiche si iniziò tuttavia a far ricorso, con sempre maggior frequenza, alla cd. diagnosi genetica preimpianto, consistente nell'utilizzo della procedura di fecondazione in vitro (Fivet) e nell'analisi dell'embrione prodotto al fine di accertarne la salute. Se dall'analisi non fossero emerse patologie, le operazioni sarebbero proseguite con l'impianto dell'embrione. Nell'ipotesi opposta, cioè di embrione malato, le operazioni sarebbero state interrotte, senza così dover ricorrere successivamente all'aborto. All'interruzione delle operazioni si è peraltro poi resa disponibile una cospicua alternativa: la separazione degli embrioni sani da quelli malati, impiantando naturalmente nell'utero della donna i primi e condannando quelli malati ad un infausto destino.

Con la presente loro esclusione dalle tecniche di procreazione assistita (congiuntamente al divieto per tutti della diagnosi preimpianto), ai genitori non sterili ma portatori di malattie genetiche rimarrebbe l'alternativa tra il non riprodursi (anche ricorrendo all'aborto terapeutico) o il dare la vita a un figlio in molti casi malato. Per alcuni la selezione degli embrioni, in particolare, non potrebbe essere consentita proprio nell'ottica della tutela loro riconosciuta dall'art.1 della legge. E questo varrebbe per ogni patologia immaginabile dell'embrione, anche la più grave tra le malattie ereditarie.

Un scelta equilibrata parrebbe quella di far predisporre (ad opera della comunità scientifica) una lista di gravi malattie genetiche trasmissibili, certamente diagnosticabili, consentendo in questi casi non solo, in generale, l'accesso alle pratiche delle coppie portatrici delle medesime malattie, ma, e solo a loro, la diagnosi preimpianto in vista della successiva selezione tra embrioni sani e malati.

Gradualità delle tecniche di procreazione assistita: parrebbe a prima vista una disposizione di buon senso. Tuttavia la scelta delle tecniche, delle procedure e dei vari passaggi da adottare in pratica non è una cosa standard (al punto da potersi prefigurare un iter di crescente invasività) ma risente delle particolarità di ogni singolo caso concreto. Insomma, le scelte circa l'iter da seguire, lungi dall'essere predeterminate, dovrebbero essere affidate alla libera scelta dello specialista. La disposizione parrebbe poi in contraddizione col codice deontologico dei medici, che impone al professionista di astenersi da trattamenti dai quali non si possa fondatamente attendersi un beneficio per la salute del malato. Situazione che si verificherebbe qualora il medico, pur valutando l'inutilità di tecniche poco invasive per la cura della sterilità, dovesse egualmente praticarle in forza del principio di gradualità.

Divieto della Procreazione Medicalmente Assistita eterologa

Sino alla nuova legge, nella situazione di vuoto normativo che caratterizzava la materia, i Centri che si occupavano di procreazione assistita, o almeno quelli privati, facevano senz'altro ricorso alla fecondazione eterologa (con gameti non derivanti entrambi dalla coppia sterile o infertile) ogni qualvolta l'obiettivo della gravidanza risultava non realizzabile attraverso una procreazione assistita di tipo omologo (che utilizza gameti appartenenti alla sola coppia). D'altronde la pratica non trovava ostacolo nemmeno nelle previsioni del codice deontologico medico e risultava e risulta ammessa da quasi tutte le normative dei Paesi stranieri che hanno leggi in materia.

Quando il problema si pose all'esame del Parlamento affiorarono posizioni opposte, che si riassumono in grande sintesi.

Posizioni contrarie:

- l'esigenza prioritaria di garantire al nato quell'integrità delle figure parentali che nell'ipotesi di procreazione eterologa non ci sarebbe, con conseguente possibile compromissione dell'identità stessa del soggetto, che si potrebbe manifestare, in particolare, nelle ipotesi in cui sorgano conflitti tra i genitori (conflitti non di rado provocati dallo stesso stress legato al ricorso a tecniche di assistenza medicalmente assistita, specie di tipo eterologo);
- la necessaria identità biologica tra genitori e nato sarebbe indispensabile anche per poter garantire la "conoscibilità" del patrimonio genetico del nato, in vista delle possibili ed eventuali cure cui si fosse dovuto ricorrere.

Posizioni favorevoli:

- la contraddizione insita in chi, da un lato, dichiara di voler vietare il ricorso a materiale genetico estraneo alla coppia in nome di un presunto principio di necessaria corrispondenza tra genitorialità "biologica" e "giuridica", e dall'altro favorisce e promuove il ricorso allo strumento "alternativo" dell'adozione, essendo del tutto evidente come nell'adozione la genitorialità biologica sia, per definizione, del tutto mancante, non avendo l'adottato nemmeno il patrimonio genetico di almeno uno dei genitori (come nella fecondazione eterologa).
- l'efficacia discriminante del divieto di fecondazione eterologa nei confronti di un gran numero di coppie. Ciò perché quando almeno uno dei componenti la coppia sia insuperabilmente sterile, il ricorso a quella tecnica può rappresentare l'unico strumento per superare il problema. Discriminazione contraria allo stesso spirito della procreazione medicalmente assistita, che è proprio quello di superare sterilità e infertilità;
- la non veridicità dell'argomentazione secondo cui il ricorso alla fecondazione di tipo eterologo sarebbe potenzialmente generatore di turbe e disturbi di tipo psicologico-evolutivo per i nati.
- l'infondatezza della tesi secondo cui la identità biologica faciliterebbe la cura di eventuali malattie. Da un lato si osserva che il reperimento delle informazioni genetiche del donatore potrebbe essere facilmente ottenuto attraverso la istituzione di una banca dati, della quale raccogliere tutti i dati necessari. D'altra parte si denuncia come il divieto della fecondazione eterologa in Italia porterebbe inevitabilmente all'aumento del cd. "turismo procreativo", i

cui effetti potrebbero risultare davvero temibili ai fini della ricostruzione del corredo cromosomico del donatore quando ciò fosse veramente necessario per la cura di malattie del nato. Non vi sarebbe sicurezza, in primo luogo, che la legislazione del paese straniero garantisca l'accesso ai dati; secondariamente, si sottolineano i costi per i richiedenti l'accesso ai dati e i tempi lunghi della procedura pregiudizievoli per il nato.

Pur tassativamente vietandola senza eccezioni, la legge non ha peraltro previsto alcuna sanzione per il ricorso della coppia alla fecondazione eterologa. Il Comma 8 del successivo art. 12 sancisce che l'uomo e la donna ai quali è stata applicata non sono "punibili".

Ha stupito alcuni il fatto che la legge, pur vietando la pratica, ne abbia compiutamente disciplinato le conseguenze, regolando tra l'altro la problematica di fondamentale importanza legata all'individuazione dei rapporti parentali tra i soggetti coinvolti, stabilendo in particolare per il padre "sociale" (marito o convivente nella coppia) l'impossibilità di disconoscere il nato adducendo l'inesistenza di una discendenza biologica.

ART. 5

(Requisiti soggettivi)

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 4, comma 1, possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.

NOTE

La legge consente l'accesso ai conviventi "more uxorio" e la vieta a single e a coppie omosessuali nonché a persone fuori età per la procreazione.

Maggiore età: in via indiretta (vedi successivo art. 12 Comma 2), il requisito sembra dover essere posseduto da entrambi i componenti la coppia.

Convivenza: lo scopo del Legislatore è quello di garantire al nascituro la presenza al suo fianco di entrambi genitori, assicurando per quanto possibile una ragionevole aspettativa di stabilità della coppia, sulla scorta della storia della stessa; il requisito viene comunque formulato in modo generico (in Francia si richiede la dimostrazione di una pregressa convivenza per almeno due anni).

Età potenzialmente fertile: il requisito è motivato non solo dall'esigenza di ridurre i rischi di carattere medico legati alla applicazione delle tecniche, sicuramente più presenti nelle gravidanze in età avanzata, ma anche e soprattutto dall'esigenza di assicurare al nascituro genitori che, per l'età non troppo avanzata, possano garantirgli un'assistenza effettiva nel periodo della crescita. E tuttavia sembrerebbe non esistano certezze assolute in tema di individuazione di età "limite". Soprattutto l'età fertile non è costante da donna a donna. Alcuni propongono di prefissare una età per entrambi i componenti la coppia, tale da far presumere una aspettativa di vita di lunghezza pari a quella che si possono attendere i figli concepiti naturalmente, al superamento della quale legare uno specifico divieto e relativa sanzione. Come si vedrà all'art. 12 comma 2, nessuna sanzione è però stata prevista dalla Legge per il mancato rispetto del requisito. O il legislatore lo ha considerato di minore importanza rispetto agli altri, o è incorso in una omissione non voluta, che comunque non può essere colmata in via di interpretazione, non parendo lecito estendere la sanzione a casi non espressamente previsti.

Esistenza in vita dei componenti la coppia: apparentemente semplice, il requisito coinvolge invece numerose e delicatissime problematiche. E' soprattutto l'unico indiretto riferimento che la Legge compie alla problematica della cd. "fecondazione post mortem".

Questo fenomeno comprende almeno due distinte pratiche: a) l'impianto nel corpo di una donna di un embrione (normalmente crioconservato) in epoca successiva al decesso del marito o del convivente; b) la formazione di embrioni utilizzando gameti (anch'essi crioconservati) di persona deceduta.

Due le posizioni fino all'entrata in vigore della legge: la pratica deve essere ammessa rispettando il diritto di procreare senza ingerenze e limitazioni dall'esterno; la pratica non va ammessa tenendo conto del diritto del nato a venire allevato da entrambi i due genitori. La fecondazione post mortem consentirebbe in particolare di pianificare la venuta al mondo di una persona in deliberata assenza della figura paterna.

Nel passato l'attenzione sia della dottrina sia della giurisprudenza si era incentrata sulla sola ipotesi di utilizzo di embrione già prodotto e crioconservato. Nulla avevano detto sulla liceità di produzione di embrioni con seme crioconservato.

La Legge viene ora a vietare entrambe le ipotesi di procreazione post mortem segnalate. Sono state tuttavia evidenziate difficoltà di interpretazione con riguardo ai diverse momenti della procedura e alla generalizzazione del divieto, almeno sotto l'aspetto del suo realismo.

ART. 6

(Consenso informato)

1. Per le finalità indicate dal comma 3, prima del ricorso ed in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il medico informa in maniera dettagliata i soggetti di cui all'articolo 5 sui metodi, sui problemi bioetici 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 l'uomo e per il nascituro.
2. Alla coppia deve essere prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita. Le informazioni di cui al presente comma e quelle concernenti il grado di invasività delle tecniche nei confronti della donna e dell'uomo devono essere fornite per ciascuna delle tecniche applicate e in modo tale da garantire il formarsi di una volontà consapevole e consapevolmente espressa.
3. Alla coppia devono essere prospettati con chiarezza i costi economici dell'intera procedura qualora si tratti di strutture private autorizzate.
4. La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, 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 della tecnica 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.
5. Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente

per motivi di ordine medico-sanitario. In tale caso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione.

6. Ai richiedenti, al momento di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, devono essere esplicitate con chiarezza e mediante sottoscrizione le conseguenze giuridiche di cui all'articolo 8 e all'articolo 9 della presente legge.⁹⁸

NOTE

Consenso informato

Al consenso informato fa ormai riferimento la quasi totalità delle normative in materia di salute. La preoccupazione del Legislatore di garantire che chi decide di accedere alle tecniche di Procreazione medicalmente assistita possa formarsi una volontà consapevole e consapevolmente espressa è stata pertanto generalmente apprezzata. Parliamo di consenso consapevole in quanto informato, e quindi necessariamente preceduto da una specifica e doverosa attività informativa da parte del medico, consenso (e precedente relativa informazione) reiterato in ogni singola fase della procedura, nell'ipotesi di interventi articolati in più momenti caratterizzati da autonomia gestionale o presenza di rischi diversi. Per le pratiche di procreazione assistita il consenso informato, si vedrà in seguito, vale poi come precedente logico essenziale per il passaggio ad ulteriori delicate previsioni di legge (stato giuridico del nato, rapporto di filiazione).

Revoca del consenso

Il contenuto della legge non appare comunque particolarmente innovativo, tranne che per la disposizione di cui al comma 3, che stabilisce che la volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche, una volta manifestata per iscritto, può essere revocata da ciascun componente la coppia solamente “fino al momento della fecondazione dell'ovulo”. Consentire la revoca sino alla fecondazione presuppone che quest'ultima sia una fase autonoma della procedura di procreazione medicalmente assistita.

A ben vedere ciò è vero solo nell'ipotesi di fecondazione in vitro, laddove invece, qualora si sia ricorso ad una fecondazione in vivo, la fusione tra i due gameti avviene “naturalmente” all'interno del corpo della donna.

E' chiaro dunque che in questa seconda ipotesi la revoca del consenso potrà giungere non fino alla fecondazione, ma fino all'introduzione del materiale genetico nel corpo della futura madre. L'ultima disposizione del comma 3 vale dunque per la sola fecondazione in vitro (peraltro ormai prevalente).

Tale disposizione è una evidente espressione della volontà di tutela dell'embrione come enunciato all'art.1 e appare preordinata ad impedire la distruzione o la crioconservazione cui questo potrebbe andare incontro per sopravvenuto ripensamento di uno o di entrambi i membri della coppia dopo la fecondazione. Detto questo, il Legislatore non ha poi approntato gli strumenti per rendere possibile il raggiungimento dello scopo.

Il Legislatore non si è minimamente preoccupato di prevedere le conseguenze giuridiche derivanti dall'eventuale revoca manifestata dopo la fecondazione, non solo sul piano sanzionatorio (la legge non prevede una sanzione per chi revochi il consenso in quella fase), ma anche e soprattutto con riguardo all'incertezza delle misure da assumere in caso di revoca tardiva.

Tale revoca non dovrebbe essere produttiva di effetti per cui si dovrebbe ritenere che, pur con la contrarietà della coppia, le operazioni di procreazione assistita già iniziate debbano proseguire fino alla conclusione, con l'impianto forzoso dell'embrione nell'utero materno e l'inizio della gravidanza.

Giungere sino a tale punto sembra francamente impossibile: infatti “un intervento di tipo sanitario non può essere effettuato in assenza del consenso del soggetto destinatario e il consenso prestato può essere in ogni momento liberamente ritirato”; “Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”, “La legge non può in nessun modo violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana” (norme internazionali ratificate dall'Italia, norme della nostra Costituzione).

In ogni caso, “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge “ (art.32 della Costituzione). E' appena il caso di precisare che la norma impone due fondamentali requisiti, quello della determinatezza del trattamento e quello della previsione per legge, requisiti entrambi non rispettati dal comma 3 in commento. L'impianto forzoso dell'embrione nell'utero della donna per revoca tardiva del consenso può essere pensato solo in via interpretativa, circostanza non sufficiente per ammetterne la praticabilità.

Decisione del medico

Quando il Legislatore ha pensato il comma 4 (il medico può decidere di non procedere, esclusivamente per motivi di ordine medico sanitario, fornendo motivazione scritta alla coppia) ha forse inteso porre una limitazione al medico, piuttosto che attribuirgli uno specifico potere. Sta di fatto che la norma finisce per riconoscere al medico il potere di non procedere alla procreazione e l'ha previsto senza indicare se e quando il medico debba fermarsi. Anche in questo senso l'impianto in utero dell'embrione in caso di consenso tardivo della coppia non appare affatto ineluttabile. Le ragioni di carattere medico sanitario, infatti, non è detto che si debbano presentare fino alla fecondazione dell'ovulo, possono presentarsi anche dopo la formazione dell'embrione.

Informazione sui costi della procedura di procreazione assistita

L'informazione dei sanitari comprende la prospettazione dei costi economici dell'intera procedura “qualora essa si svolga in strutture private autorizzate”. Parrebbe di poter desumere che qualora gli interventi dovessero venire effettuati in strutture pubbliche, essi siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò tuttavia non trova alcun conforto in altra disposizione della legge, né con riguardo ad attribuzioni allo Stato dei relativi oneri né alla ricomprensione delle metodiche della Procreazione medicalmente assistita tra i “Livelli Essenziali di Assistenza”.

Il successivo art.18, nell'istituire il Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita, da un lato si pone concettualmente in antitesi con la riconduzione di quelle tecniche nell'ambito delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, dall'altra destina ad esse una cifra del tutto inadeguata per pensare che gli oneri derivanti possano per davvero essere integralmente coperti dallo Stato.

ART. 7 *(Linee guida)*

1. Il Ministro della salute, 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.

Capo III

DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA TUTELA DEL NASCITURO

ART. 8

(Stato giuridico del nato)

1. I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6.

NOTE

In realtà le disposizioni di questo articolo e di quello successivo non riguardano la tutela del nascituro ma del “già nato”.

Per la comprensione del presente articolo, chiaramente ispirato da intento protettivo nei confronti del nato, si tenga conto che le vigenti previsioni del Codice civile impongono di distinguere la filiazione legittima da quella naturale, in dipendenza del fatto che tra i genitori intercorra o meno il vincolo matrimoniale.

All'interno della categoria dei figli naturali, le previsioni del Codice impongono poi di distinguere la filiazione naturale riconosciuta da quella naturale non riconosciuta, in dipendenza della circostanza che si sia fatto o meno ricorso all'apposito procedimento (art.250 c.c.).

Il riconoscimento (quando non è vietato) è atto del tutto discrezionale dei genitori (può accadere che sia compiuto da entrambi i genitori, da uno solo di loro o che non sia compiuto da nessuno).

Per i figlio nato da coppia di fatto che abbia ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita esprimendo consenso informato secondo le previsioni di legge, il presente articolo dispone ora un necessitato riconoscimento ex lege.

Pertanto, nell'ambito delle coppie di fatto la discrezionalità del riconoscimento del nato da parte dei genitori si dovrà considerare riservata solo a coloro che abbiano messo al mondo figli con metodi “tradizionali”.

La diversità di trattamento delle coppie che abbiano fatto o no ricorso alle tecniche di procreazione assistita si spiega tenuto conto dell'assoluta evidenza della volontà di procreare delle prime, connessa all'espressione del consenso prestato dai genitori per

l'accesso alle tecniche. Evidenza che non si può invece presumere per le coppie che abbiano procreato con metodi "tradizionali" (caso estremo della donna violentata che pure non intenda ricorrere all'aborto).

Si anticipa qui l'illustrazione del comma 2 del successivo art.9, che dispone che la madre del nato in regime di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata.

Si tenga conto al riguardo che il Regolamento dell'ordinamento dello stato civile prevede che "la dichiarazione di nascita è resa indistintamente da uno dei genitori rispettando l'eventuale volontà della madre di non essere nominata" (valga ancora il caso estremo della donna violentata che abbia inteso non abortire ma che desideri frapporre tra sé e il nato un ampio distacco).

Il Comma 2 dell'art.9 introduce dunque una deroga espressa alla disciplina dello stato civile. Deroga che ben si comprende tenendo conto che nel caso di nato con l'ausilio delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, l'anonimato della madre (incongruo considerata la precedente espressione di consenso informato) frustrerebbe completamente l'importante attribuzione al nato dello stato di figlio legittimo o naturale.

ART. 9

*(Divieto del disconoscimento della paternità
e dell'anonimato della madre)*

1. Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il coniuge o il convivente il cui consenso e' ricavabile da atti concludenti non puo' esercitare l'azione di disconoscimento della paternita' nei casi previsti dall'articolo 235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, ne' l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice.
2. La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non puo' dichiarare la volonta' di non essere nominata, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396.
3. In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non puo' far valere nei suoi confronti alcun diritto ne' essere titolare di obblighi.

NOTE

Fecundazione eterologa: divieto dell'azione di disconoscimento della paternità

Da quasi mezzo secolo ci si chiede come vada regolata l'ipotesi in cui il marito o il convivente, dopo una iniziale accondiscendenza verso la fecondazione eterologa della moglie o della compagna, muti opinione e decida di esperire l'azione di disconoscimento di paternità o di impugnazione di precedente riconoscimento, adducendo la mancata discendenza biologica del nato, circostanza facilmente dimostrabile dal momento che, nell'ipotesi di fecondazione eterologa con seme di donatore, il nato non è mai, per definizione, figlio genetico del marito della donna che si sottoponga a quelle metodiche.

La scelta del Legislatore è stata molto chiara: il marito o il convivente non possono esperire l'azione. Precedentemente, da parte loro deve naturalmente esserci stato un consenso alla procedura, ancorché tale consenso, trattandosi di pratica vietata, possa essere ricavato da fatti semplicemente concludenti, senza attestazioni formali di volontà (esempio, il marito/convivente accompagnò la moglie/compagna nella clinica che le applicò la pratica vietata). Insomma: anche in violazione di legge, anzi, proprio perché l'ha violata, padre è chi ti ha voluto; e tale deve rimanere (senza possibilità di ripensamento) dall'inizio alla fine.

Estraneità del donatore esterno rispetto al nato

Il comma 2 chiude altri possibili delicati contenziosi: il donatore esterno di gameti (uomo o donna che sia) non acquisisce alcuna relazione parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto (né essere titolare di obblighi). Sempre a tutela del nato, non è padre né madre chi abbia esclusivamente messo a disposizione il materiale biologico necessario alla riproduzione, senza voler essere padre o madre né voler assumersi od essersi assunto le relative responsabilità.

Capo IV

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

ART. 10

(Strutture autorizzate)

1. Gli interventi di procreazione medicalmente assistita sono realizzati nelle strutture pubbliche e private autorizzate dalle regioni e iscritte al registro di cui all'articolo 11.
2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definiscono con proprio atto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge: a) i requisiti tecnico-scientifici e organizzativi delle strutture; b) le caratteristiche del personale delle strutture; c) i criteri per la determinazione della durata delle autorizzazioni e dei casi di revoca delle strutture stesse; d) i criteri per lo svolgimento dei controlli sul rispetto delle disposizioni della presente legge e sul permanere dei requisiti tecnico-scientifici e organizzativi delle strutture.

ART. 11

(Registro)

1. È istituito, con decreto del Ministro della salute, presso l'Istituto superiore di sanità, il registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime.
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 e all'Istituto superiore di sanità i dati necessari per le finalità indicate dall'articolo 15 nonché ogni altra informazione necessaria allo svolgimento delle funzioni di controllo e di ispezione da parte delle autorità competenti.

6. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, determinato nella misura massima di 154.937 euro a decorrere dall'anno 2004, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

NOTE

Francamente non riesco a capire il senso dell'iscrizione nel Registro dei "nomi" dei nati. L'Istituto Superiore di Sanità, cosa se ne farà? farà una new-letter per gli appartenenti alla categoria? Parlando seriamente, si potrebbe produrre l'effetto di creare una categoria speciale e stigmatizzata di persone, i soggetti nati applicando le tecniche di procreazione medicalmente assistita. Analoga considerazione si può fare per la trasmissione al Ministero, oltre all'indicazione del numero degli embrioni prodotti precedentemente all'entrata in vigore della legge, dei nomi di chi ha fatto ricorso alle tecniche riproduttive a seguito delle quali sono stati formati quegli embrioni (vedi art.17 comma 2).

Capo V

DIVIETI E SANZIONI

ART. 12

(Divieti generali e sanzioni)

1. Chiunque a qualsiasi titolo utilizza a fini procreativi gameti di soggetti estranei alla coppia richiedente, in violazione di quanto previsto dall'articolo 4, comma 3, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 300.000 a 600.000 euro.

2. Chiunque a qualsiasi titolo, in violazione dell'articolo 5, applica tecniche di procreazione medicalmente assistita a coppie i cui componenti non siano entrambi viventi o uno dei cui componenti sia minorenni ovvero che siano composte da soggetti dello stesso sesso o non coniugati o non conviventi e' punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 200.000 a 400.000 euro.

3. Per l'accertamento dei requisiti di cui al comma 2 il medico si avvale di una dichiarazione sottoscritta dai soggetti richiedenti. In caso di dichiarazioni mendaci si applica l'articolo 76, commi 1 e 2, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

4. Chiunque applica tecniche di procreazione medicalmente assistita senza avere raccolto il consenso secondo le modalità di cui all'articolo 6 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 euro.

5. Chiunque a qualsiasi titolo applica tecniche di procreazione medicalmente assistita in strutture diverse da quelle di cui all'articolo 10 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 100.000 a 300.000 euro.

6. Chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità e' punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro.
7. Chiunque realizza un 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, e' punito con la reclusione da dieci a venti anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro. Il medico e' punito, altresì, con l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.
8. Non sono punibili l'uomo o la donna ai quali sono applicate le tecniche nei casi di cui ai commi 1, 2, 4 e 5.
9. E' disposta la sospensione da uno a tre anni dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno degli illeciti di cui al presente articolo, salvo quanto previsto dal comma 7.
10. L'autorizzazione concessa ai sensi dell'articolo 10 alla struttura al cui interno e' eseguita una delle pratiche vietate ai sensi del presente articolo e' sospesa per un anno. Nell'ipotesi di più violazioni dei divieti di cui al presente articolo o di recidiva l'autorizzazione può essere revocata.

NOTE

In ben sei casi il Legislatore, nel prevedere un comportamento illecito e disporre una sanzione, indica come destinatario della stessa “chiunque” lo commetta. Lo stesso articolo però, al comma 8, dichiara che l'uomo e la donna ai quali siano state applicate le tecniche vietate indicate ai commi 1, 2, 4,5, non sono punibili. Disposizione che lascia intendere che si sia voluto in qualche modo comprendere e perdonare coloro che, spinti da forte desiderio di genitorialità, abbiano deciso di ricorrere alle metodiche di procreazione medicalmente assistita anche in assenza dei requisiti richiesti (componenti della coppia entrambi viventi, maggiorenni, di sesso diverso, coniugati o conviventi) o in violazione dei precetti posti (in particolare divieto della fecondazione eterologa). Col termine chiunque sembra insomma doversi per lo più individuare chi, estraneo alla coppia, abbia collaborato nel realizzare la pratica illecita. Soggetto da individuare volta per volta ma che nella stragrande maggioranza dei casi sarà il sanitario.

Curioso che nessuna sanzione sia prevista per chi abbia applicato tecniche di assistenza medicalmente assistita su persone in età non più potenzialmente fertile (vedi comma 2 che sanziona l'applicazione di queste metodiche a chi non ne abbia i requisiti). Si è persa l'occasione per opporre un vero deterrente ai possibili episodi delle “mamme-nonne”.

Commercializzazione dei gameti e degli embrioni

Tra le sanzioni non solo pecuniarie ma anche penali, di grande interesse quelle previste (comma 6) per contrastare, tra l'altro, la commercializzazione di gameti ed embrioni. La sanzione sembra dettata solo per le ipotesi in cui dalle cessioni o dagli scambi si sia tratto un profitto. Sembrano in particolare coinvolte le cd. Banche del seme, cioè quegli istituti che sino ad oggi si sono occupati di acquisire, conservare per poi cedere il materiale genetico fornito dai soggetti “donatori”. In un campo potranno continuare ad operare, quello della crioconservazione dei gameti maschili e femminili che il Legislatore (successivo art.14, comma 8) è parso voler favorire in alternativa alla conservazione degli embrioni. Insomma, questi organismi dovranno trasformare la propria attività da “chi fa commercio” a chi semplicemente custodisce. Interessati al divieto di commercializzazione dei gameti anche i donatori.

Surrogazione di maternità

Sempre il comma 6 vieta e sanziona la "surrogazione di maternità". Sotto questa unica denominazione si possono distinguere almeno tre diversi fenomeni:

- a) la cd. "donazione di ovocita", quando una donna, che non potrebbe autonomamente concepire un figlio, si fa donare da un'altra donna un ovocita che, fecondato con il seme del marito (o del compagno – convivente) le viene impiantato in utero, portando poi essa stessa a termine la gravidanza; in tale ipotesi la surrogazione di maternità si realizza attraverso lo scollamento delle due figure della madre biologica (colei che, fornendo l'ovocita, trasmette il proprio patrimonio genetico al nascituro) e della madre uterina e "sociale" (figure riassunte dalla stessa persona, cioè in colei che completa la gravidanza e partorisce);
- b) la cd. "locazione d'utero", che si verifica quando una donna si limita a portare a compimento una gravidanza e a mettere alla luce un bambino il cui materiale genetico le è completamente estraneo. Questa ipotesi poi può ulteriormente suddividersi in quella in cui il materiale genetico appartenga interamente alla copia committente (verificandosi, così, una sorta di PMA omologa, portata al termine nel corpo di un soggetto terzo) e in quella in cui vi è donazione del gamete maschile o di quello femminile o di entrambi (una specie di Procreazione Medicalmente Assistita eterologa nel corpo di un terzo).
- c) la maternità surrogata vera e propria, che si ha quando una donna non soltanto porta a termine una gravidanza per conto terzi ma presta anche il proprio materiale genetico. L'embrione che dopo essersi sviluppato vedrà la luce è dunque il frutto della fusione tra ovocita della stessa partoriente con il seme maschile altrui. Il seme maschile, a sua volta, potrebbe essere ricondotto al marito della donna committente o a un donatore terzo.

La prima ipotesi consiste, in definitiva, in una forma di normale fecondazione eterologa, la cui unica peculiarità è quella un po' meno frequente della donazione di gamete femminile. Lo status del nato sarà quello di figlio legittimo o naturale riconosciuto della coppia che ha fatto ricorso alle tecniche riproduttive; la donna donante non potrà avanzare alcuna pretesa e non avrà alcun obbligo nei confronti del nato.

La legge tuttavia non dà alcuna definizione di surrogazione di maternità; la gravità della pena (reclusione da 3 mesi a due anni e multa da 600.000 a 1.000.000 Euro) lascia però intendere che il Legislatore avesse in mente un comportamento molto grave ed eversivo sotto il profilo sociale; tale è nella opinione di molti, quella di una donna che produca un figlio per privarsene subito dopo. Si dovrebbe pertanto ritenere che il Legislatore abbia inteso non riferirsi a tutte e tre le tipologie di cui sotto, ma in definitiva solo alle ultime due.

In argomento si pone interrogativo cruciale: a chi attribuire la maternità? A colei cui appartiene l'ovulo fecondato, in quanto portatrice del medesimo corredo genetico del nato? A colei che ha portato effettivamente a termine la gravidanza, in forza dei profondi legami che comunque si instaurano, già dal periodo prenatale, tra nascituro e la donna che lo porta in grembo? A colei infine che ha deciso di ricorrere alle metodiche di procreazione medicalmente assistita in quanto desiderosa di avere un figlio ma impossibilitata ad ottenerlo per vie tradizionali, valorizzando così quella responsabilità da procreazione intimamente connessa con il desiderio di riproduzione?

La soluzione univoca a questi interrogativi è stata individuata nel disposto dell'art.269, comma 3 c.c. secondo cui il nato è il figlio della donna che lo ha partorito. Secondo questa regola il ruolo di madre spetta senza possibilità di dubbio a colei che ha messo al mondo il neonato. Dopo la legge sulla procreazione assistita, la norma si deve ancora sostanzialmente ritenere valida. Con qualche dubbio, nel caso, ad esempio, di doversi attribuire inevitabilmente ed esclusivamente la maternità a una donna che, per esclusivo

scopo di lucro, si sia prestata ad iniziare e a portare a termine una gravidanza per mettere al mondo un figlio che mai vorrebbe se dovesse essere suo. Soluzione in definitiva assai poco protettiva del nato.

In definitiva la complessità del fenomeno avrebbe consigliato un intervento del Legislatore di maggiore ampiezza.

Clonazione

In tema di clonazione, la disposizione recata dal comma 7 è apparentemente abbastanza simile a quella del comma 3 lettera c) del successivo art.13. Ci si deve chiedere quale sia la differenza tra di esse, tenuto conto, tra l'altro, delle ben diverse sanzioni previste nei due casi.

Nel primo caso la legge ha inteso chiaramente sanzionare la clonazione specificamente finalizzata "ad ottenere un essere umano". E ciò a prescindere dalle tecniche utilizzate. E' bastato indicare lo scopo: se il fine è quello di ottenere un essere umano, indipendentemente dal metodo scatta la grave pena della reclusione da 10 a 20 anni e la multa da 600.000 a 1.000.000 d Euro.

Nel caso dell'art.13 la disposizione dovrebbe differenziarsi dalla prima in quanto non volta a produrre un essere umano. Il problema sorge perché, a fianco del fine di "ricerca", l'art.13 vieta anche la clonazione "a fini procreativi", che non potrebbero non sfociare nella produzione di un essere umano. Alla lettera la normativa regolerebbe la stessa fattispecie, con pene assai diverse (secondo caso: reclusione da 2 a 6 anni, multa da 50.000 a 150.000 Euro). Probabilmente ha giocato nel Legislatore l'assillo di non lasciare alcuno spazio alla clonazione umana, anche vietando una seconda volta, ma in un contesto ben diverso (art.13, clonazione per scopi di ricerca) una ipotesi già precedentemente prevista e sanzionata. Ne consegue che, in caso di clonazione per fini di riproduzione umana, dovrà trovare applicazione il solo art.12, comma 7. In ogni altro caso varrà l'art.13, comma 3, lettera c).

Capo VI MISURE DI TUTELA DELL'EMBRIONE

ART. 13

(Sperimentazione sugli embrioni umani)

1. È vietata qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano.
2. La ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative.
3. Sono, comunque, vietati:
 - a) la produzione di embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione o comunque a fini diversi da quello previsto dalla presente legge;
 - b) ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche, ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche e terapeutiche, di cui al comma 2 del presente articolo;

- c) interventi di clonazione mediante trasferimento di nucleo o di scissione precoce dell'embrione o di ectogenesi 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.

4. La violazione dei divieti di cui al comma 1 e' punita con la reclusione da due a sei anni e con la multa da 50.000 a 150.000 euro. In caso di violazione di uno dei divieti di cui al comma 3 la pena e' aumentata. Le circostanze attenuanti concorrenti con le circostanze aggravanti previste dal comma 3 non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste.

5. E' disposta la sospensione da uno a tre anni dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno degli illeciti di cui al presente articolo.

NOTE

Divieto di produzione di embrioni umani a fini di ricerca

In termini logici viene per primo il divieto di produzione di embrioni umani a fini di ricerca o sperimentazione o comunque a fini diversi da quello previsto dalla presente legge – ovviare alla sterilità ed infertilità delle coppie -. Il divieto non stupisce avendo l'Italia nel 2001 ratificato la Convenzione di Oviedo che per prima ha posto tale divieto.

Divieto di sperimentazione sugli embrioni

Viene poi vietata qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano, sia quelli di futura formazione (e questo sembra giusto), sia quelli già esistenti e tuttora conservati nei Centri per l'assistenza alla procreazione (si stima che esistano circa 40.000 embrioni crioconservati in attesa di destinazione), sia quelli che, pur creati per scopi di procreazione, potrebbero comunque non trovare la loro elettiva destinazione, sostanzialmente, o perché non impiantati per causa di forza maggiore relativo allo stato di salute della donna, o per decisione dello stesso sanitario di non procedere per ragioni di tipo medico sanitario, o per revoca tardiva del consenso cui non segue l'impianto forzato (vedi sopra).

In particolare, gli embrioni creati prima della legge e crioconservati a tempo indeterminato appaiono destinati a probabile morte. Perciò la scelta di destinarli a ricerche dalle quali possano derivare notevoli benefici per l'umanità è parso a molti non comportare una concezione strumentale dell'embrione, né costituire un atto di mancanza di rispetto nei confronti della vita umana.

Ma quale è la differenza concettuale tra la “sperimentazione” tassativamente vietata dal comma 1 e la “ricerca sperimentale consentita dal comma 2 (“a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative”)?

Al riguardo i più ritengono che il Legislatore non abbia tanto inteso individuare due diverse attività, vietando l'una e consentendo l'altra, quanto piuttosto porre una deroga al generale divieto nell'unico caso di ricerca finalizzata alla tutela della salute proprio di quell'embrione oggetto di ricerca clinica.

Ma cosa vuol dire ammettere la ricerca sugli embrioni per finalità terapeutiche e diagnostiche? Vuol dire, come pure sostengono alcuni, che viene ammessa la diagnosi pre-

impianto? O piuttosto, come sostengono i più, la sola ricerca sul singolo embrione dalla quale emerga eventualmente la presenza di alcune sue anomalie ovviabili con interventi terapeutici curativi (in quanto esista una terapia a contrastarle con efficacia)?

Nella legge un divieto esplicito di diagnosi preimpianto non c'è, anche se si può chiaramente desumere dal contesto e per esclusione.

Divieto di selezione degli embrioni e dei gameti

Di sicuro la legge (comma 3) vieta ogni tipo di selezione degli embrioni e dei gameti a scopo eugenetico, selezioni, manipolazioni o procedimenti artificiali diretti ad alterare il loro patrimonio genetico o a predeterminarne le caratteristiche genetiche: insomma, no a qualunque tipo di attività sull'embrione diretta a far nascere il maschio piuttosto che la femmina, il biondo piuttosto che il moro, o anche semplicemente il "bello e sano".

Altri divieti

Assoluto, naturalmente, il divieto di fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa nonché il divieto di produzione di ibridi o di chimere (ibrido: il prodotto dell'incrocio tra due individui di una stessa specie, diversi per uno o più caratteri, o tra individui di specie diversa ; chimera: un individuo costituito da cellule di origine genetica diversa e quindi derivante da due zigoti diversi).

Divieto di clonazione

Come precedentemente osservato, (pur sanzionandole diversamente in relazione alla loro supposta gravità) la legge vieta poi ogni ipotesi di clonazione, sia quella finalizzata ad ottenere un essere umano, sia quella a scopo di ricerca. Per quanto attiene alla clonazione per scopo di ricerca, il divieto interessa non solo la riproduzione di tessuti ed organi sani con utilizzo di embrioni umani, ma anche il cd. "trasferimento nucleare di cellule staminali autologhe" segnalato nel 2000 dalla Commissione Dulbecco, soluzione basata sull'inserimento di un nucleo di cellula adulta prelevata dal paziente malato in un ovocita senza il proprio nucleo, metodo che fondamentalmente evita la formazione dell'embrione e preverrebbe ogni obiezione di tipo etico.

ART. 14

(Limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni)

1. E' vietata la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.
2. Le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'articolo 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre.
3. Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione e' consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile.

4. Ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita e' vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.
5. I soggetti di cui all'articolo 5 sono informati sul numero e, su loro richiesta, sullo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire nell'utero.
6. La violazione di uno dei divieti e degli obblighi di cui ai commi precedenti e' punita con la reclusione fino a tre anni e con la multa da 50.000 a 150.000 euro.
7. E' disposta la sospensione fino ad un anno dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno dei reati di cui al presente articolo.
8. E' consentita la crioconservazione dei gameti maschile e femminile, previo consenso informato e scritto.
9. La violazione delle disposizioni di cui al comma 8 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 euro.

NOTE

Divieto di soppressione e crioconservazione degli embrioni

L'idea dell'inizio e della continuità della vita fin dal momento del concepimento rappresenta il naturale presupposto del divieto di soppressione dell'embrione. Esso appare dunque coerente con le finalità che la legge intendeva perseguire.

Pare dubbio invece che il medesimo fondamento possa giustificare il divieto di crioconservazione. Così sarebbe se tale procedimento si dovesse considerare sicuramente e immediatamente nocivo per la salute del nascituro.

Detto ciò, va subito sottolineato che il legislatore, posti i due divieti, ne ha immediatamente ridimensionato la portata.

Per ciò che concerne la crioconservazione, lo fa al punto n.3, ammettendo la crioconservazione quando il trasferimento dell'embrione non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna al momento della fecondazione (ma la deroga al principio generale vale fino e in vista del trasferimento dell'embrione nell'utero, "da realizzare non appena possibile").

Per quanto riguarda la soppressione degli embrioni, la portata del divieto viene ridimensionato già al comma 1, che fa espressamente salva la disciplina della legge 194 del 1978 sull'interruzione volontaria della gravidanza. E la cosa non poteva, ovviamente, essere diversa.

Nonostante tutto, vietare la soppressione dell'embrione nella fase in cui esso non è ancora impiantato nell'utero è cosa utile, la prima delle attività tese alla tutela del prodotto del concepimento.

Per quanto riguarda la crioconservazione, occorre dire che il suo divieto appare destinato a trovare numerose ulteriori eccezioni: come si è già visto, quando la donna decida di revocare il consenso anche dopo la fecondazione dell'ovulo e non risulti possibile all'Autorità pubblica disporre forzatamente il trasferimento nell'utero, quando il medico decida autonomamente di non procedere, per motivi medico sanitari, alla Procreazione medicalmente assistita, fino a giungere all'ipotesi estrema del decesso della donna. Senza dire delle migliaia di embrioni prodotti prima dell'entrata in vigore della legge.

La funzione del divieto, appare dunque come un “mettere il carro davanti ai buoi “ del successivo comma 2, finalizzato, più che a un concreto sforzo di contenimento degli embrioni da produrre, a realizzare per il futuro una (astratta?) coincidenza tra embrioni prodotti e embrioni utilizzati.

Numero massimo di embrioni da produrre per un unico e contemporaneo impianto nell'utero.

Sino ad epoca recente i Centri di assistenza alla procreazione erano soliti cercare di ottenere per ogni coppia che ad essi si rivolgeva, subito dopo il trattamento di iperstimolazione ormonale cui la donna veniva sottoposta, il numero massimo di embrioni possibile, che veniva poi crioconservato.

La produzione di un numero d embrioni superiore a quello dei figli che la coppia desiderava ottenere era considerato funzionale alla possibilità di eseguire con buon successo la diagnosi preimpianto, al tempo non vietata e diffusa (per la quale si riteneva necessario un numero di almeno 8 o 9 embrioni) e alla necessità di poter disporre subito di nuovi embrioni da impiantare, nel caso tutt'altro che infrequente che il primo impianto dell'embrione nell'utero non avesse dato i risultati sperati. Ciò senza dover ricorrere, per poterseli procurare, a nuovi trattamenti ormonali sulla donna, comunque stressanti e potenzialmente dannosi.

Nella maggior parte dei casi la gravidanza si produceva prima dell'utilizzo completo degli embrioni prodotti e quelli rimasti rimanevano crioconservati presso i Centri, destinati ad un infelice destino, con l'unica eccezione, tutt'altro che frequente, in cui la coppia si rivolgesse nuovamente al centro per ottenere ulteriori gravidanze. E' da questa pratica che ha avuto origine il fenomeno degli embrioni “soprannumerari”.

Al fine di prevenire questo fenomeno, il comma 2 dispone che “le tecniche di produzione degli embrioni (...) non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a 3.

Da qui in avanti non si potranno perciò produrre più di tre embrioni alla volta e tutti gli embrioni prodotti dovranno essere impiantati contemporaneamente.

Gli oppositori della norma denunciano che la limitazione di produzione di embrioni al ridotto numero di 3 esporrebbe la donna al rischio di reiterati cicli ormonali, con grave pericolo per la sua salute. L'obbligo di impianto simultaneo di tutti gli embrioni prodotti esporrebbe poi la donna ad una elevata probabilità di gravidanze plurime (crescente nel tempo, con il prevedibile perfezionarsi delle tecniche di Procreazione medicalmente assistita).

La prima preoccupazione (quella connessa alla reiterazione di trattamenti ormonali sulla donna) sembrerebbe poter essere superata facendo ricorso all'opportunità offerta dal successivo comma 8, che consente la crioconservazione dei gameti maschili e femminili. Il limite di non più di tre embrioni non comporta affatto che non sia lecito prelevare tutti gli ovociti possibili, risultanti da un unico trattamento di iperstimolazione.

Interpretazione confortata proprio dalla espressa previsione del comma 8, il quale dichiara ammissibile la loro crioconservazione. Una volta crioconservato, il materiale genetico potrà essere utilizzato gradualmente, senza più doversi intervenire sulla donna, per la produzione di embrioni nel numero via via considerato necessario ad impianto (comunque non

superiore a tre per volta). In contrario si potrebbe forse osservare che la crioconservazione degli embrioni si può oggi ritenere una possibilità positivamente acquisita su piano tecnico, mentre invece la crioconservazione dei gameti (specialmente di quelli femminili) si trova ancora in fase sperimentale. E' lecito confidare nello sviluppo della ricerca sulla crioconservazione dei gameti, che infatti sembra la speranza dello stesso Legislatore, quando all'art 2 della presente legge prevede che "il Ministro della salute (...) può incentivare gli studi e le ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti".

La seconda preoccupazione connessa alla probabilità che l'obbligato impianto simultaneo degli embrioni prodotti nel numero consentito generi gravidanze multiple, fonte di seri rischi sia per i nascituri che per la madre, non sembra in realtà fondata alla luce di quanto disposto dal successivo comma 4.

Esso vieta sì la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, ma "salvo nei casi previsti dalla legge 194 sull'aborto", cioè nelle ipotesi in cui vi sarebbero rischi per la salute della donna e dei feti.

Capo VII

DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

ART. 15

(Relazione al Parlamento)

1. L'Istituto Superiore di Sanità predispone, entro il 28 febbraio di ciascun anno, una relazione annuale per il Ministro della salute 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 salute, 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.

ART. 16

(Obiezione di coscienza)

1. Il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure per l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita disciplinate dalla presente legge quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge al direttore dell'azienda unita sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente, al direttore sanitario, nel caso di personale dipendente da strutture private autorizzate o accreditate.
2. L'obiezione può essere sempre revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al comma 1, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione agli organismi di cui al comma 1.
3. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'intervento di procreazione medicalmente assistita e non dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento.

NOTE

L'obiezione di coscienza qui stabilita ricalca pressoché identicamente l'analoga previsione stabilita per l'interruzione volontaria della gravidanza, anche se tra le due situazioni non esiste una reale affinità: la procreazione medicalmente assistita viene intesa da questa legge come un trattamento sanitario teso al superamento di un ostacolo alla riproduzione, non si sopprime affatto un feto bensì ci si adopera per la nascita di una nuova vita. Alcuni hanno individuato dietro alla norma apparentemente rispettosa della libertà di coscienza individuale l'intima speranza del Legislatore di una cattiva accoglienza della legge da parte dei sanitari.

ART. 17

(Disposizioni transitorie)

1. Le strutture e i centri iscritti nell'elenco predisposto presso l'Istituto superiore di sanità ai sensi dell'ordinanza del Ministro della sanità del 5 marzo 1997, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 55 del 7 marzo 1997, sono autorizzati ad applicare le tecniche di procreazione medicalmente assistita, nel rispetto delle disposizioni della presente legge, fino al nono mese successivo alla data di entrata in vigore della presente legge.
2. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture e i centri di cui al comma 1 trasmettono al Ministero della salute un elenco contenente l'indicazione numerica degli embrioni prodotti a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita nel periodo precedente la data di entrata in vigore della presente legge, nonché, nel rispetto delle vigenti disposizioni sulla tutela della riservatezza dei dati personali, l'indicazione nominativa di coloro che hanno fatto ricorso alle tecniche medesime a seguito delle quali sono stati formati gli embrioni. La violazione della disposizione del presente comma è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 25.000 a 50.000 euro.
3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, definisce, con proprio decreto, le modalità e i termini di conservazione degli embrioni di cui al comma 2.

NOTE

Indicazione nominativa delle coppie che hanno ricorso alle tecniche

Diversamente dall'indicazione numerica degli embrioni prodotti, non si comprende lo scopo di indicare al Ministero anche il nome delle persone: cosa un Ministero ne potrà mai legittimamente fare?

Destino degli embrioni prodotti prima della legge

L'intenzione di salvaguardare gli embrioni prodotti in eccesso e non impiantati nel periodo precedente l'entrata in vigore della legge appare lodevole e tuttavia è contraddetta, in particolare, dal divieto di crioconservazione degli embrioni in precedenza stabilito.

ART. 18

(Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita)

1. Al fine di favorire l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita da parte dei soggetti di cui all'articolo 5, presso il Ministero della salute e' istituito il Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita. Il Fondo e' ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.
2. Per la dotazione del Fondo di cui al comma 1 e' autorizzata la spesa di 6,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2004. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unita' previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero medesimo. Il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

I quesiti referendari sulla legge in materia di procreazione medicalmente assistita

Testo, illustrazione-commento

NOTA GENERALE: Come noto i quesiti sono quattro e i titoli che riassumono il senso e il profilo di ciascuno sono quelli definiti dall'Ufficio centrale per il Referendum costituito presso la Corte di Cassazione.

Ciascun quesito viene presentato in colonna: può infatti essere utile che l'occhio corra, articolo per articolo, comma per comma, dall'uno all'altro;

in definitiva non ce lo dice il dottore che i quattro quesiti debbano essere o tutti quanti accolti o tutti quanti rigettati.

Ogni articolo o comma interessato da richieste di soppressione vengono riprodotti interamente:

la parte in neretto è quella di cui si chiede l'abrogazione,

la parte in chiaro è quella che rimarrebbe,

la parte in corsivo è l'illustrazione-commento.

<i>Norme sui limiti all'accesso</i>	<i>Norme sulle finalità, sui diritti dei soggetti coinvolti e sui limiti all'accesso</i>	<i>Limite alla ricerca clinica e sperimentale sugli embrioni</i>	<i>Divieto di fecondazione eterologa</i>
<i>Art.1, comma 1</i>	<i>Art.1, comma 1</i>		
<p>"Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana" è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito.</p>	<p>"Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana é consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito."</p>		
<p><i>La soppressione proposta ha chiaramente lo scopo di consentire (o non impedire) l'ammissione alle tecniche di procreazione assistita anche alle coppie fertili ma portatrici sane di gravi malattie ereditarie. Una cosa molto importante, che però apre una serie formidabile di problemi, non tanto per le coppie di cui sopra, ma soprattutto per le coppie che, almeno in partenza, non presentano particolari</i></p>	<p><i>Rispetto al primo quesito, qui si chiede anche la l'abrogazione del riferimento ai "diritti" del concepito. I promotori del quesito intendono tra l'altro scongiurare la possibilità di una interpretazione della norma che equipari i diritti del concepito a quelli della madre, in contrasto con la normativa in tema di aborto volontario. La proposta di cancellazione poteva limitarsi a "compreso il concepito".</i></p>		

<i>problemi (diagnosi pre-impianto, decisione di non procedere all'impianto, selezione tra gli embrioni, ecc.).</i>	<i>Così invece il senso della proposta diventa la radicale negazione di ogni tutela al nascituro-concepito-embrione.</i>		
Art.1, comma 2	Art.1, comma 2		
"Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità e infertilità."	"Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita é consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità e infertilità".		
<i>Si veda sopra per quanto riguarda la limitazione dell'accesso alle tecniche nei soli casi di sterilità e infertilità. Con la presente proposta di soppressione forse si intende poi reagire ad una concezione non proprio positiva della procreazione medicalmente assistita, considerata sempre comunque sospetta rispetto a quella naturale.</i>			
Art.4, comma 1	Art.4, comma 1		
"Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o infertilità da causa accertata e certificata da atto medico."	"Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o infertilità da causa accertata e certificata da atto medico"		
<i>Vedi sopra</i>			
Art.4, comma 2, lettera a	Art.4, comma 2, lettera a		
Le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono applicate in base ai seguenti principi: "gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i destinatari, ispirandosi al principio della" minore invasività;	Le tecniche di Procreazione medicalmente assistita sono applicate in base ai seguenti principi: "gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i destinatari, ispirandosi al principio della " minore invasività;		
<i>Si intende contrastare l'interpretazione letterale</i>			

<i>dell'accesso alle tecniche più invasive solo dopo aver sperimentato quelle meno invasive, ancorché, nel caso specifico, considerate inutili dagli specialisti. Insomma, iter non predeterminati ma decisi caso per caso dallo specialista.</i>			
			Art.4, comma 3
			"E' vietato il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo."
			<i>e cioè con lo sperma o l'ovocita di un terzo/terza donatore/donatrice.</i>
Art.5, comma 1	Art.5, comma 1		
"Fermo restando quanto stabilito dall'art. 4, comma 1" possono accedere alle tecniche di procreazione assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.	"Fermo restando quanto stabilito dall'art. 4, comma 1" possono accedere alle tecniche di procreazione assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.		
<i>Raccordo con la precedente richiesta di eliminazione della limitazione delle tecniche ai casi di sterilità e infertilità</i>			
Art.6, comma 3	Art.6, comma 3		
La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge. Tra le manifestazioni della volontà e l'applicazione della tecnica 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" .	La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge. Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica 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" .		
<i>In virtù della soppressione proposta, la coppia potrebbe</i>			

<p><i>in pratica ritirare il consenso all'impianto in utero degli embrioni (peraltro) già formati. Varrebbe in particolare per la coppia portatrice sana di malattie ereditarie che non intendesse correre il rischio di un impianto di embrioni malati, ma varrebbe per tutte le coppie variamente motivate.</i></p> <p><i>Per quanto la possibilità di recedere ad embrioni già formati possa sembrare e sia effettivamente una cosa negativa, essa si conforma all'impossibilità pratica di imporre forzatamente l'impianto degli embrioni formati contro la volontà della donna interessata (quantomeno della donna).</i></p>			
			<i>Art.9, comma 1</i>
			<p>Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo "in violazione del divieto di cui all'art.4, comma 3", il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'art.235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, né l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice.</p>
			<p><i>Il divieto è quello della fecondazione eterologa. Se esso venisse a cadere, come vogliono i promotori di questo referendum, non verrebbe tuttavia a cadere quanto previsto dalla legge a tutela dei nati da fecondazione eterologa.</i></p>
			<i>Art.9, comma 3</i>
			<p>In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo "in violazione del divieto di cui all'art. 4, comma 3," il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può fare valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi.</p>
			<i>Idem come sopra</i>
			<i>Art.12. comma 1</i>

			"Chiunque a qualsiasi titolo utilizza a fini procreativi gameti di soggetti estranei alla coppia richiedente, in violazione di quanto previsto dall'art.4, comma 3, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 300.000 a 600.000 Euro".
			<i>Tolto il divieto di fecondazione eterologa, viene meno anche la relativa sanzione.</i>
		Art. 12, comma 7	
		Chiunque realizza un 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, è punito con la reclusione da dieci a venti anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro. Il medico è punito, altresì, con l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.	
		<i>Il divieto di clonazione per fini di riproduzione umana verrebbe per un verso ancor meglio esplicitato. Il testo che risulta dalla soppressione proposta chiarisce senza possibilità di equivoci che il divieto vale qualunque sia la tecnica utilizzata: si ricorra ad un'unica cellula di partenza - clonazione per partenogenesi -, o a due cellule - clonazione per trasferimento di nucleo di cellula adulta in cellula uovo privata del suo nucleo (vedi successivo art. 13 lettera c). Per altro, il venire meno di "eventualmente" (identico ad un altro essere umano) indebolirebbe la portata del divieto (anche solo ad avvicinarsi pericolosamente</i>	

		<i>all'esito vietato).</i>	
			Art.12, comma 8
			Non sono punibili l'uomo o la donna ai quali sono applicate le tecniche nei casi di cui ai comma "1", 2, 4 e 5.
			<i>Mero adeguamento al soppresso divieto di fecondazione eterologa: come noto la legge non sanziona, in molti casi (compreso l'uso di gameti di soggetti estranei alla coppia), i diretti destinatari delle tecniche che pur contravvengono ai divieti posti (al punto che si è detto da più parti che sono i sanitari ad essere i soggetti maggiormente esposti ai rigori della legge); diventato legittimo l'uso di gameti di soggetti estranei alla coppia, viene meno di conseguenza la necessità di prevedere la non punibilità della coppia che vi ricorra.</i>
			Art.13, comma 2
		La ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche "ad essa collegate volte alla tutela e allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative" .	
		<i>La ricerca sugli embrioni verrebbe consentita per finalità diagnostiche e terapeutiche latamente riferibili all'intera "classe" degli embrioni, finalità nello stesso tempo non necessariamente collegabili alle prospettive di salute e sviluppo di ogni singolo embrione, prospettive che nel caso dell'embrione con gravi anomalie potrebbero non esistere. In considerazione di tale</i>	

		<p><i>eventualità, verrebbe meno lo stesso divieto implicito e generalizzato della diagnosi pre-impianto.</i></p> <p><i>Naturalmente rimarrebbe il divieto di produrre embrioni a scopo (per puro scopo) di ricerca, la quale dunque potrebbe utilizzare soltanto gli embrioni cd. soprannumerari (non impiantati).</i></p>	
Art. 13, comma 3, lettera b	Art.13, comma 3, lettera b		
<p>Sono comunque vietati:</p> <p>a) la produzione di embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione o comunque a fini diversi da quello previsto dalla presente legge;</p> <p>b) ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche, ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche e terapeutiche "di cui al comma 2 del presente articolo".</p>	<p>Sono comunque vietati:</p> <p>a) la produzione di embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione o comunque a fini diversi da quello previsto dalla presente legge;</p> <p>b) ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche, ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche "e erapeutiche, di cui al comma 2 del presente articolo".</p>		
<p><i>Rimarrebbe vietata ogni forma di selezione degli embrioni o dei gameti a scopo eugenetico (per puro scopo migliorativo). Viceversa, verrebbero consentiti interventi diagnostici e terapeutici in senso lato, non necessariamente collegabili con le prospettive di salute e sviluppo del singolo embrione (comma 2), prospettive che nel caso degli embrioni derivanti da coppia portatrice di gravi malattie ereditarie potrebbero non esistere e</i></p>	<p><i>Rispetto al quesito precedente verrebbero consentiti solo interventi di tipo diagnostico: in sostanza la coppia portatrice sana di gravi malattie ereditarie che all'indagine pre-impianto accertasse che gli embrioni formati non sono sani, avrebbe di fronte la sola possibilità di non procedere all'impianto (e non anche di procedere all'impianto dei soli embrioni risultati sani).</i></p>		

<p><i>quindi essere trascese; in questo senso si aprirebbe la strada all'analisi pre-impianto (per verificare quali embrioni sono sani e quali malati) e alla stessa selezione tra embrioni sani e malati in vista dell'impianto dei soli embrioni sani. Certo il discrimine tra selezione a scopo migliorativo e selezione a scopo "terapeutico" (di difesa della vita dalla minaccia delle più gravi malattie ereditarie) può non essere sempre facilmente e rettamente inteso ...</i></p>			
		<p>Art.13, lettera c</p>	
		<p>(Sono comunque vietati:) interventi "di clonazione mediante trasferimento di nucleo o" di scissione precoce dell'embrione o di ectogenesi sia a fini procreativi sia a fini di ricerca;</p>	
		<p><i>Nel commento all'articolo della legge si è evidenziato come questo comma riguardi sostanzialmente la fattispecie della clonazione per scopo di ricerca (e non di riproduzione umana). Si tenga a mente che relativamente alla clonazione per scopo di riproduzione umana varrebbe già il divieto posto dall'art.12 comma 7, reso dai referendari ancor più generalizzato (qualunque sia la tecnica utilizzata). Nel caso della clonazione per scopo di ricerca verrebbe ora stralciata, tra le tecniche vietate, il cd. "trasferimento nucleare di cellule staminali autologhe" (vedasi commento all'articolo di legge). Detta tecnica, a rigore, prescinde dalla formazione di embrioni e quindi preverrebbe obiezioni di tipo etico. Tecnica riproduttiva di tipo "a-sessuato" (pecora Dolly), condotta all'esito estremo</i></p>	

		<p><i>può, teoricamente, condurre all'essere umano. Naturalmente può (e deve) fermarsi ben prima, alla benefica produzione di tessuti od organi umani sani compatibili con la persona dalla quale è stata estratta la cellula di partenza donatrice di nucleo. Rimarrebbe in ogni caso indisponibile (vietato), anche per scopi di ricerca, il ricorso a cellule staminali con utilizzo di embrioni umani.</i></p>	
		Art.14, comma 1	
		E' vietata " la crioconservazione e " la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978 n.194	
		<p><i>Il divieto di congelamento e conservazione degli embrioni si spiega con l'intenzione di realizzare una piena coincidenza tra embrioni prodotti e embrioni utilizzati (tot prodotti, tot impiantati). Non esisterebbero infatti altre cospicue controindicazioni alla crioconservazione (per es. il congelamento di per sé non risulta sicuramente e immediatamente nocivo per la salute degli embrioni). D'altra parte, potendo crioconservare gli embrioni, si apre il problema se è lecito e opportuno produrne senza limite, e come si può realizzare un concreto e serio sforzo di contenimento....</i></p>	
Art.14, comma 2	Art.14, comma 2		
<p>Le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'art7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario "ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore</p>	<p>Le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'art. 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario "ad un unico e contemporaneo impianto, comunque</p>		

a tre".	non superiore a tre".		
<p><i>Per l'interpretazione della previsione di legge rinvio al commento dell'articolato: il legislatore avrebbe inteso valorizzare la previa disponibilità dei gameti (quelli sì crioconservabili), coi quali produrre volta a volta gli embrioni considerati necessari a ciascun impianto. Tutto dipende peraltro dall'efficacia della metodica, che difficilmente può testare una legge.</i></p> <p><i>Rimarrebbe in ogni caso l'indicazione significativa della creazione di embrioni in numero "strettamente" necessario (peraltro, alla gestione, caso per caso, dell'intero iter procreativo).</i></p>			
Art.14, comma 3	Art.14, comma 3		
<p>Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile</p> <p>" per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione"</p> <p>è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi</p> <p>"fino alla data del trasferimento da realizzare non appena possibile".</p>	<p>Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile</p> <p>"per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione"</p> <p>è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi</p> <p>"fino alla data del trasferimento da realizzare non appena possibile".</p>		
<p><i>L'intervento referendario generalizza una possibilità che la legge consentiva solo in via temporanea e per grave e documentata causa di forza maggiore, non prevedibile al momento della fecondazione.</i></p> <p><i>E' in questione la crioconservazione (il mezzo) ma più latamente la libertà di ritirare il consenso all'applicazione delle tecniche in ogni momento dell'iter procreativo. Questa libertà, ancora una volta o la si riconosce (fondamentalmente alla donna) senza che nessuna autorità terza pretenda di giudicarne il merito o le modalità, o non la si riconosce. Non riconoscendola, o si può pensare di procedere (all'impianto dell'embrione nell'utero) "manu militari" (e questa possibilità é per la nostra Costituzione indisponibile) , o anche solo accontentandosi di qualche modesta ammenda (per es. nel caso della donna che non si presenti nel giorno stabilito per l'impianto senza giustificato motivo). Ma sarebbe ingiustificata (e chi potrebbe giudicarla nel merito?) la sola semplice paura a procedere nella creazione di un essere umano?</i></p>			

18 Gennaio 2005

Proposta di legge Amato in materia di procreazione medicalmente assistita

DISEGNO DI LEGGE d'iniziativa dei senatori AMATO, SOLIANI, TONINI, CHIUSOLI, COVIELLO, DEBENEDETTI, GUERZONI, MAGISTRELLI, MURINEDDU, PETRINI, TREU, VICINI, VIVIANI e ZANDA.

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 NOVEMBRE 2004

SENATO DELLA REPUBBLICA

———— XIV LEGISLATURA ————

N. 3220

Norme in materia di procreazione medicalmente assistita

Onorevoli Senatori. – Il testo disciplina, sulla base di una nuova articolazione dei contenuti, l'intera materia già regolata dalla legge 19 febbraio del 2004, n. 40. Per questo la abroga e, per questo, cercare un raffronto articolo per articolo sarebbe fuorviante.

La nuova costruzione concentra nei capi da I a V (articoli 1-15) tutto quanto riguarda i presupposti, le procedure per accedere alla procreazione assistita e le conseguenze che ne derivano riguardo al rapporto di filiazione, nonché l'indicazione degli enti autorizzati a praticarla e la documentazione relativa. Si vuole così evitare quella commistione con le limitazioni ed i divieti alla ricerca scientifica su materiale genetico che è invece presente nel testo vigente e che finisce per attribuirgli valenze contrarie al progresso della scienza in nome della esorcizzazione di mali di là da venire (ibridi, chimere e così via).

Questo disegno di legge, nella nostra intenzione, è infatti un disegno di legge di apertura della sanità pubblica a pratiche già sperimentate nel privato e quindi di controllo e regolamentazione di tali pratiche a tutela delle persone che vi fanno ricorso nonché dei nuovi nati. E' anche, però, una legge che riguarda così direttamente la vita umana e la sua dignità da ispirare alla loro tutela l'intera normativa. Lo si dice già nell'articolo 1, comma 2, dove anziché parlare di «diritti delle persone coinvolte, compreso il concepito» si parla di «rispetto» e «tutela della dignità umana»; una espressione questa ben più alta che tutti ci coinvolge, non solo la coppia e il concepito. Così, se al rispetto della dignità umana sono già improntate le norme di cui ai capi precedenti, dall'insistenza sul consenso informato (articoli 6-7) all'esclusione di pratiche di maternità surrogata (articolo 4), è poi al capo VI che si dettano norme più specifiche. Ed infatti l'articolo 16 pone divieti volti ad impedire un uso improprio di quelle pratiche (la fecondazione di ovociti umani a scopo di ricerca, la manipolazione genetica, la miscelazione di semi) avvertito appunto come lesivo della dignità

umana, e l'articolo 17 si preoccupa di tutelare questa dignità anche nell'embrione, per i casi in cui, correttamente formato a fini procreativi, non possa essere utilizzato per i fini stessi: se ne vieta la distruzione e si prevede che venga destinato a ricerche aventi finalità terapeutiche, un dono a favore di altre vite di una vita che non può crescere, accompagnando tale destinazione con garanzie e cautele atte a tranquillizzare, non meno dei laici, la stessa coscienza religiosa.

La violazione dei divieti previsti a questi riguardi comporta sanzioni penali severe di cui si dispone al capo VII, che contiene anche sanzioni penali ed amministrative per qualunque altra inosservanza della legge (dalle norme relative ai requisiti e alle modalità di accesso alle pratiche, all'applicazione delle stesse al di fuori delle strutture autorizzate, alla commercializzazione di materiale genetico), e pene accessorie quali la sospensione o l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione a carico del medico responsabile, e la sospensione o la revoca dell'autorizzazione alle strutture nell'ambito delle quali è avvenuta la violazione.

Il capo VII, infine, contiene norme finali e transitorie tra cui quella che consente l'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario anche limitatamente ad una singola procedura o a uno specifico passaggio di una procedura.

Quanto premesso sull'impianto generale e sull'attenzione prestata alla tutela della vita e della dignità umana, ci consente ora di illustrare le principali innovazioni che abbiamo inteso introdurre, a partire dalle condizioni di accesso e le tecniche utilizzabili.

Le prime innovazioni riguardano appunto le condizioni di accesso:

a) non più solo la sterilità o la infertilità, ma anche la presenza di malattie infettive gravi (l'AIDS ad esempio) o di malattie genetiche che possano comportare rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro. Nel primo caso si vuole evitare che la coppia che intende avere un figlio sia indotta a rapporti sessuali a rischio di contagio per il coniuge e di trasmissione della malattia al nascituro; nel secondo caso si consente una selezione preventiva degli embrioni evitando la nascita di bambini affetti da gravi patologie ed in sostanza prevenendo un aborto terapeutico;

b) non più solo interventi a favore della coppia che possa fornire il proprio materiale genetico, ma anche a favore di quella in cui uno dei componenti sia affetto da sterilità o infertilità congenite o per malattia (ovviamente non per invecchiamento). Sappiamo che l'apertura alla fecondazione eterologa è controversa. Al di là delle convinzioni personali (sono in molti a non ravvisare alcunché di immorale o di contrario alla dignità umana nel desiderio di avere un figlio anche ricorrendo al seme o all'ovocita altrui, quando un figlio, come insegna la legge sull'adozione, è soprattutto quello che si vuole e si cresce), non si può dimenticare che in particolare il ricorso al seme altrui è una pratica in uso da decenni, che ha dato gioia a tanti genitori e vita a tanti bambini, come non si può dimenticare che la sterilità o l'infertilità maschile e femminile sono in aumento, mentre diminuisce la natalità, e che la loro causa risale spesso a malattie e a conseguenti cure che frustrano un desiderio di maternità e di paternità non ancora realizzato. Il testo limita il ricorso alla fecondazione eterologa alle coppie di coniugi o di stabili conviventi, che siano entrambi viventi e in età fertile. Ma consentendolo appunto alle coppie, sottolinea come prioritari la tutela e il rafforzamento della famiglia, il cui valore come prezioso tessuto connettivo del corpo sociale non può essere predicato in astratto e contrastato in concreto.

Né il ricorso agli strumenti indicati è o può essere visto come una scorciatoia: non lo è per chi vi si deve sottoporre, che affronta scelte anche drammatiche e vicende quasi sempre dolorose e spesso umilianti; non può esserlo secondo la nostra proposta, perché questa prevede una gradualità degli interventi, dal più semplice e naturale al più invasivo, ed affida la definizione delle condizioni nelle quali a tali strumenti si può fare ricorso a protocolli specifici, elaborati dal Ministero della salute e da esso rivisitati periodicamente (le linee guida). Inoltre il presente disegno di legge affida allo stesso Ministero la missione di favorire gli interventi necessari per rimuovere le cause della sterilità e della ipofertilità, in modo da offrire alle coppie la prospettiva del ritorno alla fecondazione naturale (articolo 2).

Quanto alle tecniche, abbiamo cercato in particolare di lavorare sulla fecondazione in vitro, poichè il tema più delicato sollevato dalla legge n. 40 del 2004 è notoriamente quello che riguarda gli embrioni, la limitazione del numero degli embrioni da produrre, la crioconservazione, l'impianto più o meno seriamente obbligatorio, la loro destinazione. Qui ci siamo avvalsi delle ormai acquisite indicazioni medico-scientifiche circa i due stadi che attraversa l'ovocita fecondato e i trattamenti ai quali lo si può sottoporre: lo stadio di ootide, in cui vi è solo un accostamento dei pronuclei maschile e femminile, che tuttavia conservano ciascuno i propri patrimoni genetici; e quello di zigote e quindi di embrione, in cui prima si congiungono gli assetti cromosomici paterni e materni e poi, a seguito della segmentazione, compare l'entità bi-cellulare che è la prima di quel genoma unico ed irripetibile destinato a svilupparsi come persona. E' una distinzione cruciale quella fra questi due stadi e definire «un espediente» il fatto di ricorrervi e trarne conseguenze è tale una negazione del meraviglioso processo che porta alla nascita da apparire francamente blasfemo. E' vero, l'ootide diverrà in poche ore un embrione, ma solo a quel punto sarà intervenuta quella trasformazione a cui i documenti stessi della Chiesa (che la definiscono *fusio duorum gametum*) riconducono l'esservi della creatura umana. Così sono i processi della vita e della morte. E, per chi ha fede, è in quei pochissimi momenti, non prima e non dopo, che l'anima entra nel corpo o lo abbandona. Sulla premessa che gli stessi risultati ottenibili con la crioconservazione degli embrioni si possono ottenere con la crioconservazione degli ootidi (la letteratura al riguardo è ampia e probante e testimonia di un uso ormai affermato e convalidato di tale procedura in altri paesi europei, oltre che nel nostro), si è previsto in primo luogo che il medico espianti ovociti nel numero che ritiene necessario ad assicurare non meno di due impianti, tenendo conto della concreta situazione della singola coppia (salute, età della donna, e così via) e della esigenza di non sottoporre la donna a ripetute stimolazioni ovariche; e quindi che gli ovociti fecondati e non utilizzati per il primo impianto siano crioconservati (sempre e solo a scopo procreativo) non allo stadio di embrioni, ma a quello anteriore di ootidi. In questo modo, lo sviluppo allo stadio embrionale avrà naturalmente e necessariamente luogo per i soli embrioni di volta in volta destinati all'impianto (salvo quelli richiesti dall'eventuale diagnosi pre-impianto). Si riduce così, drasticamente ma senza rigide quanto astratte limitazioni e senza danni per la donna, il numero degli embrioni che si producono e che possono restare inutilizzati.

Pur tuttavia, la possibilità che permangano embrioni non utilizzati a fini procreativi inesorabilmente sussiste, in primo luogo a seguito della diagnosi e della conseguente selezione pre-impianto (non si dimentichi che tale esame può richiedere anche più di cinque embrioni, mentre poi l'impianto in una donna giovane di più di due embrioni rende altamente probabile una gravidanza trigemina) e poi per i casi di rifiuto o di impossibilità di procedere allo stesso impianto. Altri perciò ne saranno prodotti, oltre a quelli risalenti alla fase anteriore alla legge n. 40 del 2004 e tuttora conservati in frigorifero. Poichè la dignità umana che è in loro viene offesa, non solo dalla distruzione a cui in quel frigorifero sono comunque condannati, ma, secondo una diffusa sensibilità etica e religiosa, anche dalla loro messa a disposizione della scienza come se si trattasse di puri agglomerati di cellule, la nostra proposta definisce un percorso che tiene conto di entrambe le ragioni. In primo luogo essa prevede che nel momento stesso in cui si avvia la procedura di produzione degli ootidi sia chiesto alla coppia di fornire il consenso a che, nel caso ne scaturiscano poi embrioni non utilizzati a fini procreativi, li si possa destinare a finalità terapeutiche (consenso che si prevede debba essere rinnovato, al momento in cui tale diversa destinazione diviene attuale). In secondo luogo si prevede che le linee guida, così come dovranno definire il limite temporale entro il quale ootidi e poi embrioni debbono essere utilizzati a fini procreativi, indichino anche il lasso di tempo prima del quale non è consentito l'uso di embrioni a fini di ricerca. Sarà in tal modo possibile consentire quell'uso, quando diviene certo il loro abbandono al perimento. Con questa procedura e con queste cautele non c'è sostanziale differenza fra la donazione degli organi del figlio pre-morto da parte dei genitori, e la donazione a vite altrui delle cellule dell'embrione che si era voluto per avere un figlio.

Non si fermano a questi aspetti le disposizioni della nostra proposta, che regola altresì la raccolta e la donazione dei gameti (solo di quelli maschili, perchè la creazione di banche degli ovociti è sconsigliata dallo stadio ancora sperimentale della crioconservazione degli stessi ovociti e dalla necessità quindi di non creare frustranti illusioni in presenza del tasso tuttora inadeguato di successo della loro fecondazione dopo lo scongelamento), lo stato giuridico del nato, la tutela della riservatezza, le strutture per l'effettuazione degli interventi e quelle, distinte, per la raccolta e la

crioconservazione del liquido seminale. Ma le disposizioni che proponiamo su tali temi sono autoesplicative, oltre ad investire profili senz'altro necessari, ma assai meno controversi di quelli testè illustrati. In questa sede era soprattutto importante affrontare le questioni legate a visioni e a principi fortemente sentiti e fra loro potenzialmente confliggenti, in ragione dei quali non si è giunti sino ad ora a soluzioni condivise. Ci auguriamo che le nostre proposte, ovviamente perfettibili, valgano a dimostrare che le soluzioni condivise sono possibili; senza rinunciare ai principi, ma facendoli valere al di fuori di intolleranti dogmatismi e cercando, ciascuno di noi, di capire le ragioni dell'altro.

DISEGNO DI LEGGE

Capo I

PRINCÌPI GENERALI

Art. 1. ***(Finalità)***

1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito per la soluzione dei problemi derivanti dalla sterilità e dalla infertilità o ipofertilità di coppia, ovvero per la prevenzione delle malattie infettive e di quelle trasmesse per via genetica, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge.

2. L'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita si svolge nel rispetto e nella tutela della dignità umana.

Art. 2. ***(Interventi contro la sterilità e la ipofertilità)***

1. Il Ministro della salute promuove campagne di informazione e di prevenzione dei fenomeni della sterilità e della infertilità o ipofertilità e favorisce gli interventi necessari per rimuoverne le cause o ridurne l'incidenza. Di concerto con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, promuove e sostiene studi e ricerche volti a migliorare le terapie della sterilità, incluse le tecniche di procreazione assistita, e ad indagare sulle cause patologiche, psicologiche, ambientali e sociali dei fenomeni della sterilità, della infertilità e della ipofertilità.

Art. 3. ***(Consultori familiari)***

1. Al primo comma dell'articolo 1 della legge 29 luglio 1975, n. 405, e successive modificazioni, sono aggiunte, in fine, le seguenti lettere:

«d-quater) l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità o ipofertilità umana, con riguardo alle cause patologiche, psicologiche, ambientali e sociali di tali fenomeni;

d-quinquies) l'informazione e l'assistenza relative a tutte le tecniche ammesse di procreazione medicalmente assistita».

Capo II

ACCESSO ALLE TECNICHE

Art. 4.

(Accesso alle tecniche)

1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito quando siano medicalmente accertati l'impossibilità o la notevole difficoltà di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ovvero il rischio di trasmissione di gravi malattie infettive o di malattie genetiche.
2. Il ricorso alla procreazione assistita di tipo eterologo è consentito quando uno dei coniugi o conviventi sia affetto da sterilità o infertilità incurabile di tipo congenito o acquisita in conseguenza di malattie o trattamenti medici o chirurgici, ovvero da malattia infettiva irreversibile, secondo quanto indicato dalle linee guida di cui all'articolo 13, comma 1, lettera b).
3. L'accertamento delle condizioni di cui al comma 2 è affidato ad apposita commissione medica pubblica, istituita a livello territoriale entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.
4. È vietato il ricorso alla maternità surrogata.

Art. 5.

(Requisiti soggettivi)

1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito alle coppie di persone maggiorenni di sesso diverso, entrambe viventi, in età potenzialmente fertile, coniugate o legate da stabile convivenza.
2. Per l'accertamento dei requisiti di cui al comma 1 il medico si avvale di una dichiarazione sottoscritta dei richiedenti.

Art. 6.

(Obblighi di informazione a carico del medico)

1. Quando ricorrano le condizioni ed i requisiti di cui agli articoli 4 e 5 il medico, coadiuvato da uno psicologo, informa compiutamente e in maniera dettagliata la coppia sui metodi, sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti alla applicazione delle singole tecniche, sul grado di invasività di ciascuna di esse, sui relativi rischi e sulle probabilità di successo, in modo tale da assicurare la formazione di una volontà consapevole e liberamente espressa. Il medico è tenuto altresì ad informare la coppia delle conseguenze giuridiche della scelta e, qualora la tecnica consigliata comporti la formazione di embrioni, della loro eventuale crioconservazione e della possibilità di destinare quelli non utilizzati a fini di ricerca.

2. Qualora la procedura di procreazione medicalmente assistita si svolga nell'ambito di strutture private autorizzate, devono essere prospettati analiticamente e con chiarezza i costi economici dell'intera procedura e di ciascuna fase di essa.

Art. 7. *(Consenso informato)*

1. I richiedenti che, sulla base delle indicazioni mediche, decidono di accedere ad una determinata tecnica, esprimono per iscritto il proprio consenso al trattamento dinanzi al medico di cui all'articolo 6. La dichiarazione, sottoscritta dallo stesso medico, richiama esplicitamente le informazioni ricevute.

2. Se il trattamento prescelto comporta la formazione di embrioni, è altresì richiesto il consenso alla crioconservazione ed alla destinazione a scopo di ricerca degli embrioni non utilizzati o non più utilizzabili a fini procreativi.

3. Il consenso espresso ai sensi del comma 1 può essere revocato da ciascuno dei componenti della coppia fino al momento dell'impianto.

4. Salvo quanto previsto al comma 3, il medico responsabile della struttura può non dare inizio al trattamento o decidere di interromperlo esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario, dandone motivazione scritta alla coppia.

5. Il consenso espresso ai sensi del presente articolo non esenta il medico dal far precedere ciascuna fase di applicazione della tecnica prescelta dalle informazioni ad essa relative e dal rinnovato consenso della persona ad essa sottoposta.

Capo III

RACCOLTA E DONAZIONE DI GAMETI, FECONDAZIONE IN VITRO, PRODUZIONE E IMPIANTO DI EMBRIONI A FINI PROCREATIVI, CRIOCONSERVAZIONE

Art. 8. *(Raccolta e crioconservazione di liquido seminale destinato a pratiche di fecondazione eterologa)*

1. Sono consentite, previo consenso scritto dell'interessato, la raccolta e la crioconservazione, nelle strutture di cui all'articolo 14, del liquido seminale destinato a pratiche di fecondazione eterologa.
2. La cessione del liquido seminale è assolutamente gratuita e può essere effettuata da ogni cittadino di età non inferiore a diciotto anni e non superiore a quarant'anni.
3. I responsabili dei centri di raccolta e crioconservazione del seme accertano l'idoneità del donatore allo scopo di escludere la trasmissione di patologie infettive o di malattie ereditarie.
4. Non è consentito l'utilizzo del seme dello stesso donatore per più di cinque gravidanze positivamente portate a termine.
5. Il donatore non acquisisce alcuna relazione giuridica con il nato.
6. I dati relativi al donatore sono riservati, salvo quanto disposto dall'articolo 15, comma 4.

Art. 9.

(Raccolta e crioconservazione di materiale genetico destinato ad uso personale)

1. La raccolta e crioconservazione di liquido seminale e la raccolta ed eventuale crioconservazione di ovociti e di tessuto ovarico destinati ad uso personale sono consentite presso le strutture autorizzate agli interventi di procreazione medicalmente assistita, ai sensi dell'articolo 14.
2. Il liquido seminale non utilizzato può essere destinato a pratiche di fecondazione eterologa alle condizioni, con i controlli e nei limiti di cui all'articolo 8.
3. Gli ovociti sovrannumerari possono essere destinati gratuitamente e con il consenso scritto della donna da cui provengono a pratiche di fecondazione eterologa nel rispetto delle linee guida di cui all'articolo 13, comma 1, lettera d), e della riservatezza e non divulgabilità di cui all'articolo 15.

Art. 10.

(Fecondazione in vitro)

1. Qualora, per far fronte ai problemi di cui all'articolo 1, non sia possibile ricorrere a metodologie diverse, è consentita la fecondazione in vitro di tanti ovociti quanti ritenuti necessari, in relazione anche all'età, alle condizioni della donna ed alla presenza delle circostanze di cui al comma 4 del presente articolo, ad assicurare la formazione di un numero di embrioni sufficiente ad almeno due successivi impianti.
2. Gli ovociti fecondati, ad eccezione di quelli destinati all'eventuale diagnosi pre-impianto ed all'impianto immediato, non possono essere lasciati sviluppare fino allo stadio embrionale, ma sono crioconservati allo stadio di ootidi nell'ambito delle strutture autorizzate agli interventi, ai sensi dell'articolo 14.
3. La fecondazione di ovociti e la loro crioconservazione allo stadio di ootidi è consentita in vista di un utilizzo futuro, quando uno dei componenti la coppia sia affetto da patologie o debba

sottoporsi a interventi chirurgici o a trattamenti tali da comprometterne la capacità di procreare. L'esistenza delle predette condizioni è accertata dalla commissione di cui all'articolo 4, comma 3.

4. La diagnosi pre-impianto degli embrioni e la loro eventuale selezione è consentita solo quando sia accertato il rischio di gravi malattie genetiche, secondo quanto indicato dalle linee guida di cui all'articolo 13, comma 1, lettera c), e sempre che venga rinnovato espressamente e per iscritto il consenso della coppia.

5. Gli embrioni rimasti inutilizzati a seguito della diagnosi pre-impianto sono crioconservati nelle strutture di cui all'articolo 14.

Art. 11.
(Limiti temporali e divieti)

1. L'utilizzo a fini procreativi di ootidi e di embrioni crioconservati è soggetto al limite temporale di cui all'articolo 13, comma 1, lettera e).

2. L'utilizzo di embrioni a fini di ricerca è consentito solo quando sia trascorso il tempo di cui all'articolo 13, comma 1, lettera f).

3. È vietata la cessione, anche gratuita, di ootidi e di embrioni ad altra coppia.

Capo IV

TUTELA DEL NATO

Art. 12.
(Stato giuridico del nato)

1. I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, anche eterologa, hanno lo stato di figli legittimi o di figli naturali riconosciuti dalla coppia che vi ha fatto ricorso.

2. La paternità e la maternità non possono essere in alcun modo contestate.

3. Nel caso di violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 4, il nato a seguito di maternità surrogata è considerato a tutti gli effetti figlio di colei che lo ha partorito.

Capo V

TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA, STRUTTURE AUTORIZZATE,

DOCUMENTAZIONE

Art. 13. *(Linee guida)*

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità (ISS), e previo parere del Consiglio superiore di sanità, definisce, con proprio decreto, le linee guida contenenti l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione assistita. In particolare, le linee guida definiscono:
 - a) i requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni alle strutture pubbliche e private di cui all'articolo 14;
 - b) i casi in cui è ammesso il ricorso alle tecniche di fecondazione assistita di tipo eterologo, ivi compreso il numero dei trattamenti consentiti in relazione al tipo di intervento e all'età della donna;
 - c) i casi in cui è ammessa la fecondazione extracorporea di ovociti e la formazione di embrioni, ivi comprese l'indicazione delle malattie infettive che la giustificano e quella delle malattie genetiche la cui presenza legittima la diagnosi pre-impianto e la selezione degli embrioni;
 - d) il numero degli ovociti provenienti dalla medesima donna che può essere donato, l'età della stessa ed i controlli sulla qualità degli ovociti da donare;
 - e) il limite temporale per l'utilizzo a fini procreativi degli ootidi e degli eventuali embrioni crioconservati;
 - f) il lasso di tempo che deve intercorrere tra la data di produzione dell'embrione ed il suo utilizzo a fini di ricerca.
2. Le linee guida di cui al comma 1 sono vincolanti per tutte le strutture autorizzate di cui all'articolo 14.
3. Le linee guida sono aggiornate periodicamente, almeno ogni due anni, in rapporto all'evoluzione tecnico-scientifica, con le medesime procedure di cui al comma 1.

Art. 14. *(Strutture autorizzate e registri)*

1. Gli interventi di procreazione medicalmente assistita sono realizzati in strutture pubbliche e private autorizzate dalle regioni o dalle province autonome di Trento e di Bolzano. In distinte strutture pubbliche e private egualmente autorizzate si provvede alla raccolta e crioconservazione del liquido seminale.
2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in osservanza delle linee guida di cui all'articolo 13, comma 1, lettera a), definiscono con proprio atto, entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge:

- a) i requisiti tecnico-scientifici ed organizzativi delle strutture;
- b) le caratteristiche del personale;
- c) i criteri per la determinazione della durata delle autorizzazioni ed i casi di revoca delle stesse;
- d) i criteri per lo svolgimento dei controlli sul rispetto delle disposizioni della presente legge e sulla permanenza dei requisiti tecnico-scientifici ed organizzativi delle strutture.

3. Le strutture autorizzate agli interventi di procreazione assistita sono tenute ad iscriversi nel registro già istituito presso l'Istituto superiore di sanità ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n. 40.

4. I centri autorizzati alla raccolta e crioconservazione del liquido seminale sono tenuti ad iscriversi nell'apposito registro istituito, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, presso l'ISS.

5. Le strutture di cui al presente articolo devono fornire agli osservatori epidemiologici regionali e all'ISS i dati necessari per le finalità indicate dall'articolo 23, ed ogni altra informazione utile allo svolgimento delle funzioni di controllo e di ispezione da parte delle autorità competenti.

Art. 15.

(Tutela della riservatezza)

1. I dati relativi alle persone che hanno fatto ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, quelli riguardanti i nati a seguito dell'applicazione delle medesime tecniche, nonché i dati relativi ai donatori di gameti sono riservati e non sono in alcun modo divulgabili.

2. Le operazioni relative alle tecniche di fecondazione medicalmente assistita e, nel caso di fecondazione eterologa, le informazioni relative all'identità e alle caratteristiche del donatore, sono annotate in apposite cartelle cliniche e conservate nella struttura presso la quale è stato eseguito l'intervento.

3. La documentazione di cui al comma 2 è conservata per almeno cinquanta anni presso la struttura in cui il consenso è stato prestato. Le informazioni e i dati in essa contenuti sono riservati e non sono in alcun modo divulgabili.

4. In deroga a quanto previsto nel presente articolo, l'identità del donatore può essere rivelata, su autorizzazione della competente autorità giudiziaria, qualora ricorrano circostanze che comportino un grave e comprovato pericolo per la salute psico-fisica del nato.

Capo VI

RICERCA, SPERIMENTAZIONE E TUTELA DELL'EMBRIONE

Art. 16.
(Ricerca e sperimentazione)

1. Sono vietati:
- a) la fecondazione in vitro di ovociti a scopo di ricerca e sperimentazione o per usi terapeutici;
 - b) gli interventi diretti ad alterare il patrimonio genetico dei gameti, degli ootidi e degli embrioni o a predeterminare particolari caratteri del nascituro, ad eccezione degli interventi aventi finalità terapeutiche;
 - c) la miscelazione del liquido seminale proveniente da soggetti diversi;
 - d) la fecondazione di un gamete umano con gameti di specie diversa;
 - e) la clonazione umana a fini riproduttivi;
 - f) l'ectogenesi.

Art. 17.
(Tutela dell'embrione)

1. È vietata la distruzione di quegli embrioni che, formati a scopo procreativo, non sono, o non possono essere, utilizzati a tale scopo.
2. Gli embrioni residui di cui al comma 1 sono destinati a ricerche e sperimentazioni che perseguano esclusivamente finalità terapeutiche, sempre che venga rinnovato il consenso della coppia.
3. Previa richiesta del consenso di cui al comma 2, la medesima disciplina si applica per gli embrioni formati a scopo procreativo in data anteriore alla data di entrata in vigore della presente legge.

Capo VII

SANZIONI AMMINISTRATIVE E PENALI E PENE ACCESSORIE

Art. 18.
(Sanzioni amministrative)

1. Chiunque, a qualsiasi titolo, applichi tecniche di procreazione assistita in violazione delle norme della presente legge concernenti le condizioni di accesso e i requisiti soggettivi, o al di fuori delle strutture di cui all'articolo 14, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 200.000 euro a 400.000 euro.

2. Alla medesima sanzione di cui al comma 1 è altresì soggetto chi pubblicizza la maternità surrogata, ovvero la formazione e conservazione di ootidi e di embrioni allo scopo di farne commercio.

3. Chiunque applica tecniche di procreazione senza aver fornito le informazioni e raccolto il consenso secondo le modalità di cui agli articoli 6 e 7 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 euro.

4. Alla medesima sanzione di cui al comma 3 è altresì soggetto chi, per ottenere l'accesso a pratiche di fecondazione assistita, abbia rilasciato dichiarazioni mendaci.

Art. 19. ***(Sanzioni penali)***

1. Chiunque, per farne commercio, organizza la raccolta di gameti o la formazione e conservazione di ootidi ed embrioni, ovvero, allo stesso fine, organizza la maternità surrogata, è punito con la reclusione fino a tre anni e con la multa da 600.000 euro a un milione di euro.

2. Chiunque violi i divieti di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo 16 e all'articolo 17 è punito con la reclusione fino a cinque anni e con la multa da 600.000 euro a un milione di euro.

3. Chiunque violi i divieti di cui alle lettere d), e) ed f) dell'articolo 16, è punito con la reclusione da 5 a 10 anni e con la multa da 600.000 euro a un milione di euro.

Art. 20. ***(Pene accessorie)***

1. La sanzione di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 18 comporta a carico del sanitario responsabile, se ripetuta, la sospensione da uno a tre anni dall'esercizio della professione. Ove dette violazioni si verifichino all'interno di strutture autorizzate, l'autorizzazione è sospesa per un anno.

2. La condanna per i reati di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 19 comporta, per il sanitario responsabile, la sospensione dall'esercizio della professione da 2 a 5 anni. Ove la violazione si verifichi all'interno di una struttura autorizzata, l'autorizzazione è sospesa per tre anni.

3. La condanna per i reati di cui al comma 3 dell'articolo 19 comporta per il sanitario responsabile l'interdizione perpetua dalla professione. Ove detta violazione si sia verificata all'interno di una struttura autorizzata, l'autorizzazione è revocata.

4. L'autorizzazione può essere altresì revocata quando all'interno della stessa struttura si verificano ripetute gravi violazioni della presente legge.

Capo VIII

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 21.

(Strutture già autorizzate)

1. Le strutture già autorizzate ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n. 40, continuano ad operare salvo revoca o mancato rinnovo dell'autorizzazione ai sensi dell'articolo 14, comma 2, lettere c) e d) della presente legge.

Art. 22.

(Obiezione di coscienza)

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il personale sanitario e gli esercenti le attività sanitarie ausiliarie possono sollevare obiezione di coscienza anche riguardo ad una sola procedura o a singoli passaggi di una procedura. La dichiarazione è comunicata al direttore dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente, o al direttore sanitario, nel caso di personale dipendente da strutture private autorizzate o accreditate.

2. L'obiezione di cui al comma 1 può essere sempre revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al medesimo comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione agli organismi di cui al comma 1.

3. L'obiezione di cui al comma 1 non esonera comunque il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento.

Art. 23.

(Obblighi di trasparenza e relazione al Parlamento)

1. L'ISS 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 e ne riferisce, entro il 28 febbraio di ciascun anno, al Ministro della salute.

3. Il Ministro della salute, sulla base dei dati ricevuti, presenta entro il successivo 30 giugno una relazione al Parlamento sull'attuazione della presente legge.

Art. 24.

***(Fondo per le tecniche di procreazione
medicalmente assistita)***

1. Al fine di favorire l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita a quanti si trovino nelle circostanze di cui all'articolo 4 e presentino i requisiti di cui all'articolo 5 della presente legge, è istituito presso il Ministero della salute il Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita, di seguito denominato «Fondo». Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

2. Per la dotazione del Fondo è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro a decorrere dall'anno 2005.

Art. 25.

(Abrogazione)

1. La presente legge, che disciplina interamente la medesima materia, sostituisce la legge 19 febbraio 2004, n. 40, che è abrogata.