

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

N. 240

DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori BETTONI BRANDANI, DE LUCA Michele e
CARELLA**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 10 MAGGIO 1996 (*)

—————

Norme in materia di procreazione medico-assistita

—————

() Testo non rivisto dal presentatore.*

ONOREVOLI SENATORI. - Ripresentiamo questo disegno di legge, che è stato elaborato, nella XI legislatura, grazie ad una relazione significativa che si è instaurata fra donne parlamentari, innanzitutto la senatrice Grazia Zuffa, donne impegnate in gruppi che operano per la salute delle donne ed esperte del settore.

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

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

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

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

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

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

Così le quattro funzioni della maternità (ovulazione, gestazione, allattamento, *maternage*) possono essere potenzialmente effettuate da quattro donne diverse; il che dà

luogo ad una vera e propria deflagrazione dell'identità materna.

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

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

Al contrario, tramite le TRA, lo Stato è chiamato a reintervenire sul terreno dei rapporti fra i sessi e della procreazione, trovandosi di fronte a due fenomeni inediti, introdotti dalle tecnologie: svincolandosi la riproduzione dal rapporto fra i sessi, l'un sesso può potenzialmente fare a meno dell'altro, mentre, rispetto al modello di genitorialità «naturale», si moltiplicano i «soggetti parentali», poichè appaiono le figure del donatore o della donatrice di gameti, la madre surrogata o colei che dà in affitto il proprio utero.

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

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

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

Le conseguenze di questi processi sono paradossali.

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

Ma Stefano Rodotà (1) osserva giustamente che è difficile e rischioso chiedere al diritto di fornire valori che la società non esprime. Ovvero la premessa di intervento del diritto è l'esistenza di valori «forti» presenti nell'organizzazione sociale; valori attualmente inesistenti, poichè non è la società, ad aver «prodotto» il progresso tecnologico, bensì è vero il contrario: sono le tecnologie ad innescare e guidare i processi sociali, invocando l'intervento del diritto e dell'etica quando il governo dei processi si rivela difficile.

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

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

L'intervento del diritto, secondo C. Labrusse Riou, dovrebbe tendere a conservare simbolicamente forme e strutture dei diritti della persona, senza allinearsi sulle direttive

di un incerto progresso, e senza subalternità alle tecnologie, ma accogliendo razionalmente il mutamento (3).

In conclusione, accogliendo il punto di vista di C. Labrusse Riou, crediamo giusto orientarci verso una legislazione che tenti di ristabilire il potere dei soggetti in campo, la certezza dell'identità e dei rapporti.

Intervenendo, quindi, a correggere le tendenze della medicina procreativa quando questa scardina la unicità del soggetto, frantuma la verità complessa della persona, altera i confini fra le specie umane e la materia, tra l'uomo e la donna, azzera le differenze. Facendo agire quella «coscienza del limite», dando senso sociale ed umano all'innovazione tecnologica; il che sulla base dell'elaborazione teorica femminista e dell'esperienza storica del soggetto femminile, non significa affatto assecondare la conservazione del modello sociale familiare della riproduzione, sulla base di una presunta ed ideologica «naturalità» dello stesso; bensì ancorarsi alla certezza dei soggetti (e in primo del soggetto femminile, per il sapere che esprime e per la centralità che ricopre nella procreazione).

Ciò significa privilegiare l'interesse della tutela della salute, oggi compromessa dal proliferare di centri privati, che si configurano come un vero e proprio mercato selvaggio, senza alcuna garanzia di controllo sanitario.

Significa, altresì, evitare che l'apertura incontrollata di nuovi servizi crei, essa stessa, la domanda: questa sembra essere la situazione attuale, come emerge dalla ricerca di Franca Pizzini, Carla Facchini e Letizia Parolari (4), del dipartimento di sociologia dell'Università di Milano.

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

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

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

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

È probabile che un eccessivo proliferare di nuovi servizi induca un'ulteriore domanda, tramite il complice diffondersi della cultura del «figlio a tutti i costi»: così già avviene che la maggior parte delle coppie si rivolga ai centri, dopo un tempo relativamente breve di ricerca del figlio. Il che ipotizza la necessità di «decodificare» il problema «sterilità», dando la precedenza a ridefinizioni della domanda di tipo non medico, bensì psicologico a sociale.

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

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

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

A questa impostazione rimaniamo aderenti, ed escludiamo perciò di limitare l'accesso alle coppie sposate, o comunque istituzionalizzate tramite la convivenza: sia perchè ci sembra improprio equiparare la TRA all'adozione, e i diritti del nascituro ai diritti del già nato, che ha bisogno di una situazione familiare di adozione sostitutiva di quella naturale venuta meno; sia perchè riteniamo pericoloso, tramite le tecnologie, rilegittimare come unico modello sociale della riproduzione la famiglia, laddove la crescita delle

famiglie monoparentali testimonia un orientamento socialmente diffuso e accettato verso una pluralità di modelli, sorretti dalla certezza degli affetti, che sostituiscono le tradizionali garanzie istituzionali. D'altronde Paolo Zatti (5) rileva che nel nostro ordinamento non esistono norme che impongano condizioni di idoneità fisica o psichica nella procreazione. Prevalgono dunque i criteri di libertà e privatezza che, si badi bene, «non implicano una valutazione positiva dell'interesse a procreare, e men che mai delle singole decisioni procreative, ma solo una valutazione del tutto negativa dell'intrusione attuale nella determinazione di condizioni o limiti alla libertà e privatezza». Una volta garantita la libertà di accesso alle TRA è opportuno valutare come primario interesse il diritto del nascituro a una identità certa, nonchè ad un patrimonio genetico non manipolato.

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

Quanto al destino degli embrioni sovranumerari, nonchè ai limiti della ricerca scientifica ad essi applicata, riteniamo che il problema non possa risolversi in una legge di regolamentazione generale delle TRA, dovendo peraltro maturare nella società e nella stessa comunità medico-scientifica un punto di vista che parta dalla «coscienza del limite».

Tuttavia si stabiliscono alcuni principi che reintegrano il potere e soprattutto la responsabilità dei soggetti, la donna o la coppia, che con il loro progetto procreativo hanno creato gli embrioni: ci sembra giusto che non siano espropriati di voce in capitolo nel decidere la destinazione o le modalità di utilizzazione degli embrioni.

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

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. La persona umana ha diritto al rispetto della propria integrità psico-fisica e della propria dignità a prescindere dalla sua condizione razziale, sociale, culturale ed economica.

Art. 2.

1. La procreazione medicalmente assistita è consentita qualora risulti preventivamente accertata l'impossibilità di superare l'infertilità con altre tecniche.

Art. 3.

1. È vietato ogni intervento sugli embrioni che abbia finalità diverse da quelle diagnostiche o terapeutiche. In nessun caso sono ammessi interventi che interessano la linea germinale.

2. Non è consentita la produzione di embrioni umani per le sole finalità di ricerca.

3. È vietata ogni forma di sfruttamento commerciale o industriale di gameti, embrioni, tessuti embrionali e fetali.

Art. 4.

1. È vietata la maternità surrogata.

2. È vietato il prelievo di gameti senza il consenso informato della persona interessata. È altresì vietato il prelievo *post mortem* di gameti.

Art. 5.

1. Le procedure di fecondazione assistita sono effettuate esclusivamente nelle strutture pubbliche o private appositamente autorizzate dal Ministero della sanità, ai sensi dell'articolo 8.

Art. 6.

1. Le strutture autorizzate devono fornire a chi intende avvalersi delle metodiche di procreazione assistita una informazione completa, mediante colloqui ed una relazione scritta, sulle tecniche da impiegare nel caso specifico, sulla loro possibilità di successo, sui rischi per la salute della donna e del nascituro, nonché sulle disposizioni di cui al comma 2 del presente articolo ed all'articolo 7.

2. Il medico che esegue il trattamento deve assicurarsi che il consenso informato da parte di chi lo richieda sia espresso per iscritto mediante una dichiarazione da rilasciare al responsabile della struttura autorizzata non prima di quindici giorni e non oltre sei mesi dalla comunicazione della relazione scritta di cui al comma 1.

3. Prima dell'inizio del trattamento il consenso può essere revocato e cessa di produrre i suoi effetti nel caso di morte di chi lo ha prestato o di presentazione della domanda di divorzio o di separazione personale.

Art. 7.

1. L'azione di disconoscimento di paternità non può essere esercitata da chi abbia dato il suo consenso secondo quanto disposto dall'articolo 6, nè da chi sia nato grazie al trattamento stesso.

Art. 8.

1. Il Ministro della sanità rilascia le autorizzazioni ad effettuare procedure di fecondazione assistita sulla base dei livelli di organizzazione delle strutture definiti su parere conforme del Consiglio superiore di sanità.

2. Il livello scientifico e la qualità dei servizi devono essere sottoposti a periodica verifica da parte dell'Istituto superiore di sanità.

3. L'autorizzazione di cui al comma 1 deve indicare i nomi dei sanitari responsabili e deve essere rinnovata ogni cinque anni. Il Ministro della sanità revoca l'autorizzazione nel caso in cui vengano a mancare in tutto od in parte le condizioni che ne hanno consentito il rilascio.

Art. 9.

1. Con decreto del Ministro della sanità è istituito il registro nazionale delle strutture che praticano le metodiche di procreazione medicalmente assistita.

2. L'Istituto superiore di sanità predispone e conserva il registro nazionale e redige annualmente una relazione che illustra in dettaglio tutti gli aspetti dell'attività svolta dalle singole strutture pubbliche e private; inoltre diffonde tutte le informazioni riguardanti i risultati ottenuti e le ricerche intraprese al fine di consentire la trasparenza e pubblicità delle tecniche adottate e dei risultati conseguiti nelle singole strutture.

3. L'operatività delle strutture autorizzate ad effettuare la procreazione medicalmente assistita è subordinata alla previa iscrizione nel registro di cui al comma 1.

4. Le strutture autorizzate ai sensi dell'articolo 5 sono tenute a trasmettere all'Istituto superiore di sanità i dati riguardanti l'attività, i risultati ottenuti e le ricerche intraprese e a conservare le informazioni sui gameti adope-

rati per i singoli trattamenti, garantendo la riservatezza delle medesime informazioni.

Art. 10.

1. Chiunque produca embrioni umani per esclusive finalità di ricerca, ovvero compia interventi su embrioni in violazione delle norme di cui al comma 1 dell'articolo 3, è punito con la reclusione da due a cinque anni.

2. Chiunque, in violazione delle norme di cui al comma 3 dell'articolo 3, faccia commercio di gameti o di embrioni umani o di tessuti embrionali o fetali, ovvero produca embrioni umani allo scopo di farne commercio, è punito con la reclusione da tre a sei anni e la multa da lire 10 milioni a lire 50 milioni.

Art. 11.

1. Chiunque, in violazione della disposizione di cui al comma 1 dell'articolo 4, alteri lo stato civile di un bambino nato a seguito di procedure di fecondazione assistita, in modo che sia ritenuto figlio di colei dalla quale sono stati prelevati i gameti o fornito l'embrione e non di colei che lo ha partorito, è punito con la reclusione da due a cinque anni. Alla stessa pena soggiace la donna che porta a termine una gestazione in sostituzione di colei dalla quale sono stati prelevati i gameti o fornito l'embrione.

2. Chiunque effettui procedure di fecondazione assistita al fine di consentire una surrogazione di maternità, è punito con la reclusione da tre a sei anni.

3. Chiunque violi le norme di cui al comma 2 dell'articolo 4, è punito con la reclusione da due a cinque anni.

Art. 12.

1. Chiunque effettui procedure di fecondazione assistita fuori dalle strutture autorizzate di cui all'articolo 5 è punito con la reclusione da uno a tre anni e la multa da lire 10 milioni a lire 50 milioni. Alla stessa pena soggiace il responsabile sanitario della struttura non autorizzata che consente allo svolgimento di un trattamento di fecondazione assistita.

2. Chiunque, in violazione delle disposizioni di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 6, effettui procedure di fecondazione assistita senza garantire la completa informazione di chi richiede il trattamento è punito con la reclusione da sei mesi a due anni e la multa da lire 10 milioni a lire 50 milioni. Alla stessa pena soggiace il responsabile sanitario della struttura autorizzata che non garantisca la completezza dell'informazione. In tal caso alla struttura viene revocata l'autorizzazione di cui all'articolo 5.

Art. 13.

1. Chiunque effettui l'inseminazione artificiale o l'impianto di un embrione all'insaputa di colei che viene fecondata o contro la sua volontà è punito con la reclusione da tre a dieci anni e la multa da lire 10 milioni a lire 50 milioni.

Art. 14.

1. Se il colpevole di uno dei reati di cui agli articoli 10, 11, 12 e 13 è persona che esercita la professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione dall'esercizio della professione per la durata della pena.

