

## **Legge 19 febbraio 2004, n. 40: "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"**

### **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.

*Ogni figlio concepito, fin dalla fecondazione, è un soggetto che ha diritti. Ha quindi diritto alla vita, ciò non può essere ucciso ( salvo i casi previsti dalla legge 194/78). Prima di questa legge i diritti si acquisivano con la nascita ( art 1° del codice civile). Che il concepito è un figlio, un essere umano, lo ha ripetuto il Comitato nazionale di bioetica nel 1996 e nel Marzo 2003. Il diritto alla vita fin dalla fecondazione è stato affermato dalla Corte costituzionale nel 1997. Il Parlamento europeo fin dal 1989 ha chiesto agli Stati di regolare la procreazione artificiale avendo prioritario riguardo al diritto alla vita e alla famiglia fin dalla fecondazione.*

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.

#### **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 ridurre 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 è 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 è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

#### **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.

### **CAPO II - ACCESSO ALLE TECNICHE**

#### **ART. 4. (Accesso alle tecniche).**

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 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;

## In corsivo i commenti alla legge raccolti dal Gruppo Giovani del MpV di Genova

b) consenso informato, da realizzare ai sensi dell'articolo 6.

3. È vietato il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.

*il meglio per un figlio è quello di avere un papà e una mamma che siano tali in tutti i sensi, oppure è meglio la separazione tra le varie forme di genitorialità (genetica, degli affetti e legale)? È vero che ci può essere un legame affettivo più forte di quello del sangue, ma non sempre è così e comunque è meglio se c'è l'uno e l'altro. Specialmente se l'eterologa è zoppicante, cioè riguarda - come per lo più avviene - soltanto il padre, come escludere la possibilità di incomprensioni e contrasti tra la vera madre e il marito che padre totalmente non lo è? I parlamenti di Svezia e Norvegia hanno revisionato sostanzialmente la legge che regolamentava la fecondazione eterologa sulla base dei casi di incesto e dei disturbi psichiatrici e dello sviluppo psicofisico dei bambini nati in famiglie all'interno delle quali era stata operata tale tipo di fecondazione.*

### **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.

### **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. 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.

2. Alla coppia devono essere prospettati con chiarezza i costi economici dell'intera procedura qualora si tratti di strutture private autorizzate.

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'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.

*Contro l'art. 6 sono state gridate sulla stampa e alla televisione critiche violente che non hanno alcuna razionalità. Allo scopo di influenzare l'opinione pubblica e di convincere i senatori a non confermarlo si è detto che in tale articolo si prevede uno "stupro" obbligatorio per legge (Sen. Bolognesi, Porta a Porta, 3.12.2003) e che esso sottoporrebbe coattivamente la donna a un trattamento sanitario obbligandola a farsi inserire in utero anche un embrione "malato" (Sen. Mussolini).*

*Queste critiche sono del tutto inconsistenti. Manifestano soltanto una estrema faziosità che acceca di fronte alla ragionevolezza giuridica della legge. Infatti:*

*a) in concreto non può verificarsi, se non fantasticando, il caso di una donna che dopo aver chiesto con sincero desiderio di un figlio per mesi e forse per anni la Fivet, all'ultimo momento la rifiuta;*

*b) Quand'anche il caso, del tutto ipotetico, si verificasse, nessuno può costringere fisicamente la donna a lasciarsi immettere in utero l'embrione. Dalla legge si ricava soltanto un giudizio di ingiustizia del fatto, priva di conseguenze dirette.*

*c) Non è possibile sapere se un embrione è "malato", a meno di ricorrere a quella diagnosi pre impianto che non dà risultati sicuri, uccide molti embrioni sani, determina maggiori sofferenze nella donna riducendo le possibilità di successo della Fivet, induce alla selezione dei figli, non è effettuata nella grande maggioranza dei centri, è*

## In corsivo i commenti alla legge raccolti dal Gruppo Giovani del MpV di Genova

*esplicitamente o implicitamente vietata in alcune leggi del mondo è largamente inutile nella misura in cui pretende di sostituire la natura*

*d) L'ipotesi di una generazione di embrioni seguita da un immediato successivo rifiuto di impianto è immaginabile solo in vista di un comportamento mirato ad aggirare la legge per arrivare alla procreazione eterologa, alla vendita di embrioni o alla loro destinazione alla ricerca distruttiva.*

4. 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.

5. 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.

### **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.

### **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 è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'articolo 235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, né 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 può dichiarare la volontà 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 può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi.

## **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;

## In corsivo i commenti alla legge raccolti dal Gruppo Giovani del MpV di Genova

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

## **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 è 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 è 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, è punito con la

## In corsivo i commenti alla legge raccolti dal Gruppo Giovani del MpV di Genova

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.

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. È 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 è eseguita una delle pratiche vietate ai sensi del presente articolo è sospesa per un anno. Nell'ipotesi di più violazioni dei divieti di cui al presente articolo o di recidiva l'autorizzazione può essere revocata.

### **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.

*sulla base di una corretta e completa analisi biologica, l'embrione umano vivente è - a partire dalla fusione dei gameti - un soggetto umano con una ben definita identità, il quale incomincia da quel punto il suo proprio coordinato, continuo e graduale sviluppo, tale che in nessuno stadio ulteriore può essere considerato come un semplice accumulo di cellule.*

*Ne segue che: come «individuo umano» ha diritto alla sua propria vita; e, perciò, ogni intervento che non sia a favore dello stesso embrione, si costituisce come atto lesivo di tale diritto*

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;

*Nessun fine ritenuto buono, quale l'utilizzazione delle cellule staminali che se ne potrebbero ottenere per la preparazione di altre cellule differenziate in vista di pro-cedimenti terapeutici di grande aspettativa, può giustificare tale intervento. Un fine buono non rende buona un'azione in se stessa cattiva.*

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;

*La diagnosi pre impianto (PGD) è inammissibile per le seguenti otto ragioni:*

*1) Essa implica una selezione (oltretutto inutile e dannosa) di embrioni e determina una deriva (ad esempio già ora consente la scelta tra maschio e femmina, ma non è da escludersi che altre caratteristiche in futuro possano essere "scelte").*

*2) Alcune leggi europee ed extraeuropee la vietano espressamente (legge svizzera) o implicitamente (Germania, Austria)*

*3) E' insicura, tant'è vero che quando viene effettuata, nel caso di trasferimento viene sempre prescritta l'amniocentesi. Inoltre non tutte le malattie ereditarie sono diagnosticabili. Soprattutto contempla una percentuale di errori positivi, cioè di distruzione di embrioni sani ritenuti erroneamente "malati", che alcuni studiosi quantificano nel 5% - 6% (Flamigni) e che altri (Boscia) ritengono del 10%.*

*4) Determina la morte di un gran numero di embrioni sani in vari modi. Si è già detto dei falsi positivi. Ma bisogna considerare un aspetto assai più grave. Per effettuare la diagnosi bisogna "biopsare" l'embrione, cioè prelevare da esso due cellule quando esso si trova allo stato di 6-8 cellule. In sostanza ferisce gravemente un*

## In corsivo i commenti alla legge raccolti dal Gruppo Giovani del MpV di Genova

*embrione, già più fragile di quelli risultanti da fecondazione naturale perché: aa) privato degli apporti materni nel viaggio dalla area ampollare della tuba all'endometrio; bb) è portato a maturazione di regola insieme al altri ovociti a seguito di iperovulazione indotta. In effetti a seguito della biopsia l'embrione giunge sempre allo stato di blastocisti con una riduzione di almeno il 20% della massa cellulare. Le conseguenze sono: I. un certo tasso di mortalità anche degli embrioni sani prima del trasferimento. Naturalmente chi effettua la PGD non si occupa di questo, ma tale dato risulta dalla grande quantità di embrioni biopsati che vengono "scartati" cioè che può nascondere anche gli embrioni sani morti. In ogni caso questo dato è comunemente ammesso, è del tutto logico ipotizzarlo (un embrione "ferito" può più facilmente morire) ed è documentato da qualche ricerca a campione. II. L'embrione biopsato (possiamo dire "ferito") ha possibilità di impiantarsi e svilupparsi assai inferiore ai casi in cui non è stata effettuata la biopsia. Ciò è comunemente riconosciuto. Per mostrare la grande quantità di embrioni sani che così vengono condannati a morte si possono citare i dati di alcune indagini riportate dal Prof. Angelo Serra. In ciascuna indagine la percentuale di nati sugli embrioni trasferiti è la seguente: 11,6% (293 trasferiti – 34 nati); 4,4% (159 trasferiti – 7 nati); 3,1% (193 trasferiti – 6 nati). L'opinione comune di un minor tasso di nascite derivate da embrioni biopsati è dunque quanto meno ragionevole.*

*5) In sostanza, tra embrioni sani che vengono eliminati perché erroneamente ritenuti malati; embrioni sani che muoiono per effetto della biopsia; embrioni biopsati trasferiti che non riescono a impiantarsi o a svilupparsi, non è piccolo il numero di embrioni che avrebbero potuto soddisfare il desiderio di un figlio e che invece vengono distrutti. E' evidente che questo comporta un maggior stress della donna (più numerosi prelievi) in quanto è percentualmente minore, in rapporto agli embrioni sani, la sua possibilità di portare a termine una gravidanza.*

*6) Oltretutto la diagnosi pre impianto è inutile, perché la natura, come è noto, non consente nella grande maggioranza dei casi l'impianto o lo sviluppo di embrioni malformati o portatori di anomalie. Con la diagnosi pre impianto si vuole sostituire la natura non solo quanto alla fecondazione, ma anche nelle fasi successive, provocando danni o rischi inutilmente.*

*7) In effetti la percentuale di malformazioni dei feti e dei nati derivati da embrioni biopsati (6,6% di malformazioni maggiori più malformazioni minori, secondo ESHRE su un campione di 279 nati) sono quanto meno uguali, ma probabilmente superiori alle percentuali relative agli embrioni non biopsati. Bisognerebbe poi valutare (cosa oggi impossibile) le conseguenze della biopsie sulle generazioni future. Dunque l'ipotesi che la diagnosi pre impianto sia anche dannosa è tutt'altro che irrazionale.*

*8) Solo pochi Centri effettuano la diagnosi pre impianto, per tutte le ragioni sopraindicate e perché assai costosa. Pare che le cliniche che la effettuano con esperienza specifica in tutto il mondo siano una quarantina. Il rapporto ESHRE (European Society of Human reproduction and embryology) dice che su 537 cliniche che hanno riferito i loro dati solo quelle di 5 paesi (Danimarca, Grecia, Ungheria, Italia e Portogallo) hanno riferito sulla PGD per un totale di 131 aspirazioni con successivi 82 trasferimenti e diciannove parti.*

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 è 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 è aumentata. Le circostanze attenuanti concorrenti con le circostanze aggravanti previste dal comma 3 non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste.

5. È 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.

### **ART. 14.** (Limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni).

1. È vietata la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.

*Il principio ricavabile da questo articolo e da quello precedente, unitamente al 1° comma dell'articolo 1 è che ogni embrione artificialmente generato deve essere destinato alla nascita.*

## In corsivo i commenti alla legge raccolti dal Gruppo Giovani del MpV di Genova

*E' vietato il congelamento degli embrioni perché esso rappresenta un atto di violenza, di prevaricazione e di dispotismo, impedendo la continuazione del loro sviluppo naturale; non è orientato al bene dell'embrione stesso, anzi lo espone a rischi pesanti (una stima di "Fertility and Sterility" del 2003 indica che solo il 65% degli embrioni sopravviverà alle procedure di scongelamento) per fini utilitaristici, non essendo necessario questo passo per ottenere un bambino, anche artificialmente.*

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.

*A proposito della «crudeltà» di una legge che arbitrariamente imporrebbe di limitare a tre gli embrioni da trasferire nel corpo materno, riducendo in tal modo le possibilità di ottenere una gravidanza, è singolare come nel dibattito di questi mesi siano passate sotto totale silenzio le ragioni mediche di questa scelta. Un rapporto pubblicato da **Lancet** nel febbraio 2002 a firma di alcuni ricercatori dell'Università svedese di Uppsala, la prima a monitorare fin dal 1982 le gravidanze da fecondazione assistita, si conclude con questa raccomandazione: «Sarebbe opportuno non impiantare mai più di un embrione per volta».*

*Le ragioni sono, si legge nella ricerca, che esaminando un gruppo di 5680 bambini concepiti con fecondazione artificiale e quindi trasferiti in utero allo stadio embrionale, in un sottogruppo di 2060 gemelli sono stati notati disordini neurologici in misura tre volte maggiore che nella popolazione «normale». Non è colpa della provetta, si sono affrettati a chiarire i ricercatori, ma delle gravidanze plurime indotte nella speranza che almeno un embrione attecchisca. Tali gravidanze si concludono spesso con un parto gravemente prematuro, anteriore alle 32 settimane di gestazione. Ogni gravidanza plurima, dunque, comporta rischi di parto prematuro, a sua volta foriero di potenziali danni per il bambino.*

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 è 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 è 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 è punita con la reclusione fino a tre anni e con la multa da 50.000 a 150.000 euro.

7. È 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. È 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.

### **CAPO VII - DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE**

#### **ART. 15.** (Relazione al Parlamento).

1. L'Istituto superiore di sanità predisponde, 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 unità 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.

**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.

**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 è istituito il Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita. 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 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 è autorizzata la spesa di 6,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2004.

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