

CAMERA DEI DEPUTATI N. 147

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CÈ, BALLAMAN, BRICOLO, CAPARINI, DIDONÈ, GUIDO DUSSIN, LUCIANO DUSSIN, ERCOLE, FONTANINI, DARIO GALLI, GIANCARLO GIORGETTI, GIBELLI, LUSSANA, MARTINELLI, FRANCESCA MARTINI, PAROLO, POLLEDRI, RIZZI, GUIDO ROSSI, SERGIO ROSSI, STUCCHI, VASCON

Norme in materia di procreazione medicalmente assistita

Presentata il 30 maggio 2001

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge, che pone le premesse per lo statuto dell'embrione umano e stabilisce a quali condizioni è lecita la procreazione medicalmente assistita, si basa su tre concetti fondamentali:

1) l'embrione umano è soggetto umano in atto fin dalla fecondazione dell'ovulo;

2) la difesa dell'istituto familiare, quale cellula fondamentale della società e centro vitale per la continuità della specie;

3) la difesa del diritto del nascituro ad avere un padre e una madre che lo allevino, lo amino, lo educino e gli assi-

curino il necessario sostentamento fino alla maggiore età.

Che l'embrione umano sia soggetto umano in atto fin dal momento della fecondazione dell'ovulo materno è oggi una certezza scientifica, che nessun intelletto libero da condizionamenti può contestare di fronte all'evidenza. Nulla dall'esterno l'embrione fin dal suo inizio (cioè dal suo stato di zigote) deve aggiungere per preordinare e svolgere il programma di sviluppo, che egli invece attuerà in totale autonomia (dall'esterno riceve quello che ognuno di noi richiede per crescere e vivere e che la natura fornisce all'embrione attraverso la particolare simbiosi con la madre), poiché sono insite nello stesso zigote (quale patri-

monio genetico) le decine di migliaia di geni regolatori (posizionali, selettori, strutturali, eccetera), destinati a controllare tutto il processo ontogenetico che avviene in modo altamente coordinato, continuo e graduale. Tra inizio e fine, cioè nel passaggio zigote-neonato-uomo, non vi è discontinuità: l'essere umano è « in atto » fin dal primo istante del concepimento e percorre il suo ciclo vitale che inizia come zigote e finisce con la morte. L'animazione, l'unione cioè con un « principio immateriale » (quel che mai alcuno scienziato potrà vedere al microscopio, ma la cui esistenza è dimostrata da una seria riflessione antropologica), in un processo vitale continuo, nulla osta che sia immediata; cioè, poiché lo sviluppo dell'essere umano non avviene per gradi ma secondo un programma preordinato continuo, che quindi non conosce tappe, si deve presumere che l'inizio dell'essere umano possa realizzarsi nella sua totalità fin dall'inizio; è dunque inconfutabile, al di fuori di pre-concetti o pregiudizi o di interessate previsioni, che l'embrione umano ha fin dal concepimento la piena dignità di « soggetto umano ».

La protezione giuridica dell'embrione umano è necessaria sia per esigenze giuridiche (togliere la vita a un embrione umano, che è soggetto umano in atto, è un reato contro la persona, come e più della violenza sessuale, poiché quest'ultima è pure essa un reato contro la persona, ma non recide una vita umana), sia per esigenze sociali (il principio fondamentale della democrazia è che la libertà di ciascuno finisce ove comincia la libertà altrui — e quale libertà è maggiore del diritto alla vita? — per cui travolgere il principio della difesa della vita di un essere umano indifeso significa travolgere la diga principale a salvaguardia della democrazia: la democrazia degenera in permissivismo, ove ognuno si sente autorizzato a fare ciò che più gli conviene, senza preoccuparsi del bene altrui).

La presente proposta di legge pone poi alcuni punti essenziali per consentire la procreazione medicalmente assistita:

1) vi si può ricorrere solo dopo avere effettuato tutti i preventivi accertamenti

dell'impossibilità di superare la sterilità e l'infertilità dei coniugi con altre tecniche, cioè solo se tale mezzo tecnico si configura come una facilitazione e un aiuto per raggiungere lo scopo naturale;

2) vi possono ricorrere solo coppie di sesso diverso, viventi, regolarmente sposate da almeno tre anni e che non abbiano superato certi limiti di età. I gameti usati per la procreazione assistita devono essere ambedue della coppia di coniugi, cioè è ammessa solo la fecondazione omologa, mentre è proibita la fecondazione eterologa (gameti provenienti da donatori), la maternità surrogata, il prelievo e la crioconservazione di gameti ed embrioni e la fecondazione *post mortem*.

Sulla non ammissibilità della fecondazione eterologa sarà opportuno considerare sia la posizione delle massime autorità morali sia la posizione delle massime autorità scientifiche.

Riportiamo succintamente quanto espresso sull'argomento nella « Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione » della Congregazione per la dottrina della fede della Chiesa cattolica: « La fecondazione artificiale eterologa è contraria all'unità del matrimonio, alla dignità degli sposi, alla vocazione propria dei genitori e al diritto del figlio ad essere concepito e messo al mondo nel matrimonio e dal matrimonio. La fecondazione artificiale eterologa lede i diritti del figlio, lo priva della relazione filiale con le sue origini parentali e può ostacolare la maturazione della sua identità personale. Essa costituisce, inoltre, un'offesa alla vocazione comune degli sposi che sono chiamati alla paternità e alla maternità: priva oggettivamente la fecondità coniugale della sua unità e della sua integrità; opera e manifesta una rottura fra parentalità genetica, parentalità gestazionale e responsabilità educativa. Tale alterazione delle relazioni personali all'interno della famiglia si ripercuote nella società civile: ciò che minaccia l'unità e la stabilità della famiglia è sorgente di dissensi, di disordine e di ingiustizie in tutta la vita sociale ».

Riportiamo di seguito anche le motivazioni contrarie alla fecondazione eterologa ufficialmente espresse nel campo scientifico e sociale.

La liceità della fecondazione eterologa non è accettabile per le seguenti gravi conseguenze:

1) rischi elevati sul piano etico-sociale;

2) rischi di gravi problemi psicologici per i soggetti interessati alla fecondazione (nascituro e membri della coppia).

Dal punto di vista etico-sociale con l'ammissibilità della fecondazione eterologa è concreto il rischio di una « selezione eugenica ». Non è infatti pensabile una fecondazione eterologa che non sia preceduta da esami sulle caratteristiche genetiche dei possibili donatori e del soggetto non sterile della coppia. Infatti, le attuali conoscenze sul genoma umano, che si arricchiscono di mese in mese, consentono di diagnosticare mediante tecniche di biologia molecolare non solo la presenza di geni alterati produttori di gravi malattie, ma anche svariate predisposizioni morbose tra cui le malattie neoplastiche; anche caratteristiche genetiche psichiche e comportamenti sono oggetto di nuove conoscenze, sia pure con interpretazioni non univoche. Ne consegue che l'obbligatorio consenso del coniuge sterile che accettasse la fecondazione eterologa, e anche dell'altro coniuge non sterile, sarebbe realmente informato solo se si basasse sul possesso di tutte le possibili e praticamente attuabili informazioni genetiche sul seme del donatore. Poiché, dunque, l'« idoneità psicofisica » del donatore non può oggi prescindere da questo tipo di idoneità genetica, ne consegue inevitabilmente il passaggio alla selezione eugenica, eticamente inaccettabile e socialmente pericolosa. Non potranno non determinare gravi turbative di carattere sociale ipotetici, e certamente non auspicabili, scenari futuri caratterizzati da discriminazione tra categorie di persone a patrimonio genetico « selezionato » e « non selezionato », oppure (il problema si ricollega a quello dell'anonimato

del donatore) tra persone con patrimonio noto e ignoto.

Sempre sul piano etico-sociale, non va sottovalutato il rischio di inconsapevoli fecondazioni incestuose.

Sul piano psicologico, se si ritiene — come si crede di dover ritenere — che il figlio abbia un diritto inalienabile a conoscere le proprie origini, e quindi la paternità naturale, la rivelazione della doppia paternità può risultare devastante per gli equilibri affettivi nei confronti della famiglia in cui il figlio cresce e nei confronti del padre naturale con il quale è sostanzialmente reciso ogni legame affettivo pur sapendo egli in vita. L'unica alternativa, per altro verso non praticabile, sarebbe immaginare una famiglia triadica. Se, invece, si optasse per tenere nascosta al figlio la sua origine, sono numerose le ricerche che documentano gli effetti negativi dei segreti familiari e il loro costo emotivo. Non va, peraltro, trascurato il fatto che il segreto può anche diventare arma di ricatto in caso di problemi tra i membri della coppia, così come è da considerare anche la delicatissima e fragile situazione psicologica del padre legale che, nonostante il consenso prestato, si troverebbe sempre in posizione minoritaria rispetto alla triade biologica madre-figlio-donatore.

Strettamente connessa alla liceità della fecondazione eterologa vi è, infine, la questione dell'anonimato del donatore. Nell'ottica di tutelare i diritti del figlio al pari di qualsiasi altra persona, consentendogli, se lo desidera, l'accesso ai dati sanitari, fisici e anagrafici del padre naturale, sembra accettabile, anche alla luce dei progressi della genetica, l'anonimato del donatore. Inoltre, se sembra giusto accettare che al coniuge sterile, consenziente alla fecondazione eterologa, sia fatto divieto di disconoscere il figlio, non può invece ammettersi che il figlio non possa promuovere, per le ragioni che ritenesse valide, un'azione di disconoscimento del proprio padre legale non biologico.

Nella presente proposta di legge sono dichiarate lecite soltanto la tecnica di

fecondazione AIH (*artificial insemination husband*) e la tecnica di fecondazione GIFT (*gamets into falloppio's tubes*), mentre viene dichiarata illegittima la FIVET (fecondazione *in vitro* - *fecondation in vitro and embryo transfer*).

L'esclusione della FIVET è anzitutto di ordine morale, poiché la fecondazione *in vitro* è considerata contrastante con la dignità della procreazione e dell'unione coniugale, e pertanto la Chiesa cattolica la considera illecita anche quando tutto sia messo in atto per evitare la morte di

embrioni umani (Congregazione per la dottrina della fede - *Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*, 22 febbraio 1987). La illiceità della fecondazione *in vitro* può anche essere vista attraverso una profonda riflessione solo antropologica da qualsiasi persona.

Le difficoltà di ordine morale e antropologico relative alla fecondazione *in vitro* sono tali che, se dovesse essere legalmente ammessa, si dovrebbero porre grandissime restrizioni, come ad esempio in Germania.

PROPOSTA DI LEGGE

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, in particolare del concepito.

2. Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora i metodi terapeutici non risultino idonei.

ART. 2.

(Interventi contro la sterilità e la infertilità).

1. Il Ministro della sanità, sentito il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, promuove ricerche sulle cause patologiche, psicologiche, ambientali e sociali dei fenomeni della sterilità e della infertilità e favorisce gli interventi necessari per rimuoverle nonché per ridurre l'incidenza e, ove possibile, per prevenire l'insorgenza dei fenomeni indicati. Il Ministro della sanità promuove altresì campagne di informazione e di prevenzione dei fenomeni della sterilità e della infertilità.

2. In relazione ai compiti affidati alle regioni ai sensi dell'articolo 2 della legge 29 luglio 1975, n. 405, nei piani sanitari regionali deve essere prevista l'erogazione di servizi di informazione, di consulenza e di assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità.

ART. 3.

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

1. All'articolo 1 della legge 29 luglio 1975, n. 405, dopo il primo comma è inserito il seguente:

« Il servizio di assistenza alla famiglia ed alla maternità provvede, altresì, d'intesa con il servizio sociale competente per territorio, a fornire un'informazione adeguata sulle opportunità e sulle procedure per l'adozione o per l'affidamento familiare ».

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) correlazione della tecnica proposta rispetto alla diagnosi formulata, al fine di contenerne il grado di invasività;

b) gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i destinatari, senza prima aver esperito tentativi meno invasivi;

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

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

ART. 5.

(Requisiti soggettivi).

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

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, anche avvalendosi della figura professionale dello psicologo, informa in maniera dettagliata i soggetti di cui all'articolo 5 sui metodi 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 la consapevole formazione della volontà.

2. Alla coppia devono essere prospettati con chiarezza i costi dell'intera procedura.

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 sanità, 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.

4. Qualora il medico responsabile della struttura autorizzata ritenga di non poter procedere alla fecondazione medicalmente assistita, deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione.

ART. 7.

(Linee guida).

1. Il Ministro della sanità, 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 sono figli legittimi o acquistano lo stato di figli riconosciuti della

madre o, ai sensi del codice civile, della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime secondo le disposizioni 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.

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. Con decreto del Presidente della Repubblica, da emanare, ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, entro

tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sono definiti:

a) i requisiti tecnico-scientifici ed 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 stesse;

d) i criteri per lo svolgimento dei controlli sul rispetto delle disposizioni della presente legge e sul permanere dei requisiti tecnico-scientifici ed organizzativi delle strutture.

ART. 11.

(Registro).

1. È istituito, con decreto del Ministro della sanità, presso l'Istituto superiore di sanità, il registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

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 ed all'Istituto superiore di sanità i dati necessari per le finalità indicate dall'articolo 14 nonché ogni altra informazione necessaria allo svolgimento delle funzioni di controllo e di ispezione da parte delle autorità competenti.

CAPO V.

SANZIONI

ART. 12.

(Sanzioni).

1. Chiunque a qualsiasi titolo applica tecniche di procreazione medicalmente assistita vietate ai sensi dell'articolo 4, comma 3, o fra soggetti diversi da quelli di cui all'articolo 5, o senza avere raccolto il consenso secondo le modalità di cui all'articolo 6, o in strutture diverse da quelle di cui all'articolo 10, o in violazione dei divieti e degli obblighi di cui all'articolo 13, o realizza in qualsiasi forma la commercializzazione o l'importazione e l'esportazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità o il prelievo o il trasferimento in utero di un gamete dopo la morte di uno dei soggetti di cui all'articolo 5, è punito con la reclusione da tre a dieci anni e con la multa da lire 100 milioni a lire 300 milioni, e con l'interdizione per cinque anni dall'esercizio della professione.

2. 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 anni a venti anni e con la multa da lire 100 milioni a lire 300 milioni, e con l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.

3. Non sono punibili l'uomo o la donna ai quali sono applicate le tecniche nei casi di cui ai commi 1 e 2.

4. Ogni accordo avente per oggetto i comportamenti di cui ai commi 1 e 2 è nullo.

5. L'autorizzazione concessa ai sensi dell'articolo 10 alla struttura al cui interno è eseguita una delle pratiche vietate ai sensi del comma 1 è sospesa per un anno. Nell'ipotesi di piú violazioni dei divieti di cui al comma 1 o di violazione del divieto di cui al comma 2 l'autorizzazione è 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 esse 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 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;

e) la crioconservazione e la soppressione di embrioni.

4. 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 impianto, comunque non superiore a tre. Tutti gli embrioni prodotti devono essere contemporaneamente trasferiti nell'utero della donna.

5. Ai fini della presente legge è vietato l'aborto selettivo di gravidanze plurigemellari.

6. I soggetti di cui all'articolo 5 devono essere informati sul numero degli embrioni che si intendono produrre e trasferire in utero. Dopo il trasferimento, i medesimi soggetti sono informati sul numero di embrioni prodotti e conseguentemente trasferiti.

CAPO VII.

DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

ART. 14.

(Relazione al Parlamento).

1. L'Istituto superiore di sanità predispone, entro il 28 febbraio di ciascun anno, una relazione annuale per il Ministro della sanità 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 sanità, 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. 15.

(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 qualora sollevi obiezione di

coscienza, previa dichiarazione resa al medico responsabile della struttura autorizzata ai sensi dell'articolo 10.

2. La dichiarazione di cui al comma 1 può essere resa o revocata, con le stesse modalità, in qualsiasi momento e comporta, con effetto immediato, l'esonero dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'applicazione delle tecniche disciplinate dalla presente legge.

ART. 16.

(Disposizioni transitorie).

1. Le strutture ed 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 sesto mese successivo alla data di entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di cui all'articolo 10, comma 2.

2. Entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i centri e le strutture di cui al comma 1 eliminano i gameti depositati presso i medesimi centri e strutture, ad eccezione di quelli prelevati da soggetti che rispondono ai requisiti di cui all'articolo 5. In caso di inadempienza, i centri e le strutture di cui al presente comma decadono dall'autorizzazione di cui al comma 1.

3. Entro dieci giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture e i centri di cui al comma 1 trasmettono al Ministero della sanità e al giudice tutelare territorialmente competente i seguenti elenchi non pubblici: un elenco (n. 1) contenente l'indicazione numerica degli embrioni destinati a tecniche di procreazione medicalmente assistita, formati nel periodo precedente alla data di entrata in vigore della presente legge, unitamente all'indicazione nominativa di

coloro che hanno fatto ricorso alle tecniche medesime, a seguito delle quali sono stati formati gli embrioni; un elenco (n. 2) con l'indicazione numerica degli embrioni disponibili di cui non si conoscono i genitori biologici e con l'indicazione dei motivi della non conoscibilità.

4. La coppia che, prima della data di entrata in vigore della presente legge, ha ottenuto nelle strutture e nei centri di cui al comma 1 l'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita dalle quali è derivata la formazione di embrioni, ha facoltà di richiedere il trasferimento degli embrioni medesimi, nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 5 e 6, nel termine di tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Subito per gli embrioni di cui all'elenco n. 2 e trascorso il termine di cui al periodo precedente per quelli di cui all'elenco n. 1, ovvero nel caso di espressa rinuncia della donna al trasferimento, il giudice tutelare competente per territorio dispone con proprio decreto l'adottabilità. Su indicazione delle strutture e dei centri, che provvedono alle opportune informazioni ed assumono il consenso informato secondo le disposizioni, in quanto applicabili, dell'articolo 6 della presente legge, il giudice tutelare, sentita la coppia richiedente e fatte le opportune valutazioni ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni, in quanto applicabile, dichiara con decreto motivato l'adozione dell'embrione o degli embrioni da impiantare contestualmente.

5. La disposizione di cui al comma 3 si applica a tutti i possessori di embrioni che sono inoltre obbligati ad indicare la struttura o il centro autorizzati ai quali gli embrioni vengono consegnati. Chiunque non adempia all'obbligo di segnalazione degli embrioni esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge è punito, qualora il fatto non costituisca reato, con la sanzione amministrativa da lire 50 milioni a lire 100 milioni.

6. I nati, a seguito di adozione di embrioni, sono figli legittimi della coppia coniugata o figli naturali riconosciuti della coppia convivente.

7. Le disposizioni di cui all'articolo 9 si applicano anche per i nati da tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo prima della data di entrata in vigore della presente legge. Per tali soggetti l'identità del donatore è rivelata con decreto motivato del giudice tutelare, ovvero, in caso di grave e imminente pericolo per la salute del nato, su richiesta del medico o del direttore della struttura sanitaria che lo hanno in cura.

ART. 17.

(Copertura finanziaria).

1. Per le attività relative agli articoli 2, comma 1, e 11, il cui onere è valutato rispettivamente in lire 4.000 milioni e in lire 300 milioni annue, a decorrere dal 2001, è autorizzata la spesa di lire 4.300 milioni annue a decorrere dall'esercizio 2001.

2. Per gli interventi per prevenire, rimuovere e ridurre la sterilità e la infertilità e per le finalità previste dall'articolo 2 è autorizzata l'ulteriore spesa di lire 10.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002.

3. Le somme stanziare per le finalità di cui ai commi 1 e 2 sono ripartite tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con deliberazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministro della sanità, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, valutati in lire 14.300 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002 e in lire 4.300 milioni annue a decorrere dall'anno 2003, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2001-2003, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente « Fondo speciale » dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per

l'anno 2001, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della sanità.

5. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Lire 1000 = € 0,52



14PDL0003950