

VOLUME QUARTO
PROPRIETÀ E DIRITTI DI GODIMENTO . FAMIGLIA. SUCCESSIONI
Nel Capitolo IX va aggiunto un § 4 bis

4 bis. La procreazione medicalmente assistita. – Con l'espressione procreazione medicalmente assistita si fa riferimento al fenomeno piú comunemente conosciuto con il nome di inseminazione o fecondazione artificiale. Questi interventi, oggi, hanno raggiunto livelli molto avanzati e consentono di poter far fronte a non pochi problemi tra quelli che derivano dalla sterilità (l'incapacità a fecondare) e dalla infertilità (l'incapacità di portare a termine una gravidanza), realizzando, con procedimenti sempre piú particolari, la fecondazione dei gameti femminili e maschili senza ricorrere al rapporto sessuale.

Tale fecondazione può avvenire con una «inseminazione artificiale» del seme maschile nel corpo della donna (c.d. fecondazione *in vivo*) o con l'unione dei gameti femminili e maschili in ambiente extracorporeo (c.d. fecondazione *in vitro*).

I procedimenti maggiormente seguiti sono la FIVET (*Fertilisation in vitro and embryo transfer*), attraverso la quale dalla fecondazione *in vitro* dei gameti femminili e maschili si ottiene un embrione che, successivamente, viene trasferito nell'utero; la GIFT (*Gamete intrafallopian transfer*), che consente la fecondazione dei gameti nel corpo materno a seguito, però, dell'inserimento nelle tube di almeno tre ovociti e di una piccola quantità di seme maschile; e la ICSI (*Intra cytoplasmic sperm injection* o iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo), con la quale si inietta uno spermatozoo direttamente nell'ovocita.

Dopo un lungo periodo durante il quale all'assenza di una specifica legislazione faceva riscontro una situazione di disordine che creava non pochi problemi (da quelli relativi alla tutela degli embrioni che si formavano alla disciplina dello *status* dei nati a seguito di inseminazione eterologa, cioè con gamete estraneo a uno dei coniugi), oggi, dopo la l. 19 febbraio 2004, n. 40, alla procreazione medicalmente assistita, possono accedere soltanto coppie maggiorenni eterosessuali, coniugate o conviventi (art. 5 l. n. 40 del 2004), con problemi di sterilità o di infertilità altrimenti non risolvibili (art. 4 l. n. 40 del 2004). Lo stato di infertilità o di sterilità, tuttavia, non è presupposto per ricorrere a qualsiasi tipo di intervento. Sono vietate sia l'inseminazione eterologa (art. 4^o l. n. 40 del 2004) sia la maternità surrogata (art. 12^o l. n. 40 del 2004), non definita dalla legge ma piú comunemente conosciuta con il nome di «affitto d'utero». E sanzioni sono previste sia per il medico che violi il divieto sia per la struttura all'interno della quale si consumi la violazione. Non punibili, invece, sono i richiedenti ai quali siano applicate tecniche vietate e completamente deresponsabilizzato è il donatore di gameti estranei alla coppia richiedente, il quale, in particolare «non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi» (art. 9^o l. n. 40 del 2004). Quest'ultimo, per esempio, non potrà vantare diritti ereditari sul patrimonio del nato né avere nei suoi confronti alcun dovere genitoriale.

Soltanto apparentemente superata è, dunque, la questione relativa all'eventuale disconoscimento del nato da fecondazione artificiale (eterologa). I nati avranno sempre «lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti» dalla coppia che ha fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita (art. 8^o l. n. 40 del 2004), mentre, qualora si ricorra all'inseminazione eterologa, è vietato il disconoscimento se il consenso «è ricavabile da atti concludenti» (art. 9^o l. n. 40 del 2004).

Essendo un intervento terapeutico, analogamente a ogni altro del medesimo genere, si richiede, congiuntamente da parte dei richiedenti, espressamente e in forma scritta, il «consenso informato». In linea di principio, «informato» è il consenso conseguente alle notizie che il medico fornisce al paziente sul tipo di intervento, sulle prospettive terapeutiche, sulle conseguenze che possono derivare dalla terapia e dall'intervento e su ogni circostanza che lo possa rendere pienamente consapevole. Altrettanto si richiede con riferimento alla

procreazione medicalmente assistita. Sicché sarà reputato «informato» soltanto il consenso dato dopo che ai richiedenti siano stati illustrati i metodi, gli effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'intervento e le sue probabilità di successo, nonché i «problemi bioetici», la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento, le conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro e, quando si tratti di strutture private autorizzate, i costi dell'intera procedura (art. 6 l. n. 40 del 2004).

Gli interventi di procreazione medicalmente assistita si possono eseguire in strutture pubbliche e private, purché appositamente autorizzate dalle regioni e iscritte in un registro nazionale (artt. 10 s. l. n. 40 del 2004).

L'intervento di impianto può essere evitato, per volontà di ciascuno dei richiedenti, ma soltanto «fino al momento della fecondazione dell'ovulo» (art. 6³ l. n. 40 del 2004), e per decisione del medico responsabile della struttura, quando ricorrano «motivi di ordine medico-sanitario» (art. 6⁴ l. n. 40 del 2004).

Degna di particolare attenzione è la tutela riservata all'embrione. È vietata qualsiasi sperimentazione, salvo che per finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione (art. 13 l. n. 40 del 2004). In ogni caso vietate, invece, sono, tra le altre, tutte le forme di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti (art. 13³ l. n. 40 del 2004), la clonazione (art. 13³ l. n. 40 del 2004), la crioconservazione e la soppressione degli embrioni (art. 14¹ l. n. 40 del 2004). È possibile, nondimeno, il ricorso alle disposizioni sull'interruzione volontaria della gravidanza (art. 14¹ l. n. 40 del 2004) e all'eventuale conservazione degli embrioni fino all'impianto: quest'ultima eventualità, però, soltanto quando il trasferimento degli embrioni nell'utero «non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione» (art. 14³ l. n. 40 del 2004).