

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

**Nn. 1514, 58, 112, 197, 282, 501, 961,
1264, 1313, 1521, 1715, 1837 e 2004-A/bis**

RELAZIONE DI MINORANZA DELLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE (IGIENE E SANITÀ)

(RELATORE DEL PENNINO)

Comunicata alla Presidenza il 15 settembre 2003

SUL

DISEGNO DI LEGGE

Norme in materia di procreazione medicalmente assistita (n. 1514)

*approvato dalla Camera dei deputati il 18 giugno 2002 in un testo risultante
dall'unificazione dei disegni di legge*

d'iniziativa dei deputati GIORGETTI Giancarlo (47); CÈ, BALLAMAN, BRICOLO, CAPARINI, DIDONÈ, DUSSIN Guido, DUSSIN Luciano, ERCOLE, FONTANINI, GALLI Dario, GIORGETTI Giancarlo, GIBELLI, LUSSANA, MARTINELLI, MARTINI Francesca, PAROLO, POLLEDRI, RIZZI, ROSSI Guido, ROSSI Sergio, STUCCHI e VASCON (147); BURANI PROCACCINI (156); CIMA (195); MUSSOLINI (406); MOLINARI (562); LUCCHESE, BARBIERI Emerenzio, BIANCHI Dorina, D'ALIA, DRAGO Giuseppe, GIANNI Giuseppe, LIOTTA, MAZZONI e TUCCI (639); MARTINAT, BONO, MANCUSO Gianni e MAZZOCCHI (676); NAPOLI Angela (762); SERENA (1021); COSSUTTA Maura, PISTONE e BELLILLO (1775); BOLOGNESI e BATTAGLIA (1869); PALUMBO, MORONI, BAIAMONTE e STAGNO d'ALCONTRES (2042); DEIANA, VALPIANA, DE SIMONE Titti e MASCIA (2162); PATRIA e CROSETTO (2465); DI TEODORO (2492)

*(V. Stampati Camera nn. 47, 147, 156, 195, 406, 562, 639, 676,
762, 1021, 1775, 1869, 2042, 2162, 2465 e 2492)*

*Trasmesso dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza
il 19 giugno 2002*

E SUI

DISEGNI DI LEGGE

Disciplina della ricerca e della sperimentazione biogenetica e istituzione di una Commissione parlamentare sulla bioetica (n. 58)

d’iniziativa dei senatori EUFEMI, CUTRUFO, CICCANTI, MELELEO, RONCONI, GABURRO, ZANOLETTI e BOREA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 1° GIUGNO 2001

Norme in materia di procreazione assistita (n. 112)

d’iniziativa del senatore TOMASSINI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 6 GIUGNO 2001

Tutela degli embrioni (n. 197)

d’iniziativa del senatore ASCIUTTI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 12 GIUGNO 2001

Norme per la tutela dell’embrione e la dignità della procreazione assistita (n. 282)

d’iniziativa dei senatori PEDRIZZI, PONTONE, BONATESTA, LAURO, PASTORE, PELLICINI, DANIELI Paolo, CURTO, SERVELLO, DE CORATO, PACE, PALOMBO e RAGNO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 21 GIUGNO 2001

Modifiche all'articolo 235 e all'articolo 263 del codice civile in tema di disconoscimento di paternità in relazione alla procreazione medico-assistita (n. 501)

d'iniziativa dei senatori CALVI, PAGANO, BETTONI BRANDANI, FRANCO Vittoria, ACCIARINI e BONFIETTI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 LUGLIO 2001

Disposizioni in materia di fecondazione medicalmente assistita (n. 961)

d'iniziativa del senatore RONCONI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 12 DICEMBRE 2001

Norme in tema di procreazione assistita (n. 1264)

d'iniziativa dei senatori ALBERTI CASELLATI, CARRARA, COMINCIOLI, PICCIONI, SCOTTI, FABBRI e PESSINA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 20 MARZO 2002

Norme in materia di procreazione assistita (n. 1313)

d'iniziativa dei senatori TREDESE, TOMASSINI, FABBRI, SALINI, FASOLINO e MAGRI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 9 APRILE 2002

Norme sulle tecniche di procreazione medicalmente assistita (n. 1521)

d’iniziativa dei senatori FRANCO Vittoria, BETTONI BRANDANI, ACCIARINI, BATTAFARANO, BONFIETTI, BRUNALE, BRUTTI Massimo, CALVI, DE ZULUETA, DI GIROLAMO, DI SIENA, MACONI, MANIERI, MASCIONI, MORANDO, PAGANO, PILONI, ROTONDO, STANISCI e TURCI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 20 GIUGNO 2002

Norme in materia di clonazione terapeutica e di procreazione medicalmente assistita (n. 1715)

d’iniziativa dei senatori D’AMICO, DEL PENNINO, DEBENEDETTI e IANNUZZI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 SETTEMBRE 2002

Norme in materia di procreazione medicalmente assistita (n. 1837)

d’iniziativa dei senatori TONINI, BRUNALE, CAMBURSANO, CARELLA, CREMA, FASSONE, LABELLARTE, MANIERI, MASCIONI, MURINEDDU, PIATTI, VICINI e VIVIANI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 NOVEMBRE 2002

Norme in materia di procreazione medicalmente assistita (n. 2004)

d’iniziativa dei senatori GABURRO, BERGAMO, BOREA, CUTRUFO, DANZI, EUFEMI, FORTE, GUBERT, IERVOLINO, MAFFIOLI, MONCADA LO GIUDICE di MONFORTE, SUDANO, TAROLLI, TREMATERRA, TUNIS e ZANOLETTI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 12 FEBBRAIO 2003

*dei quali la Commissione propone l’assorbimento
nel disegno di legge n. 1514*

ONOREVOLI SENATORI. - Non credo invero che alcuno possa considerare anomalo il fatto che, sul disegno di legge relativo alla procreazione medicalmente assistita, sia un parlamentare appartenente alla maggioranza a presentare una relazione di minoranza.

Si tratta, infatti, di un tema che coinvolge complessi problemi di carattere morale, scientifico e giuridico che possono trovare risposta solo nella coscienza di ciascuno di noi e non sono certo riconducibili a rigide logiche di partito o di schieramento.

D'altro canto, la maggioranza che ha approvato, prima alla Camera e poi in Commissione qui al Senato, il testo che oggi viene sottoposto all'esame dell'Aula, è stata una maggioranza trasversale, che ha raccolto i consensi sia di colleghi che sostengono l'attuale Governo, sia di colleghi dell'opposizione e, per converso, voci critiche nei confronti della soluzione adottata si sono levate sia dai banchi della maggioranza, sia da quelli dell'opposizione.

Nè è un caso che il maggior gruppo parlamentare, quello di Forza Italia, abbia esplicitamente riconosciuto ai suoi componenti libertà di coscienza e che, nell'altro ramo del Parlamento, il Governo, con una dichiarazione del Ministro Pisanu, si sia rimesso sistematicamente alle valutazioni dell'Assemblea.

Se un rammarico in proposito devo esprimere è per il fatto che, in Commissione al Senato, il rappresentante dell'Esecutivo non abbia mantenuto lo stesso atteggiamento.

Ed è stato proprio quanto avvenuto in seno alla Commissione Igiene e Sanità che mi ha indotto, anzichè limitarmi ad intervenire nella discussione generale e a riproporre solo gli emendamenti che già avevo presen-

tato in Commissione, a predisporre una relazione di minoranza.

Mi riferisco alla decisione della trasversale maggioranza formatasi in Commissione, con la convergenza dei rappresentanti di Forza Italia, di Alleanza Nazionale, dell'Unione democristiana e di centro e della Margherita, di respingere, senza minimamente motivarne le ragioni, tutti gli emendamenti che erano stati presentati, anche quelli che avevano solo la funzione di correggere incongruenze, errori di tecnica legislativa, o di evitare l'innapplicabilità della legge, ma non toccavano nessuna delle grandi questioni di principio sottese al disegno di legge in esame.

Eppure genetisti, giuristi, bioetici e associazioni degli utenti, che erano stati ascoltati nel corso delle audizioni opportunamente promosse dal Presidente della 12ª Commissione, avevano sollevato una serie di obiezioni e di rilievi critici di cui non si poteva non tener conto.

È invece prevalsa la logica della difesa aprioristica e cieca del principio del *ne varietur* rispetto al testo trasmesso dalla Camera, seguendo, fin troppo pedissequamente, le indicazioni e i richiami provenienti da Oltre Tevere.

Da questo punto di vista, mi sia consentito di sottolineare come lo zelo della trasversale maggioranza è andato *ultra petita*, se in un editoriale dell'«Avvenire» di sabato 19 luglio abbiamo potuto leggere: «Se c'è da augurarsi che, almeno per ora, si riesca a varare questo testo senza riaprire stura a diatribe o a nuove proposte, non appare eccessivamente pericolosa la possibilità di ritoccare il testo con miglioramenti meramente formali (c. d. tecnici); cioè quelli che, lasciando immutata la linea sostanziale finora concordata, evitino

qualche incertezza emergente dall'attuale formulazione».

Certo, le correzioni formali proposte dall'editorialista del nostro principale quotidiano cattolico sono diverse da quelle che si propongono in questa relazione, ma dimostrano come le insufficienze, sotto il profilo della chiarezza del testo legislativo, siano evidenti anche ai sostenitori della normativa proposta.

Sugli errori di tecnica legislativa, come sugli aspetti di merito che fanno di questo disegno di legge un provvedimento illiberale, illogico, incoerente, incostituzionale ed inapplicabile, mi soffermerò nella seconda parte di questa relazione, ma ad essa desidero premettere un riferimento alle esperienze straniere, che possono offrire alcuni elementi di riflessione ai colleghi.

1. Le esperienze straniere

1.1 *Il giudizio degli stranieri auditi dalla Commissione Igiene e Sanità*

Mette conto – prima di riportare le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in materia di procreazione medicalmente assistita e di addentrarci in un esame comparato delle legislazioni vigenti negli altri Paesi – richiamare i giudizi che gli esperti stranieri, invitati dalla Presidenza della Commissione Igiene e Sanità per essere auditi nel corso delle udienze conoscitive, hanno espresso sul testo del disegno di legge che ora è all'esame dell'Aula. Ritengo utile portarli all'attenzione dei colleghi che non hanno potuto seguire i lavori della Commissione.

Il professor Paul Devroey, ordinario di ginecologia e ostetricia e direttore clinico del Centro di riproduzione umana dell'Università di Bruxelles, nonché membro del Comitato nazionale belga di bioetica, ha dichiarato: «Questa proposta di legge è contraria a tutti i dati internazionali pubblicati sulle tecniche di riproduzione assistita [...]».

Se questa legge sarà approvata molte coppie italiane, per essere trattate, si sposteranno in Spagna, Belgio [...].

Questa legge punisce il 15 per cento delle coppie italiane sterili (atto non sociale poiché le persone benestanti possono permettersi di usufruire del "turismo medico") [...].

Questa legge proibisce di analizzare e giudicare la normalità "cromosomica" di un embrione. Il 50 per cento di tutti gli embrioni della specie umana sono anormali. Questa legge forza i medici italiani a trasferire embrioni che non avrebbero mai impiantato (mala sanità) [...].

Sono convinto che per aiutare le coppie infertili, non possono essere vietate la crioconservazione degli embrioni, l'analisi genetica e cromosomica degli ovociti e degli embrioni, la crioconservazione dello sperma e la crioconservazione di tessuto testicolare [...].

Io spero che verranno tenute presenti le conoscenze razionali e scientifiche, altrimenti tutti i progressi in Italia si fermeranno, le coppie ricche andranno in Spagna e il mondo accademico e intellettuale esterno percepirà l'Italia come un Paese completamente in ritardo».

La professoressa Françoise Shenfield, docente di ostetricia e ginecologia presso l'University College of London, membro dell'Authority britannica in riproduzione umana e embriologia, a proposito del divieto di sperimentazione sugli embrioni umani, stabilito dal disegno di legge, ha dichiarato: «In Francia, dove un simile divieto è stato legiferato anni fa, portando ad una paralisi della ricerca scientifica, è oggi in corso un cambiamento radicale. In Inghilterra, dove io opero, esiste un contesto pubblico che comprende l'HFEA (*Human Fertilisation and Embriology Authority*) e il MRC, un ente recentemente istituito per valutare la ricerca sulle cellule staminali. Nel 1990 l'HFEA ha formulato un Atto dove gli obiettivi della ricerca embrionale sono chiaramente delineati: per promuovere miglioramenti nel trattamento della infertilità, per migliorare le conoscenze scientifiche

sulle cause delle malattie congenite e sugli aborti spontanei, per sviluppare nuove e più efficaci misure contraccettive, per potenziare le metodologie capaci di identificare alterazioni cromosomiche e genetiche sugli embrioni pre-impianto. Nel gennaio 2001 il Parlamento ha decretato un ulteriore obiettivo: la ricerca sulle cellule staminali embrionali per la cura di malattie gravi».

E, con riferimento alla previsione che obbliga a creare un numero di embrioni non superiore a tre che devono servire ad un unico e contemporaneo impianto, ha aggiunto:

«Limitare il numero di embrioni da "creare" per ciclo a tre, e non permettere la crioconservazione di embrioni o zigoti, porta a tre conseguenze importanti: una riduzione della possibilità di gravidanza per le pazienti, un pericolo per la salute dei futuri bambini e una riduzione della efficacia della diagnosi pre-impianto (PDG). Il terzo *report* del registro europeo della PMA (EIM), mostra come la percentuale di gravidanza per prelievo di ovociti e per *transfer* sia rispettivamente del 25 per cento e del 27 per cento, e come l'incidenza di gravidanze triple abbia un *range* dallo 0,3 al 7 per cento tra le varie nazioni. L'Italia ha riportato 15.316 cicli con una percentuale di gravidanza per ciclo del 19,4 per cento, per *transfer* del 25 per cento, ed una *delivery rate* del 20 per cento (con il 10,2 per cento nel trasferimento di embrioni crioconservati).

Questi sono buoni risultati, destinati a diminuire se la legge pone il limite suddetto. I rischi connessi alle gravidanze multiple sono ben noti (aborto e disabilità dei nati prematuri). In Europa esiste una volontà comune di ridurre questa complicità iatrogena, riducendo il numero massimo di embrioni trasferiti. In Italia sarebbe impossibile farlo se i tre embrioni che si possono creare al «massimo» ad ogni ciclo devono essere tutti trasferiti. La pratica ottimale è inseminare tutti gli ovociti, trasferire un massimo di due embrioni tra quelli che ogni coppia è in grado di generare e crioconservare gli

altri, qualora se ne sviluppino più di due. È inoltre meno stressante e costoso per la paziente eseguire un trasferimento di embrioni crioconservati che non iniziare una nuova stimolazione. Se ad ogni ciclo si possono creare un massimo di tre embrioni, la diagnosi genetica pre-impianto perderebbe tutta la sua efficienza, sia per la diagnosi di malattie genetiche (aumenterebbe il rischio che tutti gli embrioni siano affetti dalle malattie) sia per lo *screening* delle aneuploidie (diminuirebbe la possibilità di evitare il trasferimento di embrioni che non potrebbero mai impiantarsi o destinati ad un aborto spontaneo)».

Ed ha concluso:

«In ultima analisi, vorrei sottolineare come il divieto delle tecniche di tipo eterologo (articolo 4, comma 3) porti indubbiamente ad una discriminazione verso tutti gli uomini e le donne sterili e specialmente verso quel numero sempre crescente di giovani malati di cancro che oggi possono essere curati a discapito però della loro capacità riproduttiva. Oggi nella popolazione generale di ventenni, 1 su 1.000 è un "sopravvissuto" a tumori della infanzia o della adolescenza. Il divieto all'eterologa, inoltre, spingerebbe molte persone disperate all'uso di "fonti non sicure" di gameti eterologhi, o, per chi può permetterselo, a viaggi all'estero (turismo riproduttivo) dove questa procedura è da anni legalizzata».

1.2 *Le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha affrontato gli «Aspetti medici, etici e sociali della riproduzione assistita», in un apposito, importante Convegno scientifico, tenutosi a Ginevra dal 17 al 21 settembre 2001.

Sarebbe invero troppo lungo richiamare tutte le osservazioni contenute nelle numerose relazioni lì svolte, o anche solo l'insieme delle Raccomandazioni formulate.

Mi limiterò pertanto a ricordare esclusivamente quelle Raccomandazioni che appaiono più significative al fine di evidenziare come, per molti versi, il testo di legge in discussione appaia in contraddizione con le stesse.

Secondo quanto raccomandato dall'OMS dunque:

- l'infertilità dovrebbe essere riconosciuta come motivo di salute pubblica a livello mondiale, inclusi i Paesi in via di sviluppo;

- la ricerca è necessaria per le procedure di procreazione assistita innovative a basso costo che forniscano trattamenti per l'infertilità sicuri, certi, accettabili e affrontabili.

L'informazione pubblica sull'infertilità e le sue cause dovrebbe essere aumentata per migliorare comportamenti preventivi e diminuire la stigmatizzazione e l'esclusione sociale degli uomini e delle donne infertili:

- protocolli per la crioconservazione di gameti umani, embrioni e tessuti gonadici devono essere ottimizzati;

- i donatori di sperma devono essere analizzati sia per le malattie ereditarie che per quelle infettive;

- devono essere stabilite chiare linee guida per lo stato ottimale della maturazione degli ovociti per la crioconservazione che massimizzi la sopravvivenza del gamete e lo sviluppo potenziale, ma che minimizzi il rischio di alterazione numerica dei cromosomi (aneuploidie);

- ulteriori ricerche sono necessarie per lo *screening* delle aneuploidie degli ovociti dopo crioconservazione e degli embrioni generati da ovociti crioconservati;

- è necessaria una ricerca per determinare lo stadio di divisione dello zigote o della blastocisti che sia ottimale per il trasferimento in termini di gravidanza;

- devono essere sviluppati criteri più specifici per predire il potenziale di sviluppo dell'embrione;

- è necessaria una ricerca sulla morfologia dell'embrione e sulla percentuale di crescita;

- in vista dei rischi materni e fetali di una gravidanza multipla, non più di due embrioni per ciclo dovrebbero essere trasferiti;

- per incoraggiare il trasferimento di un solo embrione, ogni embrione sovranumerario dovrebbe essere crioconservato per cicli di trattamento successivi;

- studi prospettici devono essere fatti per paragonare il risultato di un trasferimento di un singolo embrione con il trasferimento di due embrioni;

- devono essere sviluppate procedure per permettere di utilizzare gli embrioni crioconservati, per i quali non c'è un uso clinico, per la ricerca. Questa ricerca può servire a migliorare la procreazione medicalmente assistita (PMA) o la comprensione dello sviluppo embrionario, ma dovrebbe essere legalmente permessa e svolta solo dopo il precedente consenso informato dei donatori;

- i donatori di gameti, prima della loro donazione, dovrebbero fornire il consenso informato. Questo consenso dovrebbe riferirsi a tutti gli usi possibili immediati dei gameti:

per la ricerca;

per creare embrioni utilizzabili dai donatori;

per creare embrioni che saranno usati da altri.

1.3 *Esame comparato delle legislazioni vigenti negli altri Paesi*

Passando ora ad una sintetica analisi delle norme vigenti negli altri Paesi, in particolare modo europei, si capirà meglio il perché delle opinioni negative espresse dagli scienziati stranieri auditi.

Innanzitutto, è importante sottolineare che anche in Francia, dove non vige una normativa propriamente liberale, come in Spagna o nel Regno Unito, è affermato che i fini della fecondazione assistita sono sia quelli di ov-

viare alla sterilità della coppia, ma anche quelli rilevantisimi relativi al pericolo di trasmissione al figlio di una malattia grave.

Per quanto riguarda l'accesso alle tecniche di procreazione assistita, in alcuni Paesi è consentito alle coppie eterosessuali sposate o conviventi: si tratta della Germania (secondo le direttive dell'Ordine federale dei Medici, non, quindi, in base alla legge), della Francia, della Svezia, della Svizzera, dell'Austria e della Danimarca. La Grecia non ha ancora una normativa puntuale sull'argomento, mentre in Svizzera si prevede che sia riservata alle sole coppie sposate la fecondazione eterologa.

Diversa la situazione in altri Paesi, dove anche le donne sole possono beneficiare delle tecniche di riproduzione assistita: nel Regno Unito non si esclude *a priori* nessuna categoria di donne e non si fa alcun riferimento né alla situazione matrimoniale né all'età; lo stesso avviene in Spagna, dove basta che le donne maggiorenti esprimano il loro consenso in modo libero, cosciente e per iscritto. Anche in Belgio e in Finlandia non vi è uno specifico richiamo alla coppia come requisito indispensabile. In Olanda è implicitamente ammessa anche la coppia omosessuale, essendo riconosciuta una forma molto ampia di diritto di custodia alla compagna di una donna che abbia dato alla luce un bambino a seguito di inseminazione artificiale.

Se si eccettua la sola normativa vigente in Portogallo e quelle di Paesi come l'Egitto, l'Arabia Saudita e la Turchia, in tutte le altre nazioni europee ed extra-europee è ammessa la fecondazione eterologa.

Ogni Paese regola la fecondazione eterologa in maniera diversa, per quanto attiene in particolar modo il consenso della coppia e i problemi connessi alla paternità.

La normativa francese prevede che in caso di fecondazione eterologa non si stabilisca alcun legame di filiazione tra il terzo donatore e il nato. La coppia che accede ai metodi di fecondazione eterologa deve previa-

mente esprimere il proprio consenso e in tale caso diviene inammissibile qualsiasi azione di disconoscimento di paternità.

La legislazione austriaca prevede che la fecondazione eterologa avvenga in strutture ospedaliere autorizzate. Sono poi dettate particolari previsioni per la donazione di sperma. Il donatore deve esprimere il proprio consenso per iscritto e il suo seme può essere utilizzato per un numero massimo di tre coppie. È poi previsto un registro relativo sia ai donatori, sia alle coppie che hanno usufruito della donazione. La donazione è a titolo gratuito. I dati registrati sono riservati, ma, al compimento del quattordicesimo anno d'età, colui che è stato procreato può chiedere di prenderne visione. Per la fecondazione *in vitro*, poi, si prevede che possano essere utilizzati tanti ovociti quanti sono scientificamente necessari per dare alla riproduzione assistita prospettive di successo.

La Svezia è stata la prima nazione a dotarsi, già dagli anni ottanta, di una normativa in materia di fecondazione assistita. Tale normativa, come detto, consente l'inseminazione eterologa affidando al medico la scelta di un donatore adatto. La Direzione nazionale per la sicurezza sociale e la sanità ha emanato una serie di disposizioni e istruzioni in tema di accertamento e cura della sterilità, realizzazione della inseminazione, scelta del donatore, limiti d'età, accertamenti da compiere, diritti del minore e schede da compilare da parte delle coppie e dei donatori. La fecondazione *in vitro* è consentita solo se l'ovocita è della donna ed è stato fecondato con il seme del marito o del convivente che deve previamente esprimere il proprio consenso scritto.

Olanda, Belgio e Svizzera hanno delle norme che tutelano il nato attraverso la fecondazione eterologa, vietando il disconoscimento di paternità successivamente al consenso dato all'eterologa dal *partner* maschile.

Spostando la nostra indagine all'est europeo, si può constatare come anche in Bulga-

ria, l'inseminazione eterologa sia consentita, seppur con il limite rigoroso che il donatore deve essere un cittadino bulgaro; nell'ex Unione Sovietica, invece, un decreto ministeriale del 1987 consente l'inseminazione eterologa solo su indicazione del medico e attraverso precise linee guida.

Nella regolamentazione della procreazione assistita, normative tra le più aperte sono poi quelle degli Stati dell'ex Jugoslavia

La fecondazione *in vitro* con donazione di ovociti si consente anche in Grecia, Belgio, Usa e Australia.

In Spagna, in Olanda e nel Regno Unito sono riconosciute sia l'inseminazione che il trasferimento di embrioni *post mortem*.

In Gran Bretagna quando si acconsente alla procreazione medicalmente assistita, la persona è tenuta a precisare a quale sorte debbano andare incontro i gameti o gli embrioni in caso di morte. Nell'eventualità in cui si proceda ad inseminazione dopo la morte, secondo le volontà del soggetto, è comunque escluso che la paternità possa essergli riconosciuta.

In Spagna, a condizione che avvenga entro sei mesi dal decesso, il *partner* della donna può esprimere, in sede di ultime volontà (per esempio tramite un atto testamentario), il desiderio che si proceda all'assistenza medica alla procreazione ed in tal caso si vedrà riconosciuta la paternità. La paternità è invece esclusa se i gameti del *partner* non si trovavano già nell'utero della donna al momento del decesso e non vi è stata una precisazione di volontà.

L'inseminazione *post mortem* è vietata dalle leggi degli altri Paesi, mentre in Germania il trasferimento di embrioni *post mortem* può essere autorizzato, in via eccezionale, per permettere di realizzare un progetto parentale fissato prima della scomparsa del padre. Il problema è comunque di portata limitata, in quanto la produzione di embrioni non può essere superiore al necessario nel corso di un ciclo relativo ad una donna.

Le reticenze circa la diagnosi pre-impianto volta ad individuare eventuali malattie ereditarie sono state superate dalle legislazioni di Danimarca, Spagna e Regno Unito dove viene consentita con alcuni limiti. La legge tedesca e quella svizzera, di contro, vietano questa pratica.

In Francia, la diagnosi pre-impianto può essere autorizzata nel caso di forte probabilità che il nato sia affetto da malattie genetiche particolarmente gravi e sia individuata in uno dei genitori l'anomalia responsabile. La coppia può autorizzare in questo caso le ricerche al fine di prevenire e trattare tale malattia.

In tutti gli altri Paesi, dagli USA alla Svezia, dall'Australia alla Norvegia, dal Belgio alla Grecia, all'Austria, è consentita la diagnosi pre-impianto, proprio per evitare di procedere all'impianto di un embrione affetto da malattie genetiche o anomalie cromosomiche.

Anche in tema di ricerca sugli embrioni e sulle cellule staminali embrionali, vi sono diversità normative tra i diversi Stati.

Per quanto riguarda la crioconservazione, tutti i Paesi europei, eccezion fatta per la Germania (che peraltro ammette la crioconservazione dei pre-embriani), la consentono.

In Francia la legge pone disposizioni molto rigide in tema di fecondazione dell'ovocita a scopi di ricerca e di sperimentazione sugli embrioni soprannumerari. In via eccezionale è consentito che una coppia possa autorizzare lo studio dei propri embrioni esclusivamente a fini medici, e sempre che tali studi non comportino danni all'embrione.

Tuttavia è in corso un ripensamento generale della disciplina. Il 29 gennaio 2003, nel corso della discussione sul progetto di legge sulla bioetica, il Senato francese ha adottato un emendamento che condanna la clonazione riproduttiva. Sono comunque consentite ricerche sull'embrione e sulle cellule embrionali in deroga al testo della legge, rimanendo tuttavia esclusa la creazione di embrioni a fini di ricerca.

Uno dei fondamenti della legge tedesca è la forte tutela dell'embrione. Sono penalmente sanzionate la produzione e il prelievo di embrioni a fini di ricerca, ogni tipo di ricerca sugli embrioni esistenti, la clonazione umana e la creazione di ibridi e chimere. È comunque consentita la selezione dei gameti per la definizione del sesso del nascituro nel caso in cui si debba evitare una malattia grave collegata al sesso. La legge tedesca permette comunque di intervenire su uova fecondate entro 21-22 ore dal concepimento, cioè fino al momento della singamia.

In Lussemburgo, Australia, Danimarca, Belgio, Olanda, Svezia, Finlandia, Regno Unito è riconosciuta la ricerca scientifica sugli embrioni soprannumerari. Il Regno Unito è l'unico Stato ad ammettere anche la produzione di embrioni a scopo di ricerca. Mentre la sperimentazione sugli embrioni è consentita, entro quattordici giorni dal concepimento, in Grecia e in Spagna.

In argomento, la legislazione spagnola detta norme dettagliate, distinguendo tra l'altro l'embrione dal pre-embrione. Se il pre-

embrione è in condizioni di sopravvivere, la ricerca deve avere finalità diagnostiche, terapeutiche o preventive. Se invece il pre-embrione non è in condizioni di sopravvivere, la ricerca è autorizzata ai fini del miglioramento delle tecniche di procreazione medicalmente assistita e di conservazione dei pre-embriani, nonché degli studi sull'origine della vita umana e sulla morte e divisione delle cellule, sulla differenziazione e organizzazione cellulare, sulla fertilità maschile e femminile e la contraccezione, sui geni e sui cromosomi, sui fenomeni immunitari e di rigetto, sulle malattie genetiche ed ereditarie, sul cancro e le malattie gravi. Se il pre-embrione è morto, è autorizzato l'utilizzo a fini di ricerca a condizione che non provenga da aborto.

Per comodità di analisi, e per consentire un raffronto con le soluzioni che vengono proposte nel disegno di legge atto Senato 1514, si riproduce nella seguente tabella quali casi siano consentiti e quali vietati dalle normative vigenti negli altri Paesi europei, negli USA e in Australia.

**TABELLA DI COMPARAZIONE DELLE NORMATIVE
SULLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA IN VARI PAESI**

Normative nei vari Paesi	Italia (DDL 1514)	Austria	Francia	Germania	Norvegia	Gran Bretagna	Spagna	Svezia	Australia	U.S.A. (linee guida)	Grecia	Belgio
FIVET/ICSI con limite di ovociti inseminati	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Congelamento zigoti	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Congelamento embrioni	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Inseminazione con seme di donatore	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
FIVET con donazione di ovociti	No	No	Si	No	No	Si	Si	No	Si	Si ¹	Si	Si
Diagnosi preimpianto	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Donne <i>single</i>	No	No	No	No	No	Si ²	Si	No	Si/No ³	Si/No ³	No	Si
Inseminazione con seme del <i>partner</i> deceduto	No	No	No	No	No	Si ²	Si ⁴	No	No	No	Si ⁵	
Ricerca scientifica embrioni soprannumerari	No	No	Si	No	No	Si	⁶	Si	Si	Si ⁷	⁶	Si
Produzione embrioni per ricerca	No	No	No	No	No	Si	No	No	No			⁸

¹ Permessa in 7 Stati.

² Decisione Authority.

³ Le decisioni sono differenti a seconda dei diversi Stati aderenti alla Federazione.

⁴ Inseminazione entro sei mesi dal decesso del *partner*.

⁵ Inseminazione non prima dei sei mesi ed entro due anni dal decesso del *partner*. Occorre consenso scritto del *partner* e che quest'ultimo abbia corso effettivamente pericolo di vita (guerra, malattia letale, eccetera).

⁶ In Spagna e in Grecia la sperimentazione sugli embrioni è consentita entro 15 giorni dal concepimento.

⁷ La ricerca sugli embrioni soprannumerari non può però essere finanziata da fondi federali.

⁸ È consentita solo nel caso in cui venga riconosciuta l'impossibilità per una determinata ricerca di utilizzare embrioni soprannumerari.

2. Le incongruenze del testo approvato dalla Camera e licenziato dalla commissione Igiene e Sanità

2.1 *L'incipit sui diritti del concepito, da cui si fa discendere una serie di norme illiberali*

Il disegno di legge si apre con un'affermazione declamatoria, quella cioè che la «legge assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito».

Potrebbe apparire un'affermazione ultronea, dal momento che compito della legge è quello di stabilire i limiti e gli strumenti che consentono la fecondazione artificiale (o medicalmente assistita), se non fosse, in realtà, un *incipit* di carattere ideologico (basta pensare alla genericità dei termini usati per gli altri soggetti, a fronte della enfatica indicazione del concepito), da cui si fa poi discendere tutta una serie di conseguenze in termini di divieti e sanzioni.

Non si tratta di negare i diritti del concepito, né la sua dignità di «soggetto coinvolto».

Non si tratta di opporre a un dogmatismo un altro dogmatismo, richiamandosi alla concezione utilitaristica di John Stuart Mill, in contrapposizione alla tradizione giuridica di stampo teodosiano e giustiniano.

Mi permetterò solo di ricordare sommessamente, in proposito, che proprio negli scritti di Padri della Chiesa come Agostino e Tommaso d'Aquino, o di grandi filosofi cattolici moderni come Jacques Maritain, si afferma che l'anima può venire infusa da Dio nel corpo solo quando la materia è sufficientemente formata, quindi non al momento del concepimento. E che nel 1591 Papa Gregorio XIV stabilì che l'anima dell'embrione si concretizza solo 17 settimane dopo il concepimento, per cui non venivano scomunicate le donne che abortivano prima. Solo col Concilio Vaticano I, nel 1869, Pio IX irrigidì la posizione del mondo cattolico sull'aborto, a difesa dell'intangibilità dell'embrione.

Quello che desidero comunque sottolineare è che, anche se si vuole, per motivi di fede, considerare l'embrione persona sin dalla fecondazione, sul piano scientifico vi sono pareri differenti in materia

Se, infatti, non vi è alcun dubbio che un embrione debba essere considerato un «organismo vivente», molte perplessità esistono ancora – dal punto di vista scientifico – sulla sua definizione di «essere umano», in un momento antecedente al suo fisiologico impianto in utero.

L'embrione, dopo la fusione dei corredi cromosomici delle due cellule da cui è originato, possiede una propria individualità biologica, un corredo genetico unico e differente da quelli da cui deriva, ma ha – per natura – due caratteristiche su cui è opportuno riflettere.

Non è ancora un «individuo», nel senso etimologico di essere indivisibile, in quanto può ancora dare origine a differenti organismi viventi continuando la propria divisione (si pensi ai gemelli monovulari).

Non è ancora un «essere umano», cioè appartenente alla specie umana (*homo de muliere natus*), in quanto non si è ancora attuata quella condizione di «integrazione relazionale» che avviene tra il concepito e l'organismo ospite.

A dimostrazione dei dubbi che attraversano il mondo scientifico, basterà ricordare due opposti documenti.

1) La Dichiarazione approvata da docenti delle cinque facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università di Roma a conclusione del convegno «L'embrione come paziente» in data 2 febbraio 2002, che vuole fornire supporto scientifico a proposte volte ad assegnare personalità giuridica al «neo-concepito», sottoscritta dai professori Adriano Bompiani, Pierluigi Benedetti, Ermelando Vinicio Cosmi, Bruno Dallapiccola, Vito Fazio, Salvatore Mancuso, Massimo Moscarini, Emilio Piccione, Domenico Arduini.

Tale documento sostiene che esistono «concordanti evidenze che portano a considerare la vita umana come un continuo che ha nella fase embrionale e nell'invecchiamento l'inizio e la fine del suo percorso naturale... Si è dinanzi ad un vero e proprio protagonismo biologico, che si manifesta nella precisa dinamica dell'impianto, nell'orientamento dei processi di attivazione genetica dei vari tessuti e organi, nel colloquio biochimico, immunologico e ormonale che caratterizza la placentazione».

2) Il Manifesto «Embrioni e Ricerca» presentato da 16 scienziati italiani a smentita della scientificità dell'equiparazione embrione-individuo, in data 4 marzo 2002, invece, replica:

«...In realtà, alla luce delle conoscenze attualmente disponibili, i prodotti del concepimento nei primissimi stadi dello sviluppo (l'ovocita fecondato, la morula, la blastocisti) sono fortemente influenzati dal citoplasma dell'ovocita e dall'espressione del genoma materno, oltre che soggetti a modificazioni che non necessariamente sono sotto il controllo del loro genoma... L'individualità biologica del nuovo organismo, che risulta dal processo riproduttivo sessuato, non si forma istantaneamente all'atto della fecondazione, ma emerge piuttosto gradualmente, nel corso del processo di sviluppo. In buona sostanza tutti i processi che formeranno l'individualità della persona umana cominciano solo dopo l'impianto della blastocisti nel corpo della madre... Gli aspetti che più fortemente caratterizzano e qualificano la persona umana, quali le facoltà cognitive e comunicative, non sono determinati soltanto dal genoma, ma conseguono ad una continua interazione genoma-ambiente, con forti interventi della casualità per quanto riguarda il risultato finale. Pensare che quest'ultimo, cioè la persona, dipenda unicamente dal genoma significherebbe abbracciare una forma di determinismo biologico che non è sostenuto dalle conoscenze disponibili e si presta ad in-

terpretazioni culturalmente e socialmente fuorvianti.

È vero che, in prima approssimazione, il genoma rimane identico dalla blastocisti all'individuo adulto. Da ciò non consegue affatto, però, che la dignità di un ovocita fecondato o di una blastocisti sia pari a quella di una "persona umana". Noi diciamo umilmente che non sappiamo quando inizi la persona, ma siamo convinti che essa non abbia inizio al concepimento. La continuità del genoma dall'ovocita fecondato all'adulto non implica che, per una sorta di irradiazione retroattiva, tale dignità dell'individuo adulto riverberi all'ovocita fecondato di origine. Noi chiediamo che, pur nella diversità di vedute e di convinzioni etiche e religiose, si arrivi comunque anche nel nostro Paese ad una regolamentazione legislativa sulla procreazione medicalmente assistita che consenta ai ricercatori italiani di partecipare, nel rispetto più rigoroso dell'etica e della legge, all'impegno internazionale per cogliere le grandi opportunità applicative, comprese nuove cure per gravi malattie, che gli studi in questo campo lasciano intravedere».

Il Manifesto è stato sottoscritto dai professori: Giovanni Azzone, Marcello Barbieri, Gian Maria Bressan, Paolo Carinci, Giulio Cossu, Carlo Flamigni, Antonino Forabosco, Rita Levi-Montalcini, Lucio Luzzatto, Mario Molinaro, Pietro Motta, Carlo Redi, Gregorio Siracusa, Mario Stefanini, Umberto Veronesi, Dino Volpin.

Se questi sono i dubbi che oggi dividono il mondo scientifico, appare davvero illiberale voler imporre per legge, facendola discendere da una declaratoria di principio, la prioritaria tutela giuridica dell'embrione, in un testo legislativo che dovrebbe solo regolamentare la fecondazione medicalmente assistita.

A questo proposito, mi sia consentita una digressione. Lo stesso titolo del disegno di legge non è corretto sul piano terminologico. Il disegno di legge mira a regolamentare la fecondazione, non la procreazione. Il termine

procreazione ha un significato più vasto. Coinvolge aspetti relativi al parto (o all'aborto), all'assistenza *post partum*. Aspetti che non riguardano il presente disegno di legge.

E non si dica che il più contiene il meno. Se si è scelto il termine procreazione, anziché quello di fecondazione, anche qui è sotteso un preciso intendimento.

Non si vuole, cioè, dare tanto alla legge il senso di una risposta all'esigenza di genitorialità delle coppie infertili, quanto farne l'occasione per affermare i diritti degli embrioni e da questi far discendere una serie di norme che sono estranee all'oggetto di questo provvedimento, quali il divieto alla crioconservazione o alla ricerca sulle cellule staminali embrionali.

Ma per tornare al punto centrale, quello relativo alla declaratoria di cui all'articolo 1, devo dire che le convinzioni dei credenti mai possono tradursi in norme giuridiche che vietino o sanzionino determinati comportamenti, se non si vuole cadere nella logica dello Stato etico. E potrei citare filosofi come Giuseppe Capograssi, storici come Arturo Carlo Jemolo e politici che hanno onorato la storia della DC.

Uno stato di diritto, rispettoso di tutte le fedi, deve affidare alla coscienza dei singoli le scelte quando queste, pur non apparendo coerenti con principi di credo, non offendono le regole della convivenza civile.

È la coscienza del singolo che lo può portare ad astenersi dal ricorrere a talune tecniche e persino a rifiutare quelle terapie che fossero frutto di ricerche contrastanti con le sue convinzioni etiche e religiose. Non può essere la legge, che deve essere neutrale rispetto ai personali convincimenti, ad imporlo.

L'apodittica affermazione sui diritti del concepito diventa, invece, nel testo al nostro esame, la premessa per farne discendere una serie di disposizioni che portano a sacrificare altri diritti costituzionalmente garantiti, quali quelli relativi alla libertà di ricerca (articoli 9 e 33 della Costituzione) e alla salute della

donna (articolo 32), mentre sarebbe necessario conciliare la tutela del concepito con quella degli altri valori che la Costituzione riconosce.

La necessità di un bilanciamento dei diversi beni costituzionalmente protetti è oltretutto principio costantemente ribadito dalla nostra giurisprudenza costituzionale, proprio in questa materia.

Credo che in proposito valga la pena di richiamare quanto affermato nella famosa sentenza della Corte costituzionale n. 27 del 18 febbraio 1975 sulla parziale incostituzionalità delle norme del Codice penale relative all'aborto, allora vigenti.

«Ritiene la Corte che la tutela del concepito – che già viene in rilievo nel diritto civile (artt. 320, 339, 687 c.c.) – abbia fondamento costituzionale. L'articolo 31, comma 2, della Costituzione impone espressamente la "protezione della maternità" e, più in generale, l'articolo 2 della Costituzione riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, fra i quali non può non collocarsi, sia pure con le particolari caratteristiche sue proprie, la situazione giuridica del concepito.

E, tuttavia, questa premessa – che di per sé giustifica l'intervento del legislatore volto a prevedere sanzioni penali – va accompagnata dall'ulteriore considerazione che l'interesse costituzionalmente protetto relativo al concepito può venire in collisione con altri beni che godano pur essi di tutela costituzionale e che, di conseguenza, la legge non può dare al primo una prevalenza totale ed assoluta, negando ai secondi adeguata protezione. Ed è proprio in questo il vizio di legittimità costituzionale, che, ad avviso della Corte, inficia l'attuale disciplina penale dell'aborto.

L'ordinanza in esame denuncia specificamente l'articolo 546 del codice penale, in riferimento agli articoli 31 e 32 della Costituzione, nella sola parte in cui punisce chi cagiona l'aborto di donna consenziente, e la donna stessa, anche quando sia accertata la pericolosità della gravidanza per il benessere

fisico e per l'equilibrio psichico della gestante, ma senza che ricorrano tutti gli estremi dello stato di necessità previsto nell'articolo 54 del codice penale.

In tali limiti la questione è fondata. La condizione della donna gestante è del tutto particolare e non trova adeguata tutela in una norma di carattere generale come l'articolo 54 del codice penale che esige non soltanto la gravità e l'assoluta inevitabilità del danno o del pericolo, ma anche la sua attualità, mentre il danno o pericolo conseguente al protrarsi di una gravidanza può essere previsto, ma non sempre è immediato.

Di più. La discriminante dell'articolo 54 del codice penale si fonda sul presupposto d'una equivalenza del bene offeso dal fatto dell'autore rispetto all'altro bene che col fatto stesso si vuole salvare. Ora non esiste equivalenza fra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute proprio di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare».

Ho voluto riportare integralmente questa parte della sentenza n. 27 del 1975, perchè agli stessi principi dovrò fare riferimento nell'esame degli articoli successivi del disegno di legge, per far emergere i profili di incostituzionalità che essi contengono proprio per la mancata tutela di diritti costituzionalmente garantiti diversi da quello enfaticamente declamato all'articolo 1.

2.2 *L'esclusione delle coppie portatrici di patologie genetiche trasmissibili al concepito dalla possibilità di ricorrere alla fecondazione medicalmente assistita. Una scelta illogica*

L'articolo 1 e, in modo ancor più esplicito, il comma 1 dell'articolo 4, consentono il ricorso alle tecniche di procreazione assistita solo nei casi di sterilità o di infertilità medicalmente documentata. Escludono conseguentemente dalla possibilità di accedere alle tecniche di concepimento assistito le coppie che non abbiano problemi di sterilità,

ma che siano portatrici di patologie genetiche trasmissibili al concepito.

Si tratta di una scelta illogica.

Come, infatti, è stato evidenziato nel corso delle audizioni tenute dalla Commissione Igiene e Sanità, vi è un elevato grado di probabilità che alcune malattie, tutt'altro che rare, come la fibrosi cistica, la talassemia, malattia di Duchenne (e altre), siano trasmesse da genitori portatori sani al concepito.

Le patologie genetiche sono sempre in continuo aumento (5 per cento) e rappresentano la principale causa di morbilità e di mortalità nell'età infantile. Enormi sono le tragedie familiari e le ripercussioni sociali ed economiche dei neonati affetti da malattie genetiche che devono essere sottoposti a continue e costosissime terapie intensive neonatali e pediatriche, che in molti casi si protraggono anche nell'età adulta. A causa della natura stessa delle malattie genetiche le terapie hanno purtroppo un successo parziale in quanto riescono a risolvere solo alcune conseguenze o sintomi; pertanto al momento attuale la maggior parte delle coppie a rischio genetico sceglie la prevenzione come unica strada percorribile.

Fino ad alcuni anni fa, prevenzione significava quasi esclusivamente diagnosi prenatale invasiva, in gravidanza, eseguita dopo la decima settimana di gestazione con la villocentesi e alla sedicesima settimana con l'amniocentesi. Pur essendo entrambe tecniche affidabili e con basso rischio di aborto (1 per cento), non veniva però eliminato l'aborto terapeutico in caso di feto malato.

L'aborto terapeutico risulta, infatti, nella quasi totalità delle coppie che si sottopone a diagnosi prenatale, l'unica prevenzione delle patologie genetiche.

Recentemente, proprio allo scopo di evitare il dramma dell'aborto terapeutico nel caso di un feto fortemente voluto, è stata introdotta la diagnosi genetica preimpianto. Tale metodica, che utilizza le procedure di fecondazione *in vitro* (FIVET) e permette l'individuazione degli embrioni non affetti

prima dell'inizio della gravidanza, offre la possibilità, alle coppie ad alto rischio di trasmissione di malattie genetiche, di affrontare la gravidanza senza dover ricorrere all'aborto terapeutico dopo una diagnosi prenatale invasiva che accerti un feto malato.

Attualmente, le coppie portatrici di tali patologie genetiche, che non vogliano dare alla luce un bambino malato, hanno quindi due possibilità:

1) sottoporsi a diagnosi prenatale e, nel caso l'embrione risulti malato, abortire;

2) sottoporsi a diagnosi preimpianto, attraverso la quale viene fatta una preventiva selezione degli embrioni malati e di quelli sani, in modo da trasferire in utero solo quelli sani.

Dopo l'approvazione di questo disegno di legge sarà possibile solo la prima delle due soluzioni.

Le coppie ad alto rischio genetico, che non abbiano problemi di sterilità, non potranno infatti accedere alle tecniche di fecondazione *in vitro*, tappa fondamentale nell'esecuzione della diagnosi preimpianto.

La libertà di scelta sarà irrimediabilmente compromessa e chi non vorrà scegliere tra l'abortire o il dare alla luce un figlio malato, dovrà recarsi all'estero per poter usufruire di questa tecnica.

Oltretutto la norma che esclude l'accesso delle coppie fertili, ma portatrici di malattie genetiche o cromosomiche, alle tecniche di concepimento assistito, si pone in evidente contrasto con gli articoli 3 e 32 della Costituzione, in quanto viene impedito l'accesso a un trattamento sanitario ad una categoria di persone in base ad una condizione personale: lo stato di fertilità.

2.3 Il divieto di fecondazione eterologa. *L'incoerenza della normativa in materia*

Il comma 3 dell'articolo 4 del disegno di legge vieta l'utilizzo di materiale genetico non appartenente alla coppia.

Ho già ricordato il giudizio degli esperti stranieri auditi dalla Commissione Igiene e Sanità su questo punto, ed ho anche evidenziato, nell'esame della legislazione comparata, come tale divieto non trovi riscontro nelle normative vigenti negli altri Paesi europei.

Desidero però sviluppare ora alcune considerazioni più di dettaglio sul punto specifico.

Sul piano del diritto, il divieto appare incoerente con le disposizioni contenute nello stesso disegno di legge relative allo stato giuridico del nato.

Premesso che, secondo la legge italiana, lo stato giuridico di padre si acquista con una manifestazione di volontà di chi si riconosce come genitore nei modi previsti dall'articolo 254 del codice civile, e non è necessario dimostrare di essere il genitore biologico, la giurisprudenza italiana si è già dedicata alla procreazione medicalmente assistita in relazione alla possibilità di disconoscimento della paternità del bambino concepito in seguito ad inseminazione eterologa dopo che lo stesso marito aveva validamente manifestato il proprio preventivo consenso a tale tipo di fecondazione.

Come hanno ricordato nella memoria presentata alla 12^a Commissione l'avvocato Giancarlo e il dottor Giorgio Muccio, per un certo tempo i giudici di merito hanno sostenuto una interpretazione estensiva dell'articolo 235 del codice civile, nel senso che la fecondazione eterologa veniva accostata, per analogia, a quella derivante dal rapporto adulterino.

Ma la Corte costituzionale, con sentenza n. 347 del 1998, ha respinto l'interpretazione secondo la quale si potrebbe applicare ai casi di inseminazione eterologa l'articolo 235 del codice civile nell'assunto che si tratti di caso omologabile all'esito di un rapporto adulterino, affermando che la fattispecie della fecondazione eterologa non trova disciplina in alcuna norma di rango ordinario e che pertanto, data la situazione di carenza legislativa in materia, spetta al giudice individuare un

punto di equilibrio tra gli interessi in gioco (quelli della madre che si era sottoposta a fecondazione eterologa, del marito di lei che aveva prestato a ciò il consenso, dello stesso concepito).

Successivamente alla pronuncia della Corte costituzionale, la Corte di Cassazione, con sentenza n. 2315 del 16 marzo 1999, ha dichiarato che «il marito, che abbia validamente concordato, o comunque manifestato, il proprio preventivo consenso alla fecondazione eterologa, non ha azione per il disconoscimento della paternità del bambino nato in seguito a tale fecondazione».

Ora, l'articolo 8 del disegno di legge in esame sembra accogliere la tesi della Cassazione, dettando una norma che non lascia più spazio a dubbi interpretativi.

Viene, infatti, esplicitamente previsto che i nati a seguito di fecondazione medicalmente assistita abbiano lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia e si stabilisce il divieto del disconoscimento della paternità nel caso di procreazione assistita di tipo eterologo, se il consenso del coniuge o del convivente è ricavabile da atti concludenti. Ed è altresì previsto che il donatore di gameti non acquisisca alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non possa far valere nei suoi confronti alcun diritto, nè essere titolare di obblighi.

Peccato che queste norme siano dettate per l'ipotesi di ricorso a tecniche di procreazione eterologa, in violazione del divieto di cui al ricordato comma 3 dell'articolo 4.

Si tratta di un quadro normativo paradossale.

Che senso ha, infatti, impedire il disconoscimento di paternità in caso di fecondazione medicalmente assistita di tipo eterologo, rifiutando di estendere a questo caso l'applicazione dell'articolo 235 del codice civile, e al tempo stesso proibire la fecondazione eterologa e addirittura punire con una sanzione amministrativa il medico che l'ha praticata?

O si parte dal presupposto dell'inefficacia del divieto, sapendo che non sarà comunque

rispettato e si vogliono quindi regolamentare gli effetti di comportamenti che comunque si verificheranno e che si intende interdire solo per un'affermazione di principio, o siamo in presenza di un esempio di schizofrenia legislativa.

D'altro canto non può certo giustificare la proibizione un giudizio morale di assoluto disvalore, solo che si pensi che recenti ricerche hanno accertato che, nel 10 per cento dei naturali concepimenti, il padre non corrisponde al genitore giuridico.

È forse moralmente più riprovevole la coppia che, per desiderio di genitorialità ricorre a materiale genetico che non apparteneva ad entrambi, con un atto di responsabilità e di amore verso il nascituro, di quanto non sia quella che crea una vita solo come frutto di momentanea passione dei sensi?

Il divieto all'utilizzo di materiale genetico (sperma o ovociti) donato liberamente da un terzo, viene peraltro giustificato dai suoi sostenitori con il dichiarato obiettivo di garantire al concepito una «identità biologica», che si concreta nella conoscibilità del patrimonio genetico dei genitori. Tale conoscenza potrebbe, infatti, essere utile, per eventuali cure da effettuarsi sul figlio.

In realtà il principio secondo il quale deve essere garantita una «identità biologica» al nascituro, è un principio che rimane privo di ogni applicazione.

Infatti, il divieto operante sul solo suolo italiano verrà facilmente aggirato attraverso il cosiddetto «turismo riproduttivo» e ciò renderà ancora più difficile conoscere, in caso di bisogno, i dati sanitari del donatore. Questo finirà per rendere più difficile, se non impossibile, per il concepito, l'accesso alla terapia genica, realizzando proprio il rischio che si vorrebbe scongiurare vietando l'eterologa.

Attualmente ciascun membro della coppia, che non possa utilizzare il proprio materiale genetico, può ricorrere al materiale genetico di un donatore i cui dati, sanitari e anagrafici, rimangono a conoscenza esclusivamente

del Centro che ha adottato la tecnica in questione.

Qualora insorga un problema di tipo sanitario, o il soggetto nato dal materiale genetico donato, o i suoi legali rappresentanti, possono ricorrere al giudice per essere messi a conoscenza dei dati sanitari e, se indispensabile, dei dati anagrafici del donatore (ad esempio per ottenere, da lui o dai suoi eventuali figli, midollo osseo compatibile con il proprio). Con la norma proposta, la coppia italiana, per effettuare il trattamento di concepimento assistito di tipo eterologo, dovrà rivolgersi all'estero. Conseguentemente, nel caso insorga la necessità di conoscere dati sanitari del donatore, e a patto che la legislazione dello Stato in cui si è svolto il trattamento non lo impedisca espressamente, si dovrà ricorrere al giudice straniero, con una prevedibile maggiore spesa e maggiori difficoltà.

Va infine ricordato, come ha sottolineato il professor Stefano Canestrari nel corso delle audizioni avanti la Commissione Igiene e Sanità, che «la convinzione che la frattura fra la sfera biologica e quella sociale comprometta lo sviluppo psichico del nascituro non riceve conferma dall'orientamento dominante delle scienze psicopedagogiche. Gli studi compiuti infatti pongono l'accento sull'importanza che riveste, per una formazione equilibrata ed integrale della personalità del bambino, la presenza di una doppia figura genitoriale a prescindere dalla parentela genetica».

2.4. Alcune norme «tecniche» incoerenti e incongruenti

L'esame attento di alcune disposizioni contenute nei primi due commi dell'articolo 6 e nel comma 2 dell'articolo 7 del disegno di legge ne rivela l'improvvisazione e l'incongruenza, anche dal punto di vista della tecnica legislativa.

Il ruolo assegnato al medico dal comma 1 dell'articolo 6 conferma il carattere di inter-

vento terapeutico che il disegno di legge assegna ai trattamenti per la procreazione medicalmente assistita. Ma nello stesso comma si fa obbligo al medico di prospettare alla coppia, oltre ai problemi bioetici e ai possibili effetti collaterali sanitari e psicologici, conseguenti all'applicazione delle tecniche della PMA, anche «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». L'equivoco contenuto in questa disposizione è stato rilevato, nel corso delle udienze conoscitive avanti alla Commissione Igiene e Sanità, dalla Presidente del Tribunale dei Minori di Milano, dottoressa Livia Pomodoro, che ha evidenziato come l'adozione e l'affido familiare siano istituti previsti nell'interesse del minore e nulla hanno a che vedere con i rimedi alla sterilità. Mentre questa legge dovrebbe garantire il diritto e la dignità della procreazione, aggiungendo anche che non esiste, in base alla sua esperienza, nessuna differenza, per quanto riguarda i riflessi sul minore, tra i casi di procreazione omologa e di procreazione eterologa, giacché tutto dipende dalla responsabilità genitoriale.

L'aver previsto l'obbligo per il medico di prospettare alla coppia il ricorso all'adozione o all'affidamento, quale alternativa alla procreazione medicalmente assistita, se non è frutto di ignoranza delle differenze tra le due questioni, sottende una aperta riserva verso le tecniche della PMA, che peraltro viene indicata come rimedio a un problema di salute.

* * *

Ma ancor più indecifrabile è la norma contenuta nel comma 2 dell'articolo 6, laddove si stabilisce che «alla coppia devono essere prospettati con chiarezza i costi economici dell'intera procedura, qualora si tratti di strutture private».

Da ciò sembrerebbe dedursi che, per gli interventi effettuati in strutture pubbliche,

l'onere sia a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In effetti il disegno di legge considera la sterilità come una malattia vera e propria.

D'altro canto, tale assunto è stato più volte ribadito dall'OMS, che intende per salute il pieno benessere fisico e psichico, e quindi comprende necessariamente anche la salute riproduttiva. Nè va dimenticato che la sterilità non solo è una malattia caratterizzata da un disturbo funzionale causato da diverse patologie, ma è a sua volta fonte di alcuni disturbi della sfera psico-emotiva.

In tal senso appare logico che la sterilità, con tutte le sue procedure diagnostiche e terapeutiche, rientri nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Non a caso già oggi nelle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (allegato 1 del decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 216 del 14 settembre 1996, nell'ambito dei LEA) sono citate come prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale: l'agoaspirazione ecoguidata dei follicoli, l'inseminazione artificiale e la capacitazione del materiale seminale. Sono riportate, cioè, alcune procedure atte ad aumentare il potenziale riproduttivo delle coppie ai fini dell'ottenimento della gravidanza.

Le terapie per la cura della sterilità sono quindi già ammesse tra le cure a carico del Servizio Sanitario, anche se non vi è la descrizione organica di una procedura comprendente tutte le fasi delle tecniche della PMA, e pertanto, nella realtà pubblica, si è determinata una grave disomogeneità di atteggiamenti tra le differenti regioni, ed a volte tra Aziende sanitarie locali (ASL) della stessa regione.

Dal comma 2 dell'articolo 6 si dovrebbe dedurre che si è voluto por fine a queste disomogeneità, dal momento che alla coppia devono essere indicati i costi solo in caso di strutture private.

In realtà, non è così. Non vi è nel disegno di legge alcuna disposizione che precisi in

modo esplicito che, nelle strutture pubbliche, il ricorso alla PMA è a carico del Servizio Sanitario Nazionale, come farebbe ritenere il secondo comma dell'articolo 6. Né tale ipotesi appare compatibile con quanto previsto nella norma di copertura del disegno di legge contenuta nell'articolo 18. La dotazione del Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita non è infatti sufficiente per far fronte agli oneri che deriverebbero per gli interventi di PMA attuati in strutture pubbliche o convenzionate.

A ulteriore conferma del fatto che non sono onerosi solo gli interventi effettuati in strutture private, va ricordato che la Camera, nella seduta dell'11 giugno 2002, approvò un emendamento che sopprimeva la previsione contenuta nel testo licenziato dalla Commissione, secondo la quale «la legge assicura i livelli essenziali di assistenza».

Questo relatore di minoranza ritiene che dovrebbe essere garantita, nei casi di procreazione medicalmente assistita, una copertura da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Ma, al di là delle scelte di merito, se non si vuole incorrere in dubbi interpretativi, destinati a tradursi in contenziosi giudiziari, occorre comunque un intervento emendativo per dare coerenza al testo del disegno di legge.

Anche i teorici del *ne varietur* dovrebbero comprendere che una cosa è irrigidirsi su questioni di principio, altro è attestarsi in difesa di disposizioni equivoche, che contrastano con l'esigenza di chiarezza che dovrebbe essere propria di un testo legislativo.

* * *

Vi è poi il comma 2 dell'articolo 7, quello che stabilisce che le linee guida contenenti l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, definite con un decreto del Ministro della salute, siano vincolanti per tutte le strutture autorizzate. È una disposizione invero curiosa.

Premesso che il disegno di legge prevede, all'articolo 10, che siano le regioni a definire i requisiti tecnico-scientifici ed organizzativi delle strutture in cui si potranno realizzare gli interventi di procreazione medicalmente assistita, cosa riguardano le indicazioni vincolanti delle procedure e delle tecniche definite nel decreto del Ministro?

Se si trattasse di definire dei requisiti minimi, come avrebbe voluto un decreto, predisposto ma mai emanato dal Ministro della salute, in alternativa a questo sciagurato disegno di legge, *nulla quaestio*.

Ma così non è, perchè in tal caso, se ancora esiste una logica nella formulazione delle norme di legge, la disposizione sulle linee guida avrebbe dovuto essere posta come comma 1 dell'articolo 10, e i termini assegnati alle regioni per definire le caratteristiche richieste alle strutture autorizzate agli interventi di procreazione assistita avrebbero dovuto decorrere dall'emanazione del decreto ministeriale sulle linee guida.

Ciò il disegno di legge, invece, non fa, dal momento che entrambi i provvedimenti (il decreto ministeriale e gli atti regionali) dovranno essere emessi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge.

Che finalità hanno quindi le linee guida? Si vogliono forse vincolare le scelte del medico, che potrebbe utilizzare tecniche più adeguate al caso specifico di quelle indicate nelle linee guida? O si intende vietare l'utilizzo di nuove tecniche, frutto della ricerca o di esperienze straniere sino a quando non saranno codificate nelle nuove linee guida che verranno aggiornate dopo tre anni?

Vorrei in proposito ricordare quanto ha evidenziato Maurizio Mori nel volume su *La fecondazione artificiale*. Egli ha rammentato che quando le ricerche per la fecondazione *in vitro*, sviluppate verso la metà degli anni '60 da due scienziati di Cambridge, Patrick Steptoe e Robert Edwards, incominciarono ad attrarre l'attenzione del mondo scientifico, «nel 1970 la National Academy of Science degli Stati Uniti istituì una spe-

ciale commissione per studiare i tempi di attuazione di una gravidanza conseguente alla fecondazione *in vitro*: la conclusione fu che tale evento non fosse attuabile prima di venticinque anni (cioè non prima del 1995). Ma lo sviluppo della scienza e della tecnica non è lineare, e spesso procede per balzi, così che tale previsione è stata smentita il 25 luglio 1978 con la nascita a Cambridge della prima bambina nata grazie alla FIVET. Questa nascita ha avuto un effetto dirompente, perchè l'aumento della capacità tecnica ha ampliato le possibilità di intervento, tanto che oggi sono noti oltre sedici metodi diversi».

A fronte di questi dati di fatto, lascio ai colleghi giudicare se l'articolo 7 sulle linee guida, così come formulato, sia coerente con la deontologia medica e con le esigenze del progresso scientifico, o non appaia piuttosto un incongruo intervento «dirigistico».

2.5. *Il divieto di revoca del consenso dopo la fecondazione dell'ovulo: una norma incostituzionale, che viola l'articolo 32. Una norma che non tutela l'embrione perchè dopo l'impianto la donna può sempre ricorrere all'aborto*

L'articolo 6 del disegno di legge su cui mi sono già prima intrattenuto, e che disciplina il «consenso informato», al comma 3 prevede che, da parte della coppia che abbia deciso di ricorrere alla PMA, «la volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo».

A tal proposito vi è da domandarsi quali saranno le conseguenze se la coppia, o la sola donna, esprima la propria contrarietà al trasferimento degli embrioni, qualora abbia accertato una malformazione degli embrioni stessi.

Il fatto che la donna, dopo la fecondazione dell'ovulo, non possa più modificare la scelta di ricorrere al trasferimento sembra presupporre un trattamento sanitario obbligatorio.

Ora, nel caso si ritenga che la norma non preveda espressamente un trattamento sanitario obbligatorio, ma si limiti a stabilire l'impossibilità di revocare il consenso al trasferimento dell'ovulo, tale trattamento, che dovrebbe essere effettuato coattivamente contro la volontà della paziente, in mancanza di una espressa disposizione di legge che lo disponga, violerebbe l'articolo 32, comma secondo, della Costituzione che prevede: «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge».

Se si valuta, invece, che la norma contenuta nel comma 3 dell'articolo 6 disponga espressamente il trasferimento dell'ovulo come trattamento sanitario obbligatorio, allora questa disposizione appare contraria al secondo comma, secondo periodo, dell'articolo 32 della Costituzione, che dispone: «La legge non può in nessun modo violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

E una norma che disponga la maternità contro la volontà della donna deve essere considerata senz'altro contraria alla dignità della persona umana, così come specificato da varie convenzioni internazionali (in particolare la Dichiarazione dei diritti dell'uomo) e dalla recente risoluzione 2128/2001 del Parlamento Europeo.

Inoltre questa disposizione vanificherebbe ogni utilità della diagnosi pre-impianto, se consentita, mentre tale diagnosi viene giudicata indispensabile dagli andrologi in considerazione della alta percentuale di maschi infertili che presentano anomalie genetiche che possono essere trasmesse al nascituro (si veda la memoria presentata dal professor Ermanno Greco alla Commissione Igiene e Sanità).

La norma, infine, oltre ad essere inutilmente vessatoria, non garantisce nemmeno la nascita del concepito, perchè, mentre si ipotizza un trattamento sanitario obbligatorio che viola i limiti imposti dal rispetto della persona umana, lasciando intravedere la pos-

sibilità di un trasferimento coattivo in utero dell'embrione, resta fermo il diritto della donna d'abortire, secondo quanto esplicitamente affermato in altra parte del disegno di legge, che riconosce comunque la vigenza delle disposizioni di cui alla legge 22 maggio 1978, n. 194.

Si potrebbe paradossalmente dire che, pur di garantire i diritti dell'embrione, la «trasversale maggioranza» è disposta a sacrificare quelli del feto.

2.6. *L'incoerenza del sistema sanzionatorio. Riflessione autocritica o insipienza legislativa?*

Il sistema sanzionatorio definito dall'articolo 12 appare incoerente con il rigore dei divieti.

La scelta di ricorrere quasi esclusivamente a sanzioni amministrative pecuniarie a carico dei medici, anzichè a sanzioni penali, e addirittura di dichiarare la non punibilità dell'uomo e della donna cui sono applicate le tecniche vietate, salvo il caso di falsa dichiarazione, manifesta chiaramente come gli stessi sostenitori della normativa proposta siano consapevoli del fatto che gli interventi di fecondazione «proibiti» non configurano una violazione di principi universalmente accettati o un grave danno, o anche solo un grave pericolo, per la collettività.

Lungi da me l'idea di richiedere sanzioni più severe. Ma ho voluto sottolineare questo aspetto per evidenziare come il carattere «ideologico» della legge tale appaia anche ai suoi propugnatori e come gli stessi non si sentano in coscienza di trarre dal regime «proibizionista» disposizioni sanzionatorie di carattere penale.

Questo aspetto risulta ancor più evidente se si considera che i divieti previsti negli articoli 13 e 14 relativi alla ricerca e alla crioconservazione, su cui mi intratterò successivamente, sono invece penalmente sanzionati, con un'opzione di politica criminale che, ad avviso di questo relatore, esprime una com-

preensione inadeguata del rapporto che intercorre fra le esigenze di protezione dell'embrione e quelle dello sviluppo della ricerca.

Al di là di queste considerazioni di carattere generale, vi sono però altre ragioni di censura del sistema sanzionatorio.

Mi riferisco, in particolare, alla sanzione amministrativa, prevista nel comma 1 dell'articolo 12, nei confronti di chiunque abbia utilizzato a fini procreativi gameti estranei alla coppia richiedente.

Tale sanzione appare del tutto incongrua, sia nella previsione sia nell'ammontare.

Quanto alla previsione, va fatto rilevare che, al di fuori del concepimento assistito, i rapporti sessuali tra la donna e persona diversa dal marito, in costanza di matrimonio, che portino alla nascita di un figlio, non sono sanzionati neanche con l'ammenda, potendo tutt'al più essere oggetto di effetti civili. Si vuole forse rispetto alla fecondazione eterologa incentivare il ricorso a qualche prestante garzone?

Quanto all'ammontare, la sanzione pecuniaria da 300.000 a 600.000 euro appare del tutto sproporzionata rispetto a sanzioni amministrative stabilite per comportamenti ben più gravi.

A ciò si aggiunga che oltre alla sanzione pecuniaria il medico che abbia effettuato il trattamento eterologo è sottoposto alla sospensione dall'esercizio della professione da uno a tre anni.

Ora, il fatto che si tratti di sanzione amministrativa comporta la sua applicazione a prescindere dall'accertamento del dolo o della colpa del sanitario, il quale potrebbe evitare la sanzione solo dimostrando di non aver commesso il fatto che gli viene addebitato, in quanto la nascita del bambino con patrimonio genetico non compatibile con quello del padre deriva da un rapporto naturale della madre con un estraneo.

Va infine rilevato come proprio la struttura della legge, tutta basata su divieti e sanzioni, senza alcun coordinamento tra le diverse disposizioni, finisca col creare situa-

zioni assurde in cui qualunque comportamento del medico potrebbe essere perseguito, o in sede penale o con sanzioni amministrative.

Basti pensare al caso del medico che si trovi in presenza di una revoca del consenso al trasferimento dell'embrione da parte della donna, o di sopravvenuta morte del *partner* maschile.

Nel primo caso, qualora procedesse al trasferimento coatto, data la palese incostituzionalità della norma contenuta nel comma 3 dell'articolo 6, rischierebbe una denuncia per il reato di violenza personale: qualora ciò non facesse, essendo interdotta tanto la crioconservazione quanto la soppressione dell'embrione quanto il suo utilizzo ai fini della ricerca, egli incorrerebbe in un comportamento sempre e comunque sanzionabile.

Lo stesso vale in caso di premorienza del *partner* maschile, essendo vietata l'inseminazione *post mortem* al pari della crioconservazione, della soppressione dell'embrione o del suo utilizzo ai fini di ricerca.

L'assurdità derivante dall'insieme di queste norme è stata evidenziata anche nella Commissione Giustizia che, nella seduta del 12 marzo 2003, aveva rilevato che in questi casi «vi è da chiedersi a quale condotta debba attenersi il medico deputato alla pratica di procreazione [...]. L'unica ipotesi plausibile che può elaborarsi al riguardo è quella che conduce a ritenere la non responsabilità del medico, nel caso di semplice inazione dello stesso [sic!] (malgrado del tutto ovvia sia la conseguenza materiale di tale condotta con riferimento all'embrione). Tale ipotesi è sostenuta dalla considerazione secondo cui non può ritenersi sussistere nesso di causalità fra la condotta e l'evento, giacché la condotta eventualmente richiesta per impedire che lo stesso si determini [...] risulterebbe sempre vietata dalla legge».

L'unico effetto finale certo sarebbe quello di un moltiplicarsi degli avvisi di garanzia verso i medici impegnati nella fecondazione assistita. È a questo che si mira?

2.7. *Il divieto alla crioconservazione e alla sperimentazione sugli embrioni, anche quelli soprannumerari non utilizzabili per l'impianto, in quanto limite alla ricerca, viola gli articoli 9 e 33 della Costituzione*

L'articolo 13 vieta qualsiasi sperimentazione sugli embrioni e qualunque tipo di ricerca che non sia volta alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso. E l'articolo 14 vieta la crioconservazione degli embrioni, proprio nella logica di prevenire una loro utilizzazione a fini di ricerca.

Per quanto riguarda questo secondo aspetto, come abbiamo visto analizzando la legislazione comparata, il congelamento degli embrioni è consentito in tutti i Paesi, ad eccezione della Germania, che peraltro autorizza il congelamento degli zigoti.

Negli stessi Paesi che consentono la crioconservazione, ad eccezione dell'Austria e della Norvegia, è poi consentita la ricerca scientifica sugli embrioni soprannumerari. La Germania, che ha la legislazione più rigorosa, autorizza però l'importazione per la ricerca di cellule staminali derivanti da embrioni soprannumerari ed in Austria questa opportunità non è espressamente sancita, ma neppure preclusa.

L'assoluto divieto di crioconservazione stabilito nel testo licenziato dalla Commissione, congiunto alla proibizione di qualsiasi sperimentazione o ricerca sugli embrioni, limita le possibilità di progresso scientifico in Italia, ponendoci in una condizione di inferiorità rispetto agli altri Paesi più sviluppati.

La tassatività della norma impedisce, infatti, di utilizzare per la ricerca anche gli embrioni già esistenti che non possono essere impiantati.

La disposizione che si vorrebbe introdurre va ben oltre quanto previsto dalla «Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione

della biologia e della medicina», fatta ad Oviedo il 4 aprile 1997, e ratificata dall'Italia con legge 28 marzo 2001, n. 145.

L'articolo 18 della Convenzione, infatti, stabilisce: «La costituzione di embrioni umani a fini di ricerca è proibita». Sancisce, cioè, il divieto di dar vita a nuovi embrioni solo per consentire la ricerca, non anche l'utilizzazione per la ricerca di embrioni già esistenti, che eccedano il numero impiantabile o che non vengano valutati idonei per l'impianto per motivi morfologici o di integrità.

Non si sostiene da parte di questo relatore di minoranza che la legge debba prevedere che i nuovi embrioni che verranno prodotti possano essere liberamente usati anche per la ricerca. Sul punto il divieto è condivisibile. Ma mi sembra che una soluzione rispettosa dei valori, ma non aprioristicamente restrittiva, dovrebbe prevedere il divieto di utilizzazione di embrioni umani, fatti salvi quelli già prodotti e non utilizzabili per l'impianto.

Se non utilizzabili ai fini di ricerca quale sarebbe infatti il destino di questi embrioni se non la loro distruzione? Non sarebbe più rispettoso anche delle convinzioni dei credenti consentire che questi embrioni già esistenti siano utilizzati a fini di ricerca?

La mia convinzione trova due autorevoli conferme.

Il professor Giulio Cossu, ordinario di istologia ed embriologia medica dell'Università La Sapienza di Roma, ha in un recente saggio così sintetizzato, con grande onestà intellettuale, le prospettive che offrono le cellule staminali embrionali umane: «Ci sono delle cellule nell'embrione (di mammifero) che si chiamano con un termine inglese *inner cell mass*, o massa cellulare interna che, vent'anni fa, Martin Evans mise in coltura, riuscendo a farle dividere indefinitamente, ottenendone un numero praticamente infinito. Egli ha scoperto che tali cellule sono capaci di riformare tutto l'embrione perché una volta inserite in un altro em-

brione, colonizzano tutti i tessuti, compresa la linea germinale. Esse sono delle cellule cosiddette "totipotenti", perchè, partendo da esse si possono ottenere muscoli, sangue, neuroni...; possono veramente fare tutto. Per dovere d'informazione, occorre specificare che in qualche caso si riesce bene ad indirizzare il destino differenziativo di queste cellule verso un certo tipo cellulare, mentre in altri casi non vi si riesce. È dell'aprile di quest'anno un lavoro pubblicato su «Nature» dal gruppo di Ron McKey del *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* di Bethesda che descrive come, dalle cellule staminali embrionali murine - cioè ottenute dal topo - i ricercatori siano riusciti ad ottenere dei neuroni dopaminergici (che producono dopamina) l'importate sostanza che non è più prodotta in certe regioni del cervello dei pazienti affetti dal morbo di Parkinson. Circa quattro anni fa è stato possibile isolare, per la prima volta, delle cellule staminali embrionali umane. Questo offre tutta una nuova serie di prospettive.... Noi, al momento, non sappiamo se siano meglio le staminali dell'adulto, se siano meglio quelle embrionali, se ci sono delle staminali nel cordone ombelicale (sappiamo che ce ne sono nei feti derivati da aborti). L'unico modo per saperlo è quello di studiarle tutte. Quindi questo dovrebbe essere permesso, non perchè sappiamo già quale sia la strada migliore, ma per il semplice motivo che, se non le esploriamo tutte, non lo sapremo mai. Ora... le cellule staminali embrionali umane... si possono ottenere da embrioni congelati soprannumerari avanzati dalle pratiche di fecondazione *in vitro*. Per avere un bambino attraverso la fecondazione *in vitro* sono fecondati più embrioni di quelli che poi servono. Gli altri rimangono congelati in azoto liquido e sono destinati ad essere scartati e distrutti. Nostra richiesta: che questi embrioni, almeno in piccola parte, siano dedicati alla ricerca perchè comunque il loro destino è segnato, indipendentemente dal fatto che li si consideri esseri umani, per-

sone di diritto o quel che si voglia. Questi embrioni sono distrutti perchè ogni mese negli studi di fecondazione *in vitro* arrivano nuovi embrioni: i contenitori hanno una capacità limitata perciò dopo tre o cinque anni, non ricordo bene, questi embrioni comunque sono scartati. Gli embrioni scartati permetterebbero di capire tantissime cose sulle cellule staminali embrionali umane. Ci permetterebbero di studiare i modi per indirizzarle a fare una cellula del cuore, un motoneurone, un neurone afferente, una cellula del fegato o quel che vogliamo fare».

La risoluzione di maggioranza della «Commissione di studio sull'utilizzo di cellule staminali per finalità terapeutiche», nominata con decreto ministeriale 6 settembre 2000 dal Ministro Umberto Veronesi, e presieduta dal professor Renato Dulbecco, poi, partendo dalla constatazione che «in Italia in vari laboratori che attuano programmi di fecondazione *in vitro*, esiste un elevato numero di embrioni soprannumerari, formati nel contesto di un progetto procreativo, ma che, per varie ragioni, non sono più destinati all'impianto», ha affermato: «La scelta di destinare una parte di questi embrioni a ricerche dalle quali possono derivare notevoli benefici per l'umanità non comporta una concezione strumentale dell'embrione, nè costituisce un atto di mancanza di rispetto nei confronti della vita umana, in specie se si considera che l'alternativa è di lasciare che questi embrioni, per i quali non è più possibile la destinazione per cui sono stati formati, periscano. Quando ci si trova di fronte a situazioni dilemmatiche, il meglio che si possa fare - se si esclude l'inazione - è di bilanciare i valori in gioco.

Nel nostro caso, a fronte dell'inevitabile destino riservato a una parte degli embrioni crioconservati e non più impiantabili, la Commissione ritiene che la bilancia penda a favore della destinazione di tali embrioni agli scopi di una ricerca suscettibile di salvare la vita di milioni di esseri umani e ritiene che tale destinazione manifesti, nella

situazione sopra descritta, un rispetto per la vita umana ben superiore al mero "lasciar perire". La soluzione sopra delineata... è ispirata da una logica dell'espansione del raggio della ricerca e può quindi consentire, in tempo più breve rispetto alle logiche restrittive, di pervenire alle conoscenze scientifiche di base che permetteranno il passaggio alla fase della sperimentazione clinica. Sul piano dei principi, tale soluzione trova sostegno nel principio di beneficiabilità, il quale, sia pure con differenti accentuazioni, è un tratto comune alle principali dottrine morali, ispira l'etica della ricerca biomedica, ed è fonte dei doveri di responsabilità che noi abbiamo verso le persone che soffrono».

Alla luce di quanto sopra riportato, appare a questo relatore di minoranza che i divieti e le sanzioni relativi alla crioconservazione e alla ricerca sugli embrioni, così come previsti nel disegno di legge n. 1514, violino il primo comma sia dell'articolo 9 sia dell'articolo 33 della Costituzione.

Nel caso degli embrioni soprannumerari, la libertà di ricerca, infatti, non viene sacrificata per garantire il diritto alla vita del concepito, pure costituzionalmente garantita, ma per impedire la stessa ricerca su un'entità che, non potendo essere impiantata, non potrà mai tradursi in una nuova vita.

2.8. *Il divieto di interventi di clonazione di cui alla lettera c) del comma 3 dell'articolo 13 può rappresentare un blocco rispetto alla tecnica del trasferimento nucleare di cellule staminali autologhe approvata all'unanimità dalla Commissione Dulbecco*

Il tassativo divieto di interventi di clonazione mediante trasferimento di nucleo o di scissione precoce dell'embrione o di ectogenesi, non solo a fini procreativi, ma anche di ricerca, contenuto nel comma 3, lettera c), dell'articolo 13, rischia di rappresentare un blocco al trasferimento nucleare per la pro-

duzione di cellule staminali autologhe (TNSA).

La nuova tecnica del trasferimento nucleare per la produzione di cellule staminali autologhe è stata raccomandata nelle conclusioni del rapporto della Commissione Dulbecco prima ricordata «perchè offre la prospettiva di risolvere le esigenze quantitative così come di superare i problemi di compatibilità immunologica».

«Queste cellule staminali - si legge nel rapporto - vengono ottenute mediante riprogrammazione genetica per trasferimento di nuclei di cellule somatiche in citoplasti artificiali umani e/o animali purchè non comporti lo sviluppo di embrioni umani (TNSA). Nel caso di citoplasti umani viene previsto esclusivamente lo sviluppo di stipiti cellulari tessuto specifici».

E proprio perchè è in grado di evitare l'avvio della formazione dell'embrione, la Commissione, all'unanimità, aveva considerato questa tecnica esente da problemi etici.

Tale giudizio appare di grande rilevanza sol che si pensi al fatto che della Commissione erano autorevoli membri il Cardinale Ersilio Tonini e l'attuale Ministro della salute, il professor Girolamo Sirchia.

Nella pubblicistica comune, peraltro, questa procedura viene chiamata clonazione terapeutica, termine certamente impreciso, ma che può ingenerare equivoci.

Ora il fatto che alla lettera c) del comma 3 dell'articolo 13 si usi *tout court* il termine clonazione a fini di ricerca, mediante trasferimento di nucleo, rappresenta una formulazione che sembra ricomprendere anche il TNSA.

Nella migliore delle ipotesi verrebbe da osservare che il linguaggio usato nell'articolo è così impreciso che rende difficile capire che cosa viene vietato e che cosa permesso. Poichè peraltro la logica oscurantista è sottesa a tutto il disegno di legge, non credo che la preoccupazione che ho manifestato circa il fatto che con questa norma ci si muova nella logica esattamente contraria a

quella suggerita dal rapporto Dulbecco possa esser considerata una maligna considerazione.

Appare quindi indispensabile chiarire l'esatta portata della norma, riscrivendola in modo da non consentire equivoci, se non si vuole contraddire un'altra affermazione condivisa all'unanimità dalla Commissione Dulbecco, quella cioè che: «il potenziale di applicazione terapeutica della ricerca sulle cellule staminali è di notevole interesse e potrebbe condurre ad una vera e propria rivoluzione in medicina, superiore persino, nei suoi effetti sulla salute della gente, a quella rappresentata dalla scoperta degli antibiotici».

Rifiutarsi di modificare anche questo punto vorrebbe dire che si intende mantenere in vita una disposizione che rappresenterebbe un altro grave *vulnus* all'articolo 33 della Costituzione.

Vorrebbe dire introdurre gravi limiti alla nostra ricerca medico-biologica e accrescere i costi che dovremo sostenere per acquisire brevetti e prodotti farmaceutici dall'estero.

2.9. L'obbligo di non produrre più di tre embrioni, che devono essere impiantati contemporaneamente. Le ragioni mediche che rendono pericoloso per la donna quest'obbligo e che riducono le possibilità di successo della PMA

L'articolo 14 del disegno di legge pone dei limiti all'applicazione di una tecnica sanitaria, tali da triplicarne i rischi.

Al comma 2 viene, infatti, stabilito: «Le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica [...], non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre».

Si stabilisce quindi che non si possono fecondare più di 3 ovociti in ogni ciclo di concepimento assistito e tutti e tre devono essere contestualmente trasferiti.

Ciò implica una notevole diminuzione delle percentuali di successo del trattamento. A tal proposito i medici hanno calcolato che, in media, ogni donna dovrebbe triplicare i cicli di fecondazione medicalmente assistita, e conseguentemente rischi e disagi, per ottenere le stesse percentuali di gravidanza.

Rischi e disagi consistenti nella sindrome da iperstimolazione ovarica potenzialmente pericolosa sia per la salute sia per la vita della donna, e in rischi chirurgici collegati al prelievo di ovociti (infezioni, sanguinamenti, e rischi connessi all'anestesia), tutti potenzialmente pericolosi per la salute e per la vita della donna.

Se questi sono i rischi e i disagi più gravi, che peraltro si manifestano raramente, ve ne sono altri minori, ma che praticamente sempre si traducono in vari disturbi transitori, dovuti all'assunzione di ormoni, sia dal punto di vista fisico che dal punto di vista psichico.

Questi ultimi, in caso di trattamenti reiterati, possono provocare gravi conseguenze sulla stabilità psicologica della donna e minare il rapporto con il *partner*.

Nel caso poi che tutti e tre gli ovociti fecondati risultino idonei al trasferimento, tutti e tre dovrebbero essere trasferiti con un notevole rischio per la salute della gravida e dei gemelli.

Il tutto effettuato, spesso, su una donna perfettamente sana che si sottopone a trattamento di fecondazione medicalmente assistita a causa della sterilità del marito.

La norma introdotta deriva anch'essa dal mancato bilanciamento tra i due interessi costituzionalmente protetti: il diritto dell'embrione e il diritto alla salute della donna. Il diritto alla salute della donna viene cioè sacrificato per la preoccupazione di non dare vita ad embrioni che non vengano poi impiantati.

E in questa logica si vorrebbe imporre al medico di utilizzare una metodologia non solo non ottimale, ma addirittura tale da es-

sere contraria alla deontologia e all'etica medica.

Ha dichiarato in proposito il dottor Luca Gianaroli in occasione delle audizioni svolte dalla 12^a Commissione:

«In qualunque campo della medicina e della chirurgia, una pratica che adotta una metodologia che, non per scopi sanitari, diminuisce le possibilità di successo rispetto a quelle che potrebbe garantire, sarebbe passibile di denuncia alla autorità giudiziaria per quella che comunemente si definisce malasanità.

Dal punto di vista scientifico, a seguito della fecondazione, si ha la formazione dei cosiddetti "zigoti" che si distinguono dagli embrioni per il fatto che il patrimonio genetico della coppia non si è ancora fuso formando un nuovo e originale patrimonio genetico.

Come precedentemente affermato, è stato scientificamente dimostrato che [...] in coppie perfettamente fertili la percentuale di zigoti che arriva allo stadio di embrioni è inferiore al 40 per cento (si deve ritenere dunque che per le coppie con problemi di sterilità la percentuale sia nettamente inferiore); in casi rarissimi lo zigote non dà luogo alla formazione di embrione ma di un tumore maligno incurabile. A comprova di ciò il fatto che le istituzioni statali (giudici, vari poteri amministrativi e lo stesso legislatore), fino ad ora, non gli hanno mai riconosciuto nè diritti nè interessi legittimi (in particolare gli zigoti non ricevono uguale tutela a quella che il presente disegno di legge garantisce, in riferimento all'adozione di quei metodi anticoncezionali che, dopo l'inseminazione dell'ovocita, ne impediscono l'attecchimento sulla parete uterina, come nel caso della spirale o della pillola del giorno dopo).

Alla luce di questa norma, che appare viziata d'incostituzionalità per violazione dell'articolo 32, comma primo, della Costituzione, si può dire, senza timore di smentite, che la Repubblica non tutela la salute della donna nel massimo grado che le sarebbe pos-

sibile e le impone, per vincere il proprio stato di infertilità, un trattamento sanitario non adeguato alle tecniche applicabili attualmente in uso, e fa ciò per tutelare l'interesse dello zigote ad una possibilità di vita che non gli è riconosciuta al di fuori dei trattamenti di concepimento assistito».

2.10 *Le disposizioni transitorie rischiano di rendere inapplicabile la legge e violano le norme sulla privacy*

Le disposizioni finali e transitorie contenute nel disegno di legge rischiano di renderla inapplicabile e possono comunque essere impugnate per violazione della *privacy*.

In particolare l'articolo 16, che riconosce l'obiezione di coscienza, appare invero contraddittorio col fatto che la fecondazione medicalmente assistita viene dal disegno di legge stesso riconosciuta come un trattamento sanitario. A differenza dell'aborto, qui non si tratta di sopprimere un feto, ma di concorrere alla nascita di una nuova vita, cosa che difficilmente può giustificare l'obiezione.

Ma anche ammesso che sul piano concettuale si possa riconoscere un diritto all'obiezione di coscienza in questa materia, nel caso di strutture autorizzate che avessero come unico e specifico scopo quello di provvedere alla pratica della fecondazione medicalmente assistita (e il disegno di legge questo contempla esplicitamente), sarebbe davvero incongruo riconoscere il diritto all'obiezione di coscienza al personale di queste strutture, finalizzate a praticare la fecondazione medicalmente assistita.

Farlo significherebbe rendere sin d'ora inapplicabile la legge.

Il comma 1 dell'articolo 17 è anch'esso tale da vanificare l'applicazione della legge, giacchè, in caso d'inerzia delle amministrazioni regionali o delle province autonome, sarebbe impedita qualsiasi attività di concepimento assistito, pur in osservanza delle disposizioni del presente disegno di legge.

L'articolo 10 prevede, infatti, che regioni e province autonome definiscano con proprio atto i requisiti per l'autorizzazione alle strutture entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge; ma si tratta di un termine chiaramente ordinatorio, che non può essere imposto in forma cogente alle regioni e alle province.

Ora nell'articolo 17 non si dice, come coerentemente si dovrebbe, che 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, possono svolgere la loro attività sino a che la regione, sulla base dei requisiti dalla stessa definiti, abbia rilasciato o negato l'autorizzazione. Si prevede, invece, che gli stessi centri possano svolgere la loro attività solo entro il termine, questo sì perentorio, del nono mese successivo alla data di entrata in vigore della legge.

Ne deriverebbe che la possibilità di svolgere attività di fecondazione medicalmente assistita verrebbe interrotta in quelle regioni che non definissero i requisiti e conseguentemente non provvedessero alle autorizzazioni, o comunque non lo facessero nel termine prescritto, non potendo l'autorizzazione sanitaria, per costante giurisprudenza, sorgere da un silenzio-rifiuto avendo natura concessoria.

Per quanto riguarda, poi, la protezione dei dati personali, mi basta riportare le osservazioni fatte dal Presidente dell'Autorità per la tutela dei dati personali, professor Stefano Rodotà, alla 12^a Commissione:

«Destano preoccupazione il previsto inserimento nel registro istituito dall'articolo 11, comma 1, dei dati riguardanti gli "embrioni formati" e i nati con le tecniche di procreazione medicalmente assistita, così come la previsione riguardante l'obbligo di comunicare al Ministero della salute l'elenco di tutti coloro che, prima dell'entrata in vigore della nuova legge, hanno fatto ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita a seguito delle quali sono stati for-

mati gli embrioni (articolo 17, comma 2). La creazione di un autonomo registro, parallelo a quello dello stato civile e riguardante i soli nati grazie alle tecniche di procreazione assistita, può costituire la base per considerare tali persone come un gruppo destinato ad essere sottoposto ad una particolare "attenzione", con possibili effetti di stigmatizzazione sociale, se non di vera e propria discriminazione. L'ulteriore "schedatura" prevista dall'articolo 17, comma 2, appare inquietante, poichè si riferisce a soggetti che hanno tenuto comportamenti all'epoca assolutamente leciti, sì che risulta del tutto inadeguata la copertura cercata con un generico riferimento al "rispetto delle vigenti disposizioni sulla tutela della riservatezza e dei dati personali".

Piuttosto, dev'essere sottolineata la necessità di più specifici e puntuali richiami della legge 31 dicembre 1996, n. 675, per quanto riguarda il trattamento delle diverse categorie di dati personali raccolti in occasione del ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, tenendo ben presente la diversità di disciplina nei casi in cui gli interventi siano effettuati presso strutture pubbliche o, invece, presso strutture private».

Un'ultima annotazione. Il comma 3 dell'articolo 17 prevede che, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge, il Ministro della salute definisca con proprio decreto le modalità e i termini di conservazione degli embrioni prodotti prima della data di entrata in vigore della nuova normativa.

Anche questa disposizione sembra di difficile applicazione, salvo che il Ministro non voglia commettere un reato o incorrere in un illecito amministrativo.

Infatti, senza prevedere un'esplicita deroga alle previsioni contenute negli articoli 12, 13 e 14 del disegno di legge, che altrimenti rappresenterebbero un vincolo insuperabile, il Ministro non potrà disporre il trasferimento di detti embrioni, nè la crioconservazione, nè la loro utilizzazione a fini di ricerca.

3. Conclusioni

Ho cercato di rendere conto in questa relazione solo delle più rilevanti obiezioni che un'attenta lettura del disegno di legge sulla procreazione medicalmente assistita suggerisce, alla luce anche di quanto emerso dalle audizioni svolte dalla Commissione Igiene e Sanità.

Altre questioni evidenzierò nel corso della discussione sugli emendamenti.

Quello che qui mi preme sottolineare è che le critiche che ho sollevato non sono frutto di un esasperato laicismo. Non a caso, non ho affrontato alcuni aspetti, come quello relativo alla possibilità di ricorso alle tecniche della PMA da parte di soggetti diversi dalle coppie eterosessuali coniugate o conviventi, che so rappresentare uno degli argomenti più controversi.

Sono infatti consapevole che, su un tema delicato e complesso come quello che stiamo discutendo, nessuno possa cercare di imporre in modo assoluto i propri convincimenti, ma che vada piuttosto ricercato un punto di equilibrio su cui sia possibile realizzare un comune sentire.

Il fatto che le osservazioni sulle incongruenze contenute in questo testo siano fondate mi sembra trovi conferma in una dichiarazione resa al «Corriere della Sera» del 19 settembre 2002 dal relatore di maggioranza, il collega Tredese, il quale ha affermato: «Così come è adesso, la legge è inapplicabile, contiene delle assurdità. Bisogna correggerla, altrimenti ci troveremo tra le mani regole inutili».

Mi sembra, però, che, se uno sforzo di reciproca comprensione deve essere fatto, occorre che, in un franco dibattito in Aula, si superi, da parte della «trasversale» maggioranza che ha difeso il disegno di legge in Commissione, l'idea di non modificare un testo che sembra non convincere nemmeno chi all'Aula lo illustra.

Un autorevole collega, il Presidente del gruppo dell'UDC, senatore D'Onofrio, ha af-

fermato in quest'Aula il 25 giugno scorso, nel corso del dibattito sul cosiddetto indulgino:

«Noi abbiamo cercato di tradurre [...] le indicazioni della dottrina sociale della Chiesa se le riteniamo convergenti con gli interessi generali del Paese in quanto laici.

La laicità della politica è un insegnamento di straordinario rilievo che purtroppo constatiamo essere ancora oggi non sufficientemente vissuto da partiti e gruppi politici che hanno altre idolatrie: dello Stato, della classe, di un territorio; sono tutte idolatrie che non condividiamo, con le quali abbiamo grandi difficoltà a convivere [...] Noi non siamo eredi di una cultura di idolatrie, ma della laicità dello Stato.

Abbiamo avuto e abbiamo grande rispetto per le parole del Santo Padre, [...] ma non abbiamo mai avuto l'intenzione di tradurre in leggi gli orientamenti o gli insegnamenti della Chiesa cattolica [...]. In questa patria l'esperimento dei cattolici in politica ha innestato una cultura della laicità, della quale siamo orgogliosi».

Sono parole nobili ed alte.

Se esse rispondono, come sono certo, alle convinzioni dei senatori dell'UDC, che appartengono alla tradizione dei cattolici liberali, essi per primi dovrebbero riflettere sull'opportunità di varare delle norme, che forse rispettano le parole del Santo Padre, ma non rispondono all'esigenza di laicità dello Stato in quanto stabiliscono divieti che nella coscienza del credente, non in leggi dello Stato, devono trovare fondamento.

I limiti che con questo disegno di legge si vorrebbero porre alla possibilità di ricerca, oltre tutto, non sono solo stati denunciati dai 1.700 medici e scienziati che hanno firmato l'appello dell'associazione Luca Coscioni per chiedere che almeno sia consentita la ricerca sulle cellule staminali embrionali umane ottenute con la tecnica del TNSA prevista dal rapporto Dulbecco.

Essi contraddicono anche le voci più aperte del mondo cattolico che cercano di

conciliare lo sviluppo della ricerca con i problemi etici, come quella dei ricercatori dell'Università Cattolica di Lovanio, in Belgio, che hanno preso posizione, in un documento pubblicato il 7 ottobre dello scorso anno, a favore della ricerca sulle cellule staminali embrionali, dichiarando che «se l'intangibilità dell'embrione umano costituisce un dovere etico, anche la ricerca per diminuire o debellare la sofferenza di tanti malati oggi incurabili rappresenta un dovere etico» e si sono pronunciati per la clonazione terapeutica.

A proposito dei limiti della ricerca posti in nome della morale mi appare opportuno, avviandomi alla conclusione, ricordare le parole dell'attuale Presidente del Senato che, in un mirabile intervento proprio su questo tema, nella passata legislatura, nella seduta n. 805 del 22 marzo 2000, ebbe ad affermare:

«Non sono convinto che esista una sola morale. I cattolici replicano che in realtà esiste una sola morale naturale, quella della parola di Dio. A chi mi risponde così e sulla base di questa considerazione fa una scelta a favore di questa legge, dico che per colui che crede in Dio la parola di Dio certamente è una, ma non univoca. Ciò che era morale nel nome della parola di Dio qualche tempo fa [...] è diventato poi immorale; quello che si è esaltato è diventato ciò che si è poi esecrato o per il quale si è chiesto perdono [...] Chiedere perdono successivamente o ricono-

scere un errore sta a significare che quella morale non era l'unica possibile, perchè altre interpretazioni dell'unica parola di Dio erano possibili. Non riesco a comprendere la motivazione a favore o contro questa legge sulla base di una scelta religiosa [...].

Anche uno Stato laico, certamente, [...] fa delle scelte morali: qualunque disciplina normativa si approvi, sottesa ad essa vi è una scelta morale. Ciò che sarebbe auspicabile è compiere il minor numero possibile di scelte morali, perchè le scelte morali dello Stato incidono sulla libertà dei cittadini».

Ecco il punto.

Evitiamo norme che incidono sulla libertà dei cittadini, con divieti e sanzioni immotivate.

Evitiamole nel rispetto di tutte le convinzioni, religiose, morali e politiche.

Evitiamole, perchè non si debba più chiedere perdono a Galileo. Evitiamole perchè non vogliamo uno Stato etico di cui conosciamo le nefaste conseguenze.

Accogliamo l'appello di Emanuele Severino: «La morale, laica o religiosa, deve trovare argomenti più convincenti [di quelli sinora usati] per arginare la tecnica e pretendere di guidarla».

Se esistono, questi argomenti vanno ricercati nel dialogo, evitando di ritenerci interpreti assoluti della verità.

DEL PENNINO, *relatore di minoranza*

