

## **Società Italiana della Riproduzione Umana**

Via Federico Cesi 21, 00193 Roma

[info@siru.it](mailto:info@siru.it)

[segreteria@siru.it](mailto:segreteria@siru.it)

[www.siru.it](http://www.siru.it)

TEL. +393490753000



### **PROPOSTA**

#### **RELATIVA ALLA POSSIBILITA' DI PREVEDERE UN INDENNIZZO PER I DONATORI DI CELLULE RIPRODUTTIVE**

##### **Premessa**

Come noto, con Sentenza della Corte Costituzionale n. 162/2014 [1] è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale della legge 40/2004 [2], all'art. 4, comma 3, nella parte in cui stabilisce, per la coppia di cui all'art. 5, comma 1, il divieto del ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo, qualora sia stata diagnosticata una patologia che sia causa di sterilità o infertilità assolute ed irreversibili. A seguito di tale declaratoria sono stati avviati anche gli iter amministrativi, sia da parte del Governo che delle Regioni per consentire l'accesso da parte delle coppie che ne avessero necessità a tale tipo di cura. Iter solo recentemente completatosi con l'emanazione del DPR 23.08.2019 n. 131 [3].

In forza dell'Intervento della Corte Costituzionale, già dal 2014 i Centri autorizzati di PMA hanno ripreso ad applicare le terapie per l'infertilità che richiedono l'utilizzazione di gameti di donatori esterni.

E' utile richiamare all'attenzione sull'art. 49 (Donazione di cellule riproduttive) del DCPM 12 gennaio 2017[4] che aggiorna l'elenco dei Livelli essenziali di assistenza includendo anche le prestazioni di fecondazione di tipo eterologo, e che prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisca la selezione dei donatori di cellule riproduttive e l'attività di prelievo e distribuzione delle cellule, in conformità a quanto previsto dalla direttiva 2006/17/Ce, come modificata dalla direttive 2012/39/UE e dai successivi decreti di recepimento.

Al riguardo, la maggiore difficoltà incontrata è stata sicuramente quella dell'indisponibilità in Italia di gameti, in particolare di ovociti. Tale difficoltà è efficacemente fotografata dalla Relazione del Ministro della Salute sull'applicazione della L. 40/2004 del 2019 [5] nella quale, con riferimento ai dati raccolti nel 2017 può vedersi come per i trattamenti di 1° livello su 743 cicli di inseminazione intrauterina 646 (86,9%) sono stati eseguiti con liquido seminale importato da banche estere e 97 (13,1%) sono stati effettuati con seme dello stesso centro; nei 6771 trattamenti di fecondazione in vitro di 2° livello, gli 839 in cui si è ricorsi alla donazione di seme 658 (78,4%) sono stati eseguiti con seme importato da banca estera e 181(21,6%) con seme da stesso centro di PMA, nei 3149 cicli di fecondazione in vitro con donazione di ovociti, 3035 (96,6%) sono stati eseguiti con ovociti importati da banca estera e 114 (3,4%) con ovociti da stesso centro; nei 2783 trattamenti con embrioni crioconservati dopo una donazione di gameti, in 2702 (97,2%) cicli gli embrioni sono stati formati da gameti provenienti da banca estera, in 77 trattamenti (2,8%) gli embrioni sono stati formati da gameti provenienti da medesimo centro e in 4 (0,14%) trattamenti gli embrioni sono stati formati da gameti provenienti da banca nazionale /regionale. Tutti i suddetti trattamenti con donazione di gameti sono stati eseguiti: quelli di 1°livello in 62 Centri e rispettivamente 35 trattamenti in 4 strutture pubbliche, 43 in 3 strutture private convenzionate e 640 in 53 strutture private; quelli di 2° livello in 91 Centri e rispettivamente 593 in 10 strutture pubbliche, 644 in 7 strutture private convenzionate e 5534 in 74 strutture private. Per quanto riguarda la provenienza dei gameti sono state compilate e inviate agli uffici competenti 409 comunicazioni di importazione liquido seminale per 3.063 criocontenitori provenienti da Spagna, Danimarca e Svizzera nel 96% dei casi; 444 comunicazioni di importazione ovociti per 6731 criocontenitori provenienti nel 96,8% dei casi dalla Spagna; 121 comunicazioni di importazione embrioni per un totale di 2632 criocontenitori provenienti da Spagna, Repubblica Ceca e Ucraina nel 97,4% dei casi. Tali dati riferiti tutti al 2017 (ultima relazione disponibile) sono in ulteriore crescita, come si potrà constatare dalla prossima relazione che comunque farà necessariamente riferimento all'anno 2018.

Come già indicato, attualmente l'approvvigionamento dei gameti avviene attraverso banche estere. Tale approvvigionamento viene effettuato da parte delle strutture private a carico dei pazienti, mentre le strutture pubbliche, e quindi con il sostegno del sistema sanitario regionale, attraverso l'effettuazione di bandi di gara pubblici o avvisi di manifestazione di interesse pubblico predisposti da Aziende sanitarie o dalle Regioni. Va immediatamente

chiarito che l'approvvigionamento riguarda tutto il processo di selezione e screening dei donatori, prelievo, crioconservazione dei gameti, in conformità con la normativa italiana ed europea. Sono stati conseguentemente stanziati fondi pubblici considerevoli, come si rileva dai singoli bandi tutti pubblicati in Gazzetta Ufficiale. Dal 2016 al 2019 le Regioni che si sono mosse in tal senso per poter garantire le prestazioni di fecondazione eterologa, sono: Toscana, Emilia-Romagna, Lazio, Piemonte, Lombardia, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Veneto. Altre Regioni, in quanto commissariate o in fase di rientro, non hanno potuto procedere autonomamente ma al fine di erogare la prestazione consentono la mobilità sanitaria e quindi – anche se indirettamente – ne sostengono economicamente i costi.

La difficoltà a reperire gameti di donatori in Italia è da attribuire a vari fattori. Sicuramente l'Italia, differentemente da altri paesi nei quali le procedure terapeutiche cd. "eterologhe" sono sempre state consentite, ha dovuto scontare un gap culturale legato al divieto protrattosi per oltre dieci anni. Ovviamente il divieto prolungatosi per tanto tempo ha ingenerato nella popolazione un'idea negativa di tali protocolli terapeutici, oggi non riequilibrata da adeguate campagne di sensibilizzazione che mostrino, invece, il valore positivo della donazione [6,7]. Ma non può sottacersi che ad influire pesantemente sulla disponibilità di donatori, e in particolare di donatrici di ovociti, sia l'onerosità, da un punto di vista del sacrificio personale che sotto quello del costo sociale di tale donazione, non compensata da alcuna forma di equo indennizzo [8] pur rimanendo per gli stessi in prima battuta altruistico [9].

La donna che sia disponibile a donare i propri ovociti deve, infatti, sottoporsi a numerosi colloqui con i medici e, auspicabilmente con lo psicologo, a diversi screening ed esami diagnostici, alla stimolazione ovarica e al prelievo ovocitario. Queste attività richiedono settimane, comportando, oltre a un sacrificio individuale, anche la perdita di giornate lavorative o di studio e di formazione personale. Per semplicità esplicativa è stata predisposta una tabella che illustra le attività collegate alla donazione ovocitaria e i relativi **tempi**.

Può senza dubbio affermarsi, quindi, che in mancanza di un equo indennizzo per il **tempo** impiegato per la donazione, alla donna venga richiesto un sacrificio eccessivo che si sostanzia oltreché nell'affrontare a titolo gratuito e con spirito di liberalità i fastidi necessariamente legati alla stimolazione ovarica e al prelievo ovocitario anche la perdita strettamente connessa al **tempo** dedicato al percorso dell'ovodonazione [10, 11].

## Normativa Comunitaria di riferimento e possibile applicazione in Italia

Nella normativa Europea la possibilità di indennizzo è prevista dall'art. 12 della Direttiva 2004/23/CE [12] che recita: *“Gli Stati membri si adoperano per garantire donazioni volontarie e gratuite di tessuti e cellule. I donatori possono ricevere un'indennità, strettamente limitata a far fronte alle spese e agli inconvenienti risultanti dalla donazione. In tal caso, gli Stati membri stabiliscono le condizioni alle quali viene concessa l'indennità...”*

Si tratta di una norma a carattere generale riguardante qualsiasi donazione di tessuti e cellule che sembrerebbe solo parzialmente recepita dal D.Lgs 191/2007 [13] che all'articolo 12 fa riferimento solo al principio di gratuità.

Tuttavia, il richiamo della possibilità di prevedere forme di indennità sarebbe stato ridondante posto che nel nostro ordinamento l'applicazione del principio di gratuità non contrasta con la corresponsione di somme a titolo di indennizzo qualora ciò sia giustificato dalla particolare onerosità dell'attività richiesta.

Nell'ordinamento italiano sono peraltro previste diverse forme di indennizzo per quelle attività o prestazioni che assolvono a una funzione solidaristica e sono dirette a soddisfare un principio di equità.

In proposito può richiamarsi quanto deciso dalla Corte Costituzionale con Ordinanza 1073 del 1988 [14] e, più recentemente, con Sentenza n. 2018 del 2018 [15] riguardo all'indennizzo dato al Tutore ai sensi dell'art. 379 c.c., qualora sia chiamato a compiere attività particolarmente onerose.

Anche in tal caso, infatti, il pagamento dell'indennizzo non influisce sulla gratuità della prestazione rappresentando non una remunerazione, ma il ristoro del **tempo** richiesto al tutore in ragione della natura particolarmente onerosa dell'attività svolta.

Analogamente, nel caso di specie, nel rispetto della normativa Europea, e segnatamente della Direttiva 2004/23/CE [12], ben può prevedersi un indennizzo che compensi il maggior sacrificio richiesto alle donatrici di ovociti per il **tempo** impiegato nell'ovodonazione, senza snaturare la natura gratuita e liberale della donazione stessa.

Ciò non contrasterebbe nemmeno col divieto di commercializzazione dei gameti previsto dall'art. 12 comma 6 della L. 40/2004 [2] stante la differente funzione dell'indennizzo rispetto a qualsiasi forma di corrispettivo o compenso.

Quanto alla misura dell'indennizzo a questa potrebbe applicarsi il criterio previsto nell'art. 137 comma 3 del Codice delle assicurazioni private (D.lgs. 07.09.2005 n. 209) [16] che individua nel triplo della pensione sociale il risarcimento minimo da attribuire **al tempo di** invalidità temporanea sofferta dal soggetto danneggiato, quando non sia dimostrata una differente perdita economica. Si tratta, quindi, di un criterio generale individuato dalla legge a fini risarcitori per indennizzare il soggetto danneggiato del **tempo** di inattività dovuto al sinistro (che nell'ipotesi risarcitoria si somma con le altre voci del risarcimento quali danno morale, eventuale invalidità parziale o totale etc.). Nel caso in esame, quindi, rappresenterebbe un indennizzo per il **tempo** impiegato, permanendo la liberalità per ogni altro aspetto dell'ovodonazione (privazione del proprio ovulo in favore della coppia donataria, fastidi e sofferenze dipendenti dalla stimolazione ovarica, dagli screening, dagli esami e accertamenti diagnostici, dal prelievo ovocitario).

In considerazione della misura attuale della pensione sociale: 459,83 €, si determinerebbe una diaria di 45,98 €, che andrebbe incrementata delle eventuali spese vive sostenute per spostamenti e soggiorno. Tale indennizzo andrebbe corrisposto in via forfettaria per n. 23 - 26 giorni come da tabella che si allega (Tabella 1 e 2).

### **Che cosa avviene negli altri Paesi dell'Unione Europea**

La forma di indennizzo sopra proposta sarebbe coerente con quanto avviene anche negli altri paesi europei che hanno previsto forme di indennizzo per i donatori di gameti. Ovviamente, anche in tali paesi la norma di riferimento è la Direttiva 2004/23/CE [12] sicché la donazione dei gameti rimane atto di liberalità compiuto a titolo gratuito mentre l'indennizzo è finalizzato a *“far fronte alle spese e agli inconvenienti risultanti dalla donazione”*. Per quanto riguarda le cellule riproduttive, 17 Stati membri (AT, BE, BG, CZ, DK, EE, ES, FI, FR, HU, LV, NL, PT, SE, SI, SK, UK e la Norvegia) hanno riferito [17] di aver fornito una forma di indennizzo per donatori viventi di cellule riproduttive. La Grecia non ha fornito risposte alla sezione relativa ai donatori di cellule riproduttive. Degli 11 paesi che non prevedono compensi per i donatori di gameti,

quattro Stati membri (DE, LT, LU, MT) e Liechtenstein hanno indicato che, al momento dell'indagine, la donazione da non partner non è consentita a livello nazionale e un membro, la Germania ha riferito di consentire la donazione di spermatozoi da non partner, ma non la donazione di ovociti. Uno Stato membro (Polonia) ha riferito che la donazione di gameti non era ancora regolamentata.

In ordine di classificazione, le pratiche più comuni sono il rimborso dei costi relativi al viaggio da e verso il luogo della donazione (BE, BG, CZ, DK, FI, FR, HU, SI, SK e NO); il risarcimento relativo a perdita di guadagno (BE, BG, CZ, EE, FR, NL, SE, SK); la corresponsione ai donatori di una somma fissa di denaro / somma forfettaria indipendentemente dai costi effettivi, stabilita / decisa dagli istituti dei tessuti stessi (AT, BE, CZ, EE, NL, SE, SK) o a livello nazionale (CZ, DK, FI, HU, SI, UK); il rimborso delle spese mediche (ad es. Ricovero ospedaliero, cure mediche) (DK, ES, FI, PT, UK); la compensazione per gli inconvenienti legati alla donazione (BG, CZ, DK, LV). Alcune pratiche sono state segnalate solo da due o tre Stati membri. Ad esempio, tre Stati membri (Bulgaria, Lettonia, Slovenia) hanno offerto il **tempo** libero nei settori sia pubblici che privati e fornito rinfreschi, mentre due Stati membri (Bulgaria, Lettonia) hanno descritto di fornire piccoli token. Un ulteriore approfondimento diagnostico oltre a quanto richiesto per la donazione è stato segnalato da due Stati membri (Bulgaria, Slovenia). Altri due Stati membri (Repubblica Ceca, Francia) hanno indicato di esentare completamente i donatori dai costi medici associati alla donazione. Nel Regno Unito i donatori possono ricevere uno sconto per il proprio trattamento di fertilità se gli ovociti/embrioni inutilizzati vengono donati a un altro individuo/coppia (descritto come condivisione di uova o embrioni) [18].

Non vengono consegnati buoni alimentari ai donatori di cellule riproduttive in nessuno dei paesi dichiaranti. Non sono state segnalate "altre pratiche".

Come nel caso dei donatori viventi di tessuti e cellule non riproduttive, è necessario sottolineare che la stessa pratica può avere interpretazioni diverse nei vari Paesi UE.

Ad esempio, pratiche come il controllo medico gratuito, il rimborso o la completa esenzione delle spese mediche, il rimborso delle spese associate al viaggio al centro di donazione e la concessione di un **tempo** libero dal lavoro sono state considerate indennità o incentivi. Un numero limitato di Stati membri ha fornito informazioni sull'equivalente medio / massimo del denaro corrispondente a ciascuna pratica applicata a livello nazionale. Ad esempio, la Slovenia

ha riferito che le spese mediche coperte dall'assicurazione sanitaria per singola procedura medica sono state stimate tra 900 e 1800 € per la donazione di ovociti e fino a 135 € per la donazione di spermatozoi. In Bulgaria, le spese relative ai viaggi da e verso il sito di donazione sono rimborsate fino a 40 € per i donatori di ovociti. In Slovenia, ciò può arrivare a 250 € per i donatori di ovociti e 125 € per i donatori di sperma. La Lettonia ha indicato che la compensazione per gli inconvenienti connessi alla donazione varia da 751 a 854 € per i donatori di ovociti e da 113 a 280 € per i donatori di sperma. I dati comunicati da otto Stati membri in merito alle somme forfettarie fornite ai donatori di ovociti e spermatozoi stabiliti a livello locale (dagli istituti dei tessuti responsabili dell'approvvigionamento) e a livello nazionale sono presentati nella figura sottostante.

| Fixed sum of money (lump sum) established at national level |                    |                    |                   |                   |
|---|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| COUNTRY   | OOCYTE DONATION    |                    | SPERM DONATION    |                   |
|   | Average amount (€) | Maximum amount (€) | Average amount(€) | Maximum amount(€) |
| Denmark   | 320                | 320                | 40                | 67                |
| Finland   | 250                | 250                |                   |                   |
| Portugal  | 628,83             | 628,83             | 41,92             | 41,92             |
| Spain   |                    | 900                |                   | 100               |
| United Kingdom  |                    | 898                |                   | 42                |

b)

| Fixed sum of money (lump sum) established at local level |                    |                    |                   |                   |
|--|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| COUNTRY  | OOCYTE DONATION    |                    | SPERM DONATION    |                   |
|  | Average amount (€) | Maximum amount (€) | Average amount(€) | Maximum amount(€) |
| Slovakia   | 500                | 500                | 50                | 50                |
| Sweden*  | 700                | 1200               | 200               | 400               |
| Bulgaria   | 1000               | 1500               | 50                | 200               |

\* The maximum value provided by Sweden refers to an on-going project in the Skåne region offering a higher compensation for oocyte donation (25 % of the PBA) than the other regions. The lump sum for sperm donation is provided for 4 to 10 donations

*Fig. 13. The average and maximum amount of the lump sums provided as compensation to oocyte and sperm donors: a) established locally (by the tissue establishments responsible for procurement) and b) decided at national level (2014 data)*

Figura 1 [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood\\_tissues\\_organs/docs/swd\\_2016\\_128\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/swd_2016_128_en.pdf)

In Spagna, la Legge 14/2006 [19] prevede che la donazione sia anonima e gratuita ma nel contempo stabilisce che venga corrisposto un indennizzo per i fastidi arrecati alla persona e

all'attività lavorativa. La quantificazione di questi indennizzi viene rimessa ai singoli Centri e normalmente ammonta a 1000/1.200 €.

## **Conclusioni**

La soluzione prospettata di consentire alle donatrici di ovociti un indennizzo per gli ulteriori inconvenienti della donazione individuabili nel **tempo** impiegato e negli eventuali costi vivi sostenuti, si armonizzerebbe con quanto previsto dalla Legislazione Europea (Art. 12 Direttiva 2004/23/CE [12] e con quanto operato in altri Paesi dell'Unione, rispettando i principi basilari della nostra legislazione interna e lasciando inalterata la gratuità della donazione accompagnata da un indennizzo finalizzato a non renderla eccessivamente onerosa per la donatrice.

La quantificazione economica, collegata ad un criterio già previsto dalla nostra legislazione per indennizzare l'inabilità temporanea dovuta a sinistri elimina il rischio di incertezza o di arbitrarietà nella determinazione degli indennizzi in oggetto e li collega direttamente al **tempo** che la donatrice dovrà dedicare alla donazione sottraendolo ad altre attività della propria vita quotidiana.

Allo scopo, si propone che l'indennizzo determinato in forza dei criteri sopra indicati sia forfettizzato in base al calcolo del **tempo** medio della donazione che sono stati indicati nell'allegata tabella. Ciò al fine di evitare di sottoporre la donatrice all'onere di dover provare il **tempo** dedicato alla specifica donazione rendendo certa e uniforme l'applicazione di tale misura.

Analogha forma di indennizzo deve essere prevista per i donatori di gameti maschili per i quali viene allegata separata tabella riepilogativa dei tempi necessari per il compimento di tutti gli adempimenti necessari al percorso della donazione.

L'indennizzo potrà, inoltre, essere integrato col rimborso di ulteriori eventuali spese sostenute dalla donatrice per spostamenti e soggiorno.

Il sistema proposto garantirebbe una maggiore equità nel rispetto del principio di uguaglianza, come anche richiamato dalla Corte Costituzionale nella sentenza 162 del 2014.



Si auspica, quindi, che il Ministro della Salute, prendendo in considerazione tutto quanto sopra esposto, provveda, con proprio Decreto a determinare forme e modalità di indennizzo adeguate alla risoluzione dei problemi connessi alla donazione dei gameti.

## Bibliografia

1. Corte Costituzionale sentenza 162/2014, G. U. n. 26 del 18 - 06 – 2014.
2. Legge 19 febbraio 2004, n. 40 G. U. n. 45 del 24 - 02 – 2004.
3. Decreto del Presidente della Repubblica 23 agosto 2019, n. 131. GU Serie Generale n.267 del 14-11-2019.
4. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 G.U- n. 65 del 18-3-2017 Suppl. Ord. N. 15.
5. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (L. 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15) - anno 2019. Attività anno 2017 centri PMA e utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18) anno 2018.
6. Moorlock G, Ives J, Draper H. Altruism in organ donation: an unnecessary requirement?: Table 1. *J Med Ethics* 2014; 40:134–8.
7. Sauer MV, Kavic SM. Oocyte and embryo donation 2006: reviewing two decades of innovation and controversy. *Reprod Biomed Online* 2006; 12:153–62.
8. Borgstrøm MB, Nygaard SS, Danielsen AK, Kesmodel US. Exploring motivations, attitudes and experiences of oocyte donors: A qualitative study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019 Aug;98(8):1055-1062. doi: 10.1111/aogs.13583.
9. Kool EM, van der Graaf R, Bos AME, *et al.* Stakeholders views on the ethical aspects of oocyte banking for third-party assisted reproduction: a qualitative interview study with donors, recipients and professionals. *Hum Reprod* 2019; 34:842–50.
10. Kool E, van der Graaf R, Bos A, Fauser B, Bredenoord A. What constitutes a reasonable compensation for non-commercial oocyte donors: an analogy with living organ donation and medical research participation. *J Med Ethics.* 2019 Nov; 45(11):736-741. doi: 10.1136/medethics-2019-105474. Epub 2019 Aug 2.
11. Maxwell KN, Cholst IN, Rosenwaks Z. The incidence of both serious and minor complications in young women undergoing oocyte donation. *Fertil Steril* 2008; 90:2165–71.

12. Direttiva 2004/23/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004, sulla definizione di norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani. OJ L 102, 7.4.2004, p. 48–58.
13. Decreto legislativo 6 - 11 - 2007, n. 191. GU n.261 del 9-11-2007 - Suppl. Ordinario n. 228.
14. Corte Costituzionale, Ordinanza 1073/1988, GU 1ª Serie Speciale - n.50 del 14-12-1988.
15. Corte Costituzionale, Sentenza n. 2018/2018 - GU 05-12-2018 n. 48.
16. Decreto legislativo 7 - 9 - 2005, n. 209. GU n.239 del 13-10-2005 - Suppl. Ordinario n. 163.
17. COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT on the implementation of the principle of voluntary and unpaid donation for human tissues and cells (report from the commission to the European parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions on the implementation of Directives 2004/23/EC, 2006/17/EC and 2006/86/EC setting standards of quality and safety for human tissues and cells. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood\\_tissues\\_organs/docs/swd\\_2016\\_128\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/swd_2016_128_en.pdf).
18. Bracewell-Milnes T, Rajendran S, Saso S, Jones B, Platts S, Cato S, Thum MY. Investigating knowledge and perceptions of egg sharing among healthcare professionals in the United Kingdom. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019 May;236:98-104. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.03.003.
19. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. [http://www.ont.es/infesp/Legislacin/LEY\\_REPRODUCCION\\_HUMANA\\_ASISTIDA.pdf](http://www.ont.es/infesp/Legislacin/LEY_REPRODUCCION_HUMANA_ASISTIDA.pdf).

Il presente documento è stato revisionato ed approvato dall'Osservatorio giuridico della SIRU.

Hanno collaborato alla redazione del testo:

|   |   |
|---|---|
| <b>Sebastiano PAPANDEA</b> , <i>giurista</i>    | Componente Osservatorio giuridico SIRU  |
| <b>Antonino GUGLIELMINO</b> , <i>ginecologo</i> | Presidente SIRU   |
| <b>Simone PALINI</b> , <i>embriologo</i>        | Coordinatore Progetto AcQUOS e componente del Consiglio Direttivo nazionale SIRU                |
| <b>Annalisa LIPRINO</b> , <i>ginecologa</i>     | Coordinatrice Gruppo d'interesse speciale Donazione gameti e preservazione della fertilità SIRU |
| <b>Maria Paola COSTANTINI</b> , <i>giurista</i> | Coordinatrice Osservatorio giuridico SIRU   |