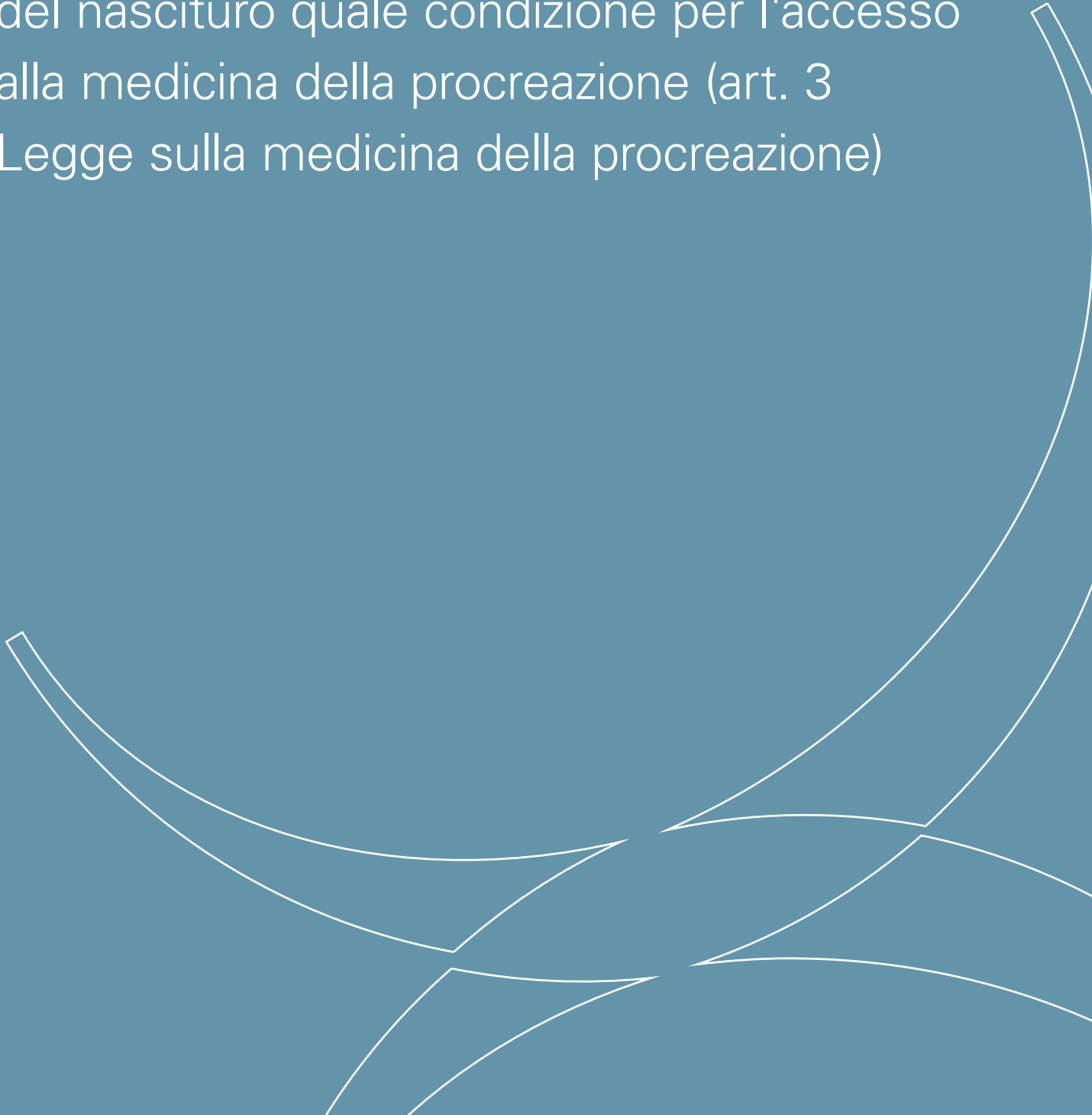


Berna, 7 dicembre 2023

Direttive relative alla tutela del benessere
del nascituro quale condizione per l'accesso
alla medicina della procreazione (art. 3
Legge sulla medicina della procreazione)



Indice

I	Introduzione	3
1.	Nozione di «benessere del nascituro»	3
2.	Scopo e oggetto delle direttive	5
II	Direttive	6
1.	Principio	7
2.	Gravi danni alla salute del nascituro	8
3.	Mantenimento ed educazione del nascituro	11
4.	Età degli aspiranti genitori	13
5.	Situazione personale degli aspiranti genitori	15
III	Allegato	17
1.	Disposizioni costituzionali e di legge	18

I Introduzione

Le questioni etiche legate alla medicina della procreazione e all'ingegneria genetica in ambito umano sono tra i temi centrali della **Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana (CNE)**. Secondo l'articolo 28 capoverso 3 lettera a della Legge sulla medicina della procreazione (LPAM), la CNE ha il compito di elaborare direttive complete della LPAM. Lo scopo delle presenti direttive è facilitare il lavoro dei decisori e contribuire a una pratica della medicina della procreazione improntata alla certezza del diritto, all'uniformità e alla responsabilità etica tramite l'esposizione dettagliata e il completamento delle disposizioni di legge atte a tutelare il benessere del nascituro che sono aperte all'interpretazione. Le direttive non prendono tuttavia posizione in merito alla legittimità etica e alla giustificabilità delle disposizioni legali.

1. Nozione di «benessere del nascituro»

La **realizzazione del desiderio di avere figli** è una questione molto personale nella quale lo Stato non deve per principio intervenire. Tuttavia, se terzi come i medici sono coinvolti nel processo di procreazione e le possibilità di riproduzione vengono influenzate dalla tecnologia, la questione si sposta dalla sfera prettamente privata a quella pubblica, diventando quindi soggetta alla regolamentazione statale.

Il legislatore svizzero ha disciplinato l'accesso ai metodi di medicina riproduttiva nella LPAM¹, tra i cui obiettivi principali figura la **tutela del benessere del nascituro**. Secondo l'articolo 3 capoverso 1 LPAM, i metodi di procreazione si possono applicare soltanto se il benessere del nascituro risulta garantito. In situazioni particolari, questo obiettivo può essere in conflitto con il desiderio di avere figli delle persone interessate. La realizzazione di tale desiderio e l'autodeterminazione nelle questioni attinenti alla procreazione sono tutelate in quanto diritti fondamentali, essendo aspetti essenziali dello sviluppo della personalità. Per risolvere i conflitti tra questi interessi, il legislatore ha limitato l'accesso ai metodi di procreazione sotto diversi punti di vista. Quale limitazione generale dell'accesso, l'articolo 3 capoverso 2 LPAM stabilisce che i metodi di procreazione si possono applicare unicamente alle coppie con le quali insorge un rapporto di filiazione nel senso degli articoli 252–263 del Codice civile (CC) e che presentano determinate caratteristiche personali.

A seconda del contesto, entrano in gioco differenti concetti giuridici in merito al benessere del nascituro: quest'ultimo è salvaguardato innanzitutto nel diritto internazionale e costituzionale da diverse **garanzie in materia di diritti umani e fondamentali**. Si tratta in particolare della Convenzione sui diritti del fanciullo² e dell'articolo 11 capoverso 1 della Costituzione federale (Cost.)³, secondo cui i fanciulli e gli adolescenti hanno diritto a particolare protezione della loro incolumità e del loro sviluppo. A livello di leggi, il benessere del nascituro riveste grande importanza soprattutto nel **diritto di famiglia**. La nozione di benessere del nascituro assume un ruolo di

1 Legge federale del 18 dicembre 1998 concernente la procreazione con assistenza medica (legge sulla medicina della procreazione, LPAM; RS **810.11**).

2 Convenzione del 20 novembre 1989 sui diritti del fanciullo, entrata in vigore per la Svizzera il 26 marzo 1997 (RS **0.107**).

3 Costituzione federale del 18 aprile 1999 della Confederazione Svizzera (RS **101**).

rilievo anche nelle discussioni e nella consulenza in materia di etica, in particolare in strutture sanitarie. In questi contesti, con la tutela del benessere del nascituro vengono garantiti i diritti individuali dei bambini dal momento della nascita. Si tratta quindi della tutela del bambino per il suo stesso bene, quale aspetto del riconoscimento della sua dignità umana.

L'adozione del benessere del nascituro quale linea guida per l'**applicazione dei metodi di medicina della procreazione** può apparire evidente, ma è comunque accompagnata da difficoltà: nel contesto della medicina della procreazione, diversamente che nel diritto di famiglia, l'attenzione è rivolta al futuro benessere di un bambino che non c'è ancora. Ciò significa che, sulla base di previsioni e probabilità, si devono formulare giudizi sulla potenziale qualità di vita del bambino desiderato. Inoltre, non è possibile giustificare l'assunto che il benessere di un nascituro debba essere tutelato impedendone il concepimento, poiché nel periodo che precede il trattamento di medicina della procreazione non esiste ancora un punto di vista soggettivo del bambino, la cui esistenza non è per il momento che una eventualità.

Alla luce di queste considerazioni, il benessere del nascituro in ambito di medicina della procreazione non può essere inteso come tutela del futuro bambino per il suo stesso bene, ovvero in quanto soggetto con propri diritti. Alla garanzia del benessere del nascituro è però associato un significativo **interesse pubblico**, ovvero l'interesse della società a che i bambini possano diventare – sotto il profilo fisico, psichico e sociale – persone capaci di condurre una vita indipendente e autodeterminata (cfr. art. 6 Cost.). Ciò presuppone che i bambini crescano con adulti in grado di garantire loro un minimo di cura. A livello costituzionale, questa esigenza è espressa in particolare dall'obiettivo sociale di promuovere e proteggere la famiglia quale comunità di adulti e bambini (art. 41 cpv. 1 lett. c Cost.). Nella disposizione costituzionale riguardante la medicina della procreazione, la tutela della famiglia è inoltre prescritta al legislatore federale quale obiettivo (art. 119 cpv. 2 Cost.). In questo contesto va considerato che la dimensione pubblica del benessere del nascituro rispecchia anche esigenze di politica familiare predominanti suscettibili di cambiare nel tempo. Per esempio, fino a poco tempo fa l'accesso alla medicina della procreazione era vietato alle coppie dello stesso sesso e nel frattempo la situazione è cambiata.

La concretizzazione della prescrizione generale e generica del benessere del nascituro solleva quindi diverse questioni sociopolitiche ed etiche complesse e controverse. La **pratica medica** è confrontata con il difficile compito di precisare, nel quadro delle disposizioni di legge, i requisiti posti alla coppia che intende esaudire il desiderio di avere figli, tutelato in quanto diritto fondamentale, ricorrendo a un trattamento di medicina della procreazione.

2. Scopo e oggetto delle direttive

Le presenti direttive hanno carattere di raccomandazione e pertanto non sono giuridicamente vincolanti. Prevalgono in ogni caso il diritto statale a livello di Costituzione, di legge e di ordinanza nonché la relativa applicazione da parte di tribunali e autorità di vigilanza.

Le direttive sono basate su **principi etici fondamentali** riconosciuti nonché sugli **scopi di protezione della Costituzione, della legge e del diritto internazionale**, segnatamente sulla tutela della dignità umana, sul divieto di discriminazione e sul diritto all'autodeterminazione in relazione alla riproduzione e all'integrità. È stata presa in considerazione anche la **genesi** della legge sulla medicina della procreazione, di cui fanno parte i dibattiti parlamentari e il messaggio del Consiglio federale.

I **commenti** motivano e approfondiscono a loro volta gli aspetti centrali delle direttive. Il loro obiettivo è quello di facilitare l'interpretazione delle direttive. I commenti sono da intendersi come parte integrante delle direttive e vanno letti insieme a queste ultime.

Oggetto delle direttive è **l'interpretazione e la concretizzazione delle norme legali generali atte a tutelare il benessere del nascituro nella medicina della procreazione**. Tali norme consistono da un lato nell'articolo 3 capoverso 1 LPAM, che in quanto norma di base esige che sia garantito il benessere del nascituro nell'applicazione di metodi di procreazione. Dall'altro, nell'articolo 3 capoverso 2 LPAM, secondo cui i metodi di procreazione si possono applicare unicamente alle coppie «che a ragione dell'età e della situazione personale sono in grado di provvedere al mantenimento e all'educazione del nascituro, presumibilmente sino al raggiungimento della maggiore età». Queste prescrizioni generali volte a tutelare il benessere del nascituro contengono diversi termini giuridici aperti all'interpretazione, che vanno definiti con più precisione ai fini della pratica medica. Dalle presenti direttive sono per contro escluse le limitazioni specifiche dell'accesso previste dalla legge a tutela del benessere del nascituro.⁴

Le presenti direttive relative alla tutela del benessere del nascituro nella medicina della procreazione (direttive relative al benessere del nascituro) constano di cinque direttive distinte: la direttiva n. 1 sancisce il **principio** secondo cui si deve rinunciare a un trattamento di medicina della procreazione se, secondo il giudizio dei professionisti medici competenti, esiste un rischio considerevole che il benessere del nascituro sia in pericolo a causa dell'età o della situazione personale degli aspiranti genitori. Le altre direttive precisano a quali condizioni occorre presupporre che il benessere del nascituro sia messo in pericolo. Secondo la direttiva n. 2 è il caso quando esiste il rischio di **gravi danni alla salute del nascituro** e secondo la direttiva n. 3 quando gli aspiranti genitori non sono in grado di provvedere congiuntamente **al mantenimento e all'educazione del nascituro**. La direttiva n. 4 spiega i nessi tra l'**età degli aspiranti genitori** e una messa in pericolo del benessere del nascituro, la direttiva n. 5 quelli tra la **situazione personale degli aspiranti genitori** e una messa in pericolo del benessere del nascituro.

⁴ Segnatamente dall'art. 3 cpv. 3 LPAM («Gli spermatozoi donati si possono usare soltanto tra coniugi.»), dall'art. 3 cpv. 4 LPAM («È vietato l'uso di gameti dopo il decesso della persona dalla quale provengono. Sono eccettuati gli spermatozoi provenienti da donatori di sperma.»), dall'art. 3 cpv. 5 LPAM («È vietato l'uso di oociti impregnati o embrioni *in vitro* dopo il decesso di un membro della coppia interessata.») e dall'art. 4 LPAM («La donazione di oociti ed embrioni nonché la maternità sostitutiva sono inammissibili.»).

II Direttive

1. Principio

Direttiva n. 1

Si deve rinunciare a un trattamento di medicina della procreazione se, secondo il **giudizio dei professionisti medici competenti**, esiste un **rischio considerevole** che il benessere del nascituro non risulti garantito a causa dell'età o della situazione personale degli aspiranti genitori.

Commenti

Il principio concretizza la garanzia del benessere del nascituro in metodi di medicina della procreazione secondo l'**articolo 3 capoverso 1 e l'articolo 3 capoverso 2 lettera b LPAM**. Il legislatore non ha dichiarato punibile una violazione di queste disposizioni.

Per l'applicazione di metodi di medicina della procreazione non occorre nessuna autorizzazione statale nel singolo caso. I requisiti legali atti a tutelare il benessere del nascituro vanno pertanto valutati dai **professionisti medici competenti** nell'ambito di un trattamento concreto. Questi ultimi svolgono pertanto la funzione di «gatekeeper»: decidono in merito al ricorso a metodi di procreazione e, se necessario, rifiutano l'accesso a uno di questi metodi in applicazione delle disposizioni legali.

I professionisti medici competenti sono tenuti, nel singolo caso, a formulare una **previsione** con riferimento alla garanzia del benessere del nascituro. Secondo l'articolo 3 capoverso 2 lettera b LPAM, tale previsione deve essere espressa **sulla base dell'età e della situazione personale** della coppia.

L'articolo 3 capoverso 2 lettera b LPAM prescrive che la coppia debba essere in grado di provvedere al mantenimento e all'educazione del nascituro «presumibilmente» sino al raggiungimento della sua maggiore età. La legge non precisa con quale **probabilità** questa previsione deve avverarsi. È praticamente impossibile dimostrare la capacità degli aspiranti genitori di prendersi cura del nascituro sulla base della loro età e della loro situazione personale. A prescindere dall'inadeguatezza empirica di «test dei genitori», la loro esecuzione nel contesto di trattamenti concreti di medicina della procreazione comporterebbe notevoli difficoltà pratiche. Simili test costituirebbero inoltre un'importante ingerenza nella sfera privata delle coppie.

Al fine di salvaguardare l'autonomia riproduttiva garantita nella Costituzione e la sfera privata degli aspiranti genitori ci si deve pertanto concentrare sui fattori che fanno presumere un'insufficiente capacità di prendersi minimamente cura del potenziale nascituro. Secondo l'articolo 3 capoverso 2 lettera b LPAM, tali fattori devono essere imputabili all'età o alla situazione personale. A causa dell'incertezza della previsione che ne deriva, occorre definire una soglia elevata per ipotizzare una compromissione del benessere del nascituro: il rischio deve essere considerevole, ovvero deve sussistere un'elevata probabilità che, in caso di applicazione della medicina della procreazione coronata da successo, la coppia non sarà in grado di provvedere alle cure basilari del nascituro.

2. Gravi danni alla salute del nascituro

Direttiva n. 2

Il benessere del nascituro non è garantito se a causa dello stato di salute, dell'età o di predisposizioni genetiche degli aspiranti genitori esiste un rischio considerevole che il nascituro possa essere affetto da **gravi danni alla salute**. Tuttavia, in vista dell'applicazione di un metodo di procreazione non si possono obbligare gli aspiranti genitori a sottoporsi a un esame genetico o a divulgare dati genetici risultanti da un simile esame.

Commenti

Secondo l'articolo 3 capoverso 1 LPAM, i metodi di procreazione si possono applicare soltanto se il benessere del nascituro risulta garantito.⁵ Il benessere del nascituro è messo in pericolo dall'applicazione di un metodo di procreazione se il bambino che nascerà non avrà i requisiti per svilupparsi in una persona dotata di un minimo di autodeterminazione. Ciò è il caso se il nascituro rischia una **grave deficienza fisica o mentale** che gli rende molto difficile o gli impedisce di svilupparsi in una persona dotata di un minimo di autodeterminazione. Inoltre, la nascita di un bambino con gravi danni alla salute implica compiti di cura e assistenza che non possono essere svolti personalmente dagli aspiranti genitori. Si presume quindi una messa in pericolo del benessere del nascituro quando sussiste il rischio considerevole di un grave danno alla salute che impedisce di condurre una vita con un minimo di autodeterminazione e comporta una necessità di cure insostenibile per i genitori.

La salute del nascituro può essere messa in pericolo in particolare da **complicazioni durante la gravidanza** o da un **parto prematuro**, le cui conseguenze per il bambino non possono essere debitamente scongiurate da un intervento medico. La nascita pretermine e un basso peso alla nascita sono associati a maggior rischio di danni alla salute più tardi nella vita, come malattie cardiovascolari, diabete oppure obesità.⁶

Una messa in pericolo del benessere del nascituro in seguito a una gravidanza a rischio o a un parto prematuro può essere imputabile segnatamente a una **malattia dell'aspirante madre**. Le complicazioni in gravidanza possono essere causate per esempio da malattie infettive, cardiache, circolatorie, polmonari o renali, ma anche da una grave dipendenza da medicinali, stupefacenti o alcol. Se è a conoscenza di una malattia dell'aspirante madre, il professionista medico curante deve quindi valutare se il tipo di patologia in questione comporta, secondo lo stato attuale delle conoscenze mediche, un rischio considerevole di un grave danno alla salute del nascituro.

Il rischio di un grave danno alla salute del nascituro riconducibile alla gravidanza e al parto può anche dipendere dall'**età avanzata** dell'aspirante madre. Studi medici dimostrano una correlazione clinicamente rilevante tra un'età avanzata dell'aspirante madre e i rischi della gravidanza per madre

⁵ Cfr. messaggio del Consiglio federale relativo alla legge sulla medicina della procreazione, FF 1996 III 189, 235: «I metodi di procreazione devono essere impiegati soltanto se non presentano, rispetto alla procreazione naturale, particolari rischi per la salute del bambino».

⁶ WUNDER, Dorothea, perizia «Höchstalter der Frau für Fortpflanzungsverfahren» su mandato dell'UFSP, 2014, pag. 6 seg.

e nascituro.⁷ L'età avanzata dell'aspirante madre è quindi rilevante nella misura in cui è associata a rischi considerevoli e non controllabili dal punto di vista medico per la gravidanza e il parto. Al contrario, un'età avanzata dell'aspirante padre non comporta rischi in ugual misura per la gravidanza e la nascita di un bambino.⁸ Un confronto giuridico mostra che in vari Stati, per legge o sulla base di direttive professionali, si applicano all'aspirante madre limiti di età compresi tra i 45 e i 55 anni per il ricorso alla fecondazione *in vitro*.⁹ Spetta alle cliniche o alle associazioni professionali nel campo della medicina della procreazione elaborare direttive al riguardo, tenendo conto dello stato attuale della medicina.

Un'età avanzata degli aspiranti genitori è anche associata al rischio che **dopo la nascita si manifestino danni alla salute di origine genetica**. Con l'avanzare dell'età peggiora la qualità delle cellule germinali. Di conseguenza, aumenta la probabilità che in un nascituro sorgano anomalie cromosomiche come una trisomia 21 o mutazioni genetiche de novo, le quali si manifestano sotto forma di malattie o deficit più o meno gravi. Simili rischi per la salute del futuro bambino sono ascrivibili, in varia misura, a un'età avanzata sia dell'aspirante madre, sia dell'aspirante padre. Studi mostrano per esempio che con l'avanzare dell'età dell'aspirante madre aumenta il rischio di aneuploidie (anomalie cromosomiche numeriche)¹⁰ e che un'età avanzata dell'aspirante madre o padre è associata a un maggior rischio di mutazioni de novo che causano disturbi dello sviluppo del bambino.¹¹

Una messa in pericolo del benessere del nascituro ai sensi dell'articolo 3 LPAM può tuttavia essere presunta soltanto se la procreazione di un figlio è associata al rischio considerevole di un grave danno per la salute che impedisce di condurre una vita con un minimo di autodeterminazione e comporta una necessità di cure insostenibile per i genitori. I rischi di anomalie cromosomiche o mutazioni genetiche de novo suscettibili di impedire al futuro bambino di condurre una vita con un minimo di autodeterminazione e imputabili esclusivamente a un'età avanzata dell'aspirante madre o padre non sono elevati al punto da raggiungere la soglia per una messa in pericolo del benessere del nascituro di cui all'articolo 3 LPAM.

Occorre operare una distinzione tra le anomalie cromosomiche e le mutazioni de novo ascrivibili a una diminuzione della qualità delle cellule germinali dovuta all'età e i **danni alla salute ereditati dai genitori**. Nel secondo caso si intendono mutazioni genetiche preesistenti che gli aspiranti genitori possono trasmettere al nascituro, ovvero predisposizioni monogenetiche come la fibrosi cistica o l'atrofia muscolare spinale. Tali predisposizioni vengono trasmesse al figlio con una probabilità del 25 per cento o più e possono manifestarsi sotto forma di una malattia talmente

7 Cfr. FÄSSLER, Sarah, et al. Social Freezing-Kinderwunsch auf Eis. vdf Hochschulverlag AG, 2019, pag. 67; WU, Yuelin, et al. Adverse maternal and neonatal outcomes among singleton pregnancies in women of very advanced maternal age: a retrospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 2019, 19, pag. 1–9.

8 Il tasso di aborto spontaneo è maggiore, ma l'età dell'aspirante padre (> 40 anni) vi incide in misura minore rispetto a quella dell'aspirante madre (> 35 anni); cfr. NYBO ANDERSEN, Anne-Marie, et al. Advanced paternal age and risk of fetal death: a cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 2004, 160, n. 12, pag. 1214–1222; SLAMA, Rémy, et al. Influence of paternal age on the risk of spontaneous abortion. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 161, n. 9, pag. 816–823; BELLOC, Stéphanie, et al. Effect of maternal and paternal age on pregnancy and miscarriage rates after intrauterine insemination. *Reproductive biomedicine online*, 2008, 17, n. 3, pag. 392–397.

9 Cfr. BÜCHLER, Andrea & PARIZER, Karène. Maternal Age in the Regulation of Reproductive Medicine – A Comparative Study. *International Journal of Law, Policy and The Family*, 2017, 31, n. 3, pag. 275 segg. Poi, per quanto riguarda Malta: sentenza della CEDU (First Section) del 5.8.2022, Lia v. Malta, n. 8709/20, cifra 34.

10 Cfr. HALLIDAY, Jane L., et al. New estimates of Down syndrome risks at chorionic villus sampling, amniocentesis, and livebirth in women of advanced maternal age from a uniquely defined population. *Prenatal diagnosis*, 1995, 15, n. 5, pag. 455–465; cfr. anche CNE, Social egg freezing – una riflessione etica, parere n. 28/2017, pag. 5.

11 Cfr. Prevalence and architecture of de novo mutations in developmental disorders. *Nature*, 2017, 542, n. 7642, pag. 433–438; HAMLIN, Jess, et al. Modifiable risk factors for schizophrenia and autism – Shared risk factors impacting on brain development. *Neurobiology of disease*, 2013, 53, pag. 3–9.

grave che il benessere del nascituro non è più garantito.¹² Tuttavia, a differenza dei fattori di rischio, che dipendono da una malattia o dall'età degli aspiranti genitori, le predisposizioni ereditarie a malattie gravi possono essere rilevate soltanto con l'ausilio di test genetici sugli aspiranti genitori. I dati genetici sono degni di particolare protezione. Di conseguenza, se in vista dell'applicazione di metodi di procreazione si esigessero dagli aspiranti genitori un esame genetico o dati già disponibili di un tale esame, si tratterebbe di un'ingerenza, sprovvista di base legale e sproporzionata, nella loro sfera privata protetta in quanto diritto fondamentale (art. 13 Cost.). Una tale pratica non rappresenterebbe soltanto una grave violazione della sfera privata, ma precluderebbe anche in maniera inaccettabile agli aspiranti genitori l'accesso alla medicina della procreazione, pregiudicando la loro autonomia riproduttiva. Gli aspiranti genitori devono poter decidere liberamente se eseguire o meno un esame genetico ai fini della pianificazione familiare e – in caso di referto positivo – se ricorrere o meno al metodo della donazione di cellule germinali, della diagnosi preimpianto (DPI) e della diagnosi prenatale (DPN) per evitare di mettere al mondo un bambino con una predisposizione genetica a una grave malattia (art. 5a cpv. 1 e 2 LPAM) o un danno diretto della salute (art. 17 LEGU¹³).

¹² Cfr. CNE, Direttive relative al disciplinamento della diagnostica preimpianto nella legge sulla medicina della procreazione (direttive DPI), Berna, 10 febbraio 2022

¹³ Legge federale del 15 giugno 2018 concernente gli esami genetici sull'essere umano (RS **810.12**).

3. Mantenimento ed educazione del nascituro

Direttiva n. 3

Il benessere del nascituro non è garantito se a causa dell'età o della situazione personale degli aspiranti genitori esiste un rischio considerevole che essi non siano in grado di provvedere **congiuntamente al mantenimento e all'educazione del nascituro** sino al raggiungimento della sua maggiore età. **Rappresentazioni su condizioni favorevoli di sviluppo** per il bambino non devono confluire nella valutazione.

Commenti

Nel suo messaggio relativo alla legge sulla medicina della procreazione, il Consiglio federale ha stabilito che «si rinuncia a un trattamento qualora il medico dovesse acquisire la convinzione che le condizioni di vita del bambino sarebbero compromesse da gravi rischi d'ordine psico-sociale».¹⁴ L'articolo 3 capoverso 2 lettera b LPAM fa riferimento alla capacità degli aspiranti genitori di provvedere **al mantenimento e all'educazione** del nascituro sino al raggiungimento della sua maggiore età.

Il benessere del nascituro è in pericolo quando una valutazione specialistica giunge alla conclusione che gli aspiranti genitori, a causa dell'età o della situazione personale, in futuro non saranno in grado di adempiere i propri **doveri di cura**, che consentirebbero al bambino di svilupparsi in una persona indipendente e autodeterminata. Ciò significa anche che il bambino non deve assumersi il compito di occuparsi di un genitore a lungo e in misura significativa. In particolare, se esiste un rischio considerevole che, a causa dell'età, di una malattia grave o di una disabilità, in futuro un genitore non possa accudire il bambino a lungo termine, il benessere del nascituro non è garantito. Occorre tenere conto del fatto che le persone con disabilità hanno diritto a un aiuto appropriato nell'esercizio delle loro responsabilità di genitori.¹⁵

Una messa in pericolo del benessere del nascituro dovuta all'incapacità della coppia di provvedere al suo mantenimento e alla sua educazione può essere ipotizzata solo se questa capacità rischia di venir meno o è così gravemente compromessa da giustificare la **privazione dell'autorità parentale** secondo le norme del diritto civile. Secondo l'articolo 311 capoverso 1 del Codice civile (CC)¹⁶, ciò avviene «quando per inesperienza, malattia, infermità, assenza, violenza o analoghi motivi [i genitori] non sono in grado di esercitare debitamente [l'autorità parentale] oppure quando non si sono curati seriamente del figlio o hanno violato gravemente i loro doveri nei suoi confronti». Poiché al momento dell'esecuzione di un metodo di procreazione il bambino non esiste ancora, non è possibile basarsi sul precedente mantenimento e sulla precedente educazione di *questo* bambino. Tuttavia, se i professionisti medici sono a conoscenza di precedenti carenze o manchevolezze degli aspiranti genitori nei confronti di bambini, questo deve essere preso in considerazione nel valutare la loro futura capacità di prendersi cura del bambino.

14 FF 1996 III 189, 235.

15 Cfr. art. 23 cpv. 2 Convenzione del 13 dicembre 2006 sui diritti delle persone con disabilità (CDPD; RS **0.109**); art. 11a legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI; RS **831.20**).

16 Codice civile svizzero del 10 dicembre 1907 (RS **210**).

Al contrario, rappresentazioni su **condizioni di sviluppo** del bambino **buone o favorevoli** sotto il profilo psicologico, sociale, religioso o di altro tipo non devono confluire in alcun modo nel processo decisionale. Il diritto al rispetto della vita familiare di cui all'articolo 13 capoverso 1 Cost. e all'articolo 8 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali¹⁷ garantisce la libertà di decisione dei genitori per quanto concerne l'assistenza e l'educazione dei loro figli. Di conseguenza, secondo l'articolo 301 CC i genitori, in considerazione del bene del figlio, ne dirigono le cure e l'educazione e, riservata la sua capacità, prendono le decisioni necessarie. Solo un'assenza oggettiva dei requisiti fondamentali per lo sviluppo armonioso del bambino giustifica il rifiuto dell'accesso a un trattamento di medicina della procreazione.

Nell'articolo 3 LPAM, il legislatore definisce sistematicamente gli aspiranti genitori come **coppia**. Si pone pertanto la domanda se gli aspiranti genitori debbano soddisfare individualmente i requisiti richiesti o se sia sufficiente che la coppia garantisca di essere in grado di provvedere al mantenimento e all'educazione del futuro bambino. Va tenuto presente che i parenti (p. es. i nonni), gli amici o le figure professionali di assistenza possono sostenere i genitori nel mantenimento e nell'educazione dei loro figli. In realtà, di norma oltre ai genitori molte altre persone sono coinvolte nel garantire strutture affidabili per un bambino. È proprio grazie a questo sostegno e all'inserimento in un ambiente sociale adeguato che anche un solo genitore può offrire al nascituro uno sviluppo armonioso.

Tuttavia, la legge concede l'accesso alla medicina della procreazione solo alle coppie, mentre le persone sole ne sono escluse, indipendentemente dal fatto che, grazie a un ambiente sociale favorevole, possano prendersi cura del nascituro bene quanto una coppia (art. 3 cpv. 2 LPAM). Di conseguenza, il legislatore vieta l'uso di gameti dopo il decesso della persona da cui provengono, a meno che non si tratti di spermatozoi provenienti da donatori di sperma (art. 3 cpv. 4 LPAM). È vietato anche l'uso di oociti impregnati o embrioni *in vitro* dopo il decesso di un membro della coppia interessata (art. 3 cpv. 5 LPAM). Da queste norme si può concludere che la volontà del legislatore è quella di escludere l'accesso ai trattamenti di medicina della procreazione se è presumibile che il nascituro potrà essere **accudito solo da uno dei due aspiranti genitori**. Questo è il caso se, a causa di una malattia grave o dell'età avanzata di uno degli aspiranti genitori, esiste un rischio considerevole che questo genitore deceda prematuramente o perda in modo duraturo la capacità di contribuire al mantenimento e all'educazione del nascituro.

Al di fuori di questi casi, la capacità della coppia di provvedere al mantenimento e all'educazione di un bambino deve essere considerata nel suo complesso. Essere genitori è un progetto comune in cui ciascuna delle parti coinvolte ha un proprio ruolo, che può anche cambiare nel tempo. Pertanto **entrambi** i genitori, e non solo uno dei due, devono soddisfare le condizioni necessarie per poter provvedere al mantenimento e all'educazione del nascituro sino al raggiungimento della sua maggiore età. Ciò corrisponde al principio sancito dal diritto civile secondo cui, finché minorenni, i figli sono soggetti all'autorità parentale congiunta (art. 296 cpv. 2 CC) e i genitori provvedono in comune, ciascuno nella misura delle sue forze, al debito mantenimento del figlio e assumono in particolare le spese di cura, di educazione e di formazione (art. 276 cpv. 2 CC). Se è presumibile che la capacità di uno degli aspiranti genitori di prendersi cura del bambino si riduca (temporaneamente), si deve considerare la possibilità che l'altro genitore possa compensarla. Occorre supporre una messa in pericolo del benessere del nascituro ai sensi dell'articolo 3 LPAM soltanto se esiste un rischio considerevole che i genitori non siano in grado di provvedere congiuntamente a un bambino oppure che uno dei genitori deceda prematuramente o perda in modo permanente la capacità di prendersene cura.

¹⁷ Convenzione del 4 novembre 1950 per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (RS **0.101**).

4. Età degli aspiranti genitori

Direttiva n. 4

Il benessere del nascituro non è garantito se a causa dell'età degli aspiranti genitori esiste un rischio considerevole che essi non siano in grado di provvedere al mantenimento e all'educazione del nascituro sino al raggiungimento della sua maggiore età in seguito a decesso o infermità. Per valutare l'età come fattore di rischio per il benessere del nascituro ci si deve concentrare su valori statistici relativi alla speranza di vita e sulle infermità dovute all'età.

Commenti

Nell'articolo 3 capoverso 2 lettera b LPAM, il legislatore menziona l'età quale criterio per la valutazione della capacità della coppia di provvedere al nascituro e, di conseguenza, di garantirne il benessere. La legge non stabilisce tuttavia **alcun limite di età preciso** per l'accesso a un trattamento di medicina della procreazione. Nel messaggio relativo alla legge sulla medicina della procreazione, il Consiglio federale ha auspicato che la Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana (CNE) concretizzasse il criterio dell'età.¹⁸ Ad oggi, la CNE non ha soddisfatto tale aspettativa. Nel suo parere sulla procreazione con assistenza medica del 2013, la CNE ha constatato che non è possibile risolvere in modo isolato la questione dell'età e che tale criterio va considerato caso per caso e insieme ad altri aspetti.¹⁹

I limiti di età per il ricorso a un metodo di procreazione possono avere lo scopo di proteggere la madre e il nascituro dal rischio di complicazioni durante la gravidanza, nonché di parti prematuri e aborti spontanei (v. direttiva n. 2). Per contro, il criterio dell'età di cui all'articolo 3 capoverso 2 lettera b LPAM persegue lo **scopo** di garantire che la capacità degli aspiranti genitori di provvedere al mantenimento e all'educazione del nascituro non sia compromessa, nell'interesse del futuro benessere di quest'ultimo. Il punto di riferimento per l'età è la capacità degli aspiranti genitori di prendersi cura del bambino.

L'età può influire sulla capacità di riconoscere e sovvenire ai bisogni di un bambino. Tuttavia, il fatto che gli aspiranti genitori non abbiano ancora superato un determinato limite di età non significa di per sé che siano adatti a prendersi cura del nascituro e a educarlo. Viceversa, il superamento di una certa età non deve indurre a concludere che la capacità di essere genitori responsabili sia ridotta o venuta meno. La **correlazione tra l'età dei genitori e lo sviluppo del bambino** è più complessa. Infatti, secondo diversi studi, diventare genitori più tardi ha influssi positivi sullo sviluppo del bambino. Per esempio è dimostrato che i figli di madri di età superiore ai 40 anni crescono in un ambiente di vita più stabile dal punto di vista socio-economico (stabilità della relazione, risorse finanziarie).²⁰ Inoltre, le differenze tra individui della stessa età sono notevoli, sia in termini di speranza di vita che di stato di salute e competenze genitoriali.

¹⁸ FF 1996 III 189, 237.

¹⁹ CNE, La procreazione con assistenza medica. Considerazioni etiche e proposte per il futuro. Parere n. 22/2013, pag. 36.

²⁰ CNE, Social Egg Freezing. Una riflessione etica. Parere n. 28/2017, pag. 18 seg.; BERNSTEIN, Stephanie & WIESEMANN, Claudia. Should postponing motherhood via "social freezing" be legally banned? An ethical analysis. *Laws*, 2014, 3, n. 2, pag. 287 seg.; PENNING, Guido. Ethical aspects of social freezing. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2013, 41, n. 9, pag. 521–523; PETER, Christian. Rechtliche, ethische und gleichstellungspolitische Aspekte des Social Freezing. *Jusletter* del 10 agosto 2015, 10, n. 8, pag. 1–12, marg. 51; WUNDER, Dorothea, 2014, op. cit., nota 6, pag. 6 seg.

Tuttavia, se al momento del concepimento un aspirante genitore ha raggiunto un'età così elevata da lasciar presumere che il suo **decesso** avverrà prima che il bambino raggiunga la maggiore età o da non essere più in grado di prendersene cura a causa di infermità dovute all'età, il requisito stabilito dal legislatore nell'articolo 3 capoverso 2 lettera b LPAM per salvaguardare il benessere del nascituro non è soddisfatto. L'infermità deve essere tale da compromettere in modo duraturo la capacità del genitore interessato di prendersi cura del figlio minore (v. direttiva n. 3).

Per il professionista medico si tratta di formulare una previsione riguardo alla garanzia del benessere del potenziale nascituro nel momento in cui si intende ricorrere a un trattamento di medicina della procreazione. L'età è una base per questa previsione. Se da un lato la previsione basata sulla situazione personale degli aspiranti genitori (v. direttiva n. 5) dipende dalla loro situazione individuale, come lo stato di salute, dall'altro l'età è di per sé un fattore di rischio – esplicitamente menzionato dal legislatore – che consente di formulare previsioni sulla base di **valori statistici**. Poiché né la speranza di vita individuale né il futuro stato di salute della persona interessata possono essere previsti caso per caso, la valutazione del fattore di rischio «età» deve concentrarsi su tali valori statistici.

Secondo le statistiche attuali, il rischio di decesso o di gravi infermità aumenta significativamente tra i 75 e gli 80 anni, con differenze tra i sessi.²¹ Partendo da questo valore, ciò significa che un metodo di procreazione all'età di 60 anni o più di un aspirante genitore è associato a un rischio considerevole che tale genitore non sia in grado di provvedere al bambino concepito sino al raggiungimento della sua maggiore età a causa di un possibile decesso o di una possibile infermità. Ne consegue un limite di età approssimativo per l'accesso alla medicina della procreazione per il o la partner dell'aspirante madre. Con riferimento alla capacità di prendersi cura del nascituro, questo limite di età vale anche per l'aspirante madre. Se però l'intenzione è evitare rischi considerevoli durante la gravidanza e il parto, il limite di età per l'aspirante madre è inferiore. In questo contesto, spetta alle cliniche o alle associazioni professionali nel campo della medicina della procreazione determinare l'età esatta fino alla quale è possibile applicare all'aspirante madre e al partner o alla partner un metodo di procreazione (v. direttiva n. 2).

21 Cfr. Ufficio federale di statistica UST, Mortalità e speranza di vita nel 2020: www.swissstats.bfs.admin.ch

5. Situazione personale degli aspiranti genitori

Direttiva n. 5

Il benessere del nascituro non è garantito se esiste un rischio considerevole che gli aspiranti genitori non siano in grado di provvedere al mantenimento e all'educazione del nascituro sino al raggiungimento della sua maggiore età a causa di **problemi di salute, episodi di violenza documentati o gravi violazioni dei doveri relativi all'autorità parentale**. Per la valutazione della situazione personale quale fattore di rischio per il benessere del nascituro è necessario concentrarsi sulla **situazione individuale degli aspiranti genitori**.

Commenti

Secondo l'articolo 3 capoverso 2 lettera b LPAM, oltre all'età va considerata la «situazione personale» della coppia. Il testo di legge non specifica che cosa si intenda concretamente con questa espressione. Nel suo parere sulla procreazione con assistenza medica del 2013, la CNE ha segnalato la necessità di una definizione più precisa e ha esortato il legislatore a chiarire per esempio se si riferisce alla salute psico-fisica o alla situazione socio-economica.²²

Per quanto concerne il desiderio di avere figli e l'autonomia riproduttiva, tutelati in quanto diritti fondamentali, il concetto giuridico aperto di situazione personale deve essere interpretato in senso stretto. Non si tratta di promuovere norme sociali più o meno riconosciute sul modo ideale di crescere fino alla maggiore età, ma piuttosto di porre l'attenzione direttamente sui **requisiti minimi dei genitori per il mantenimento e l'educazione** sino alla maggiore età del figlio (v. direttiva n. 3). Oltre a un quadro della situazione attuale, è necessaria una previsione sul modo in cui le capacità genitoriali si svilupperanno in futuro. Le circostanze di vita non suscettibili di compromettere le capacità di presa a carico dei genitori in quanto tali, come l'attività professionale, il reddito o l'ambiente abitativo, non devono essere prese in considerazione. In particolare, per evitare discriminazioni si rinuncia alla valutazione della situazione finanziaria degli aspiranti genitori.

Diversamente dall'età, la situazione personale è un possibile fattore di rischio basato sulla particolare situazione degli aspiranti genitori. Pertanto, è necessaria una **valutazione** esclusivamente **individualizzata**.

I fattori che oggi o in prospettiva futura mettono in discussione la gestione della genitorialità devono basarsi su fatti concreti. La **salute degli aspiranti genitori** è al centro del quadro di valutazione. Sono determinanti limitazioni fisiche, mentali o psichiche che rappresentano un rischio considerevole per il benessere del nascituro. Le infermità fisiche, i deficit mentali o le malattie psichiche possono essere tali da impedire ai genitori di adempiere le proprie responsabilità. La limitazione deve riguardare una porzione significativa del periodo fino al raggiungimento della maggiore età. Occorre inoltre considerare che anche le persone con disabilità hanno il diritto di formare una famiglia.²³ Ciò significa che a una persona con disabilità si può – e si deve – rifiutare

²² CNE, La procreazione con assistenza medica. Considerazioni etiche e proposte per il futuro. Parere n. 22/2013, pag. 36.

²³ Ciò deriva dal divieto di discriminazione sancito dalla Costituzione (art. 8 cpv. 2 Cost.) e dall'art. 23 cpv. 1 lett. a e b CDPD.

l'accesso alla medicina della procreazione solo se la disabilità è così grave da comportare un'elevata probabilità che la responsabilità genitoriale non possa essere esercitata a lungo termine, anche con un aiuto appropriato.

Se è presumibile che una persona **da sola** non sia in grado di adempiere completamente i compiti di assistenza, ciò non significa *a priori* che non possa realizzare il desiderio di avere figli. Il fattore decisivo è piuttosto se gli aspiranti genitori sono in grado di esercitare **congiuntamente** l'autorità parentale. Tuttavia, se a causa della gravità di una malattia si teme il decesso prematuro di un genitore, la cura congiunta del bambino non è più possibile. Lo stesso vale se è presumibile che un genitore, a causa di un grave danno della salute, non sarà più in grado di contribuire al mantenimento e all'educazione di un figlio minore. Ciò è il caso in particolare quando un genitore è affetto da una grave infermità. Secondo il legislatore, in queste situazioni il benessere del nascituro è in pericolo, dunque va evitata l'applicazione di metodi di procreazione (v. direttiva n. 3). Se la previsione relativa a una compromissione della capacità di presa a carico dovuta a malattia è molto complessa, è necessario richiedere in via preventiva il parere di un medico specialista. Per esempio, può essere necessario consultare un oncologo per determinare la previsione della speranza di vita presumibile se un paziente oncologico in terapia ha crioconservato i propri gameti prima della chemioterapia e intende ricorrere a un metodo di procreazione.

Nel caso delle **malattie psichiche**, è necessaria una particolare considerazione del singolo caso. Crescere con un genitore affetto da una grave malattia psichica comporta un rischio per lo sviluppo del bambino.²⁴ Le forme gravi di disturbi psichiatrici possono relativizzare le capacità educative e di assistenza, fino alla completa incapacità. La valutazione anticipata del decorso della malattia e della compromissione dovuta alla malattia delle capacità educative e di assistenza presenta particolari difficoltà nel caso delle malattie psichiche. In presenza di dubbi significativi sulle capacità educative e di assistenza di un aspirante genitore a causa di una malattia psichica, è necessario consultare uno specialista nel campo della psichiatria o della psicologia con esperienza nella valutazione di tali capacità.

Se la genitorialità viene considerata nel suo completo significato sociale e funzionale, l'ambito delle situazioni personali rilevanti può essere ampliato. Anche in assenza di limitazioni patologiche, con talune condotte di vita l'esercizio delle responsabilità genitoriali appare estremamente dubbio.²⁵ È il caso in presenza di **episodi di violenza o gravi violazioni dei doveri relativi all'autorità parentale**. Se un aspirante genitore ha già manifestato episodi di violenza fisica, psicologica o sessuale ai danni di un bambino, accertati dalle autorità nell'ambito di procedimenti penali, di misure di protezione dei minori e degli adulti o in un altro modo, si può di principio presumere che esista un rischio considerevole per il benessere del bambino. Per confutare questa ipotesi, la persona interessata deve disporre di prove concrete del fatto che è improbabile che tali fatti si ripetano. Questo può essere il caso, per esempio, se si è trattato di un singolo episodio dovuto a un sovraccarico temporaneo o a un'altra situazione eccezionale. Lo stesso vale se si dimostra che un genitore ha già violato gravemente i suoi doveri relativi all'autorità parentale nei confronti di un bambino (p. es. grave negligenza).

24 PIERCE, Matthias, et al. Effects of parental mental illness on children's physical health: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2020, 217, n. 1, pag. 354–363; SANDSTROM, Andrea, et al. Offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and depression: a review of familial high-risk and molecular genetics studies. *Psychiatric genetics*, 2019, 29, n. 5, pag. 160–169.

25 Cfr. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Task Force on ethics and law, Lifestyle-related factors, *Human Reproduction*, 2010, 25, n. 3, pag. 583.

III Allegato

1. Disposizioni costituzionali e di legge

Costituzione federale della Confederazione (RS 101)

Art. 119 Medicina riproduttiva e ingegneria genetica in ambito umano

- ¹ L'essere umano va protetto dagli abusi della medicina riproduttiva e dell'ingegneria genetica.
- ² La Confederazione emana prescrizioni sull'impiego del patrimonio germinale e genetico umano. In tale ambito provvede a tutelare la dignità umana, la personalità e la famiglia e si attiene in particolare ai principi seguenti:
 - a. tutti i tipi di clonazione e gli interventi nel patrimonio genetico di cellule germinali e embrioni umani sono inammissibili;
 - b. il patrimonio germinale e genetico non umano non può essere trasferito nel patrimonio genetico umano né fuso con quest'ultimo;
 - c. le tecniche di procreazione assistita possono essere applicate solo quando non vi sono altri modi per curare l'infertilità o per ovviare al pericolo di trasmissione di malattie gravi, non però per preformare determinati caratteri nel nascituro o a fini di ricerca; la fecondazione di oociti umani fuori del corpo della donna è permessa solo alle condizioni stabilite dalla legge; fuori del corpo della donna può essere sviluppato in embrioni soltanto il numero di oociti umani necessario ai fini della procreazione assistita;
 - d. la donazione di embrioni e ogni altra forma di maternità sostitutiva sono inammissibili;
 - e. non può essere fatto commercio di patrimonio germinale umano né di prodotti da embrioni;
 - f. il patrimonio genetico di una persona può essere analizzato, registrato o rivelato soltanto con il suo consenso o in base a una prescrizione legale;
 - g. ognuno ha accesso ai suoi dati genetici.

Legge federale del 18 dicembre 1998 concernente la procreazione con assistenza medica (Legge sulla medicina della procreazione; RS 810.11)

Art. 3 Benessere del nascituro

- ¹ I metodi di procreazione si possono applicare soltanto se il benessere del nascituro risulti garantito.
- ² I metodi di procreazione si possono applicare unicamente alle coppie:
 - a. con le quali insorge un rapporto di filiazione nel senso degli articoli 252–263 del Codice civile (CC); e
 - b. che a ragione dell'età e della situazione personale sono in grado di provvedere al mantenimento e all'educazione del nascituro, presumibilmente sino al raggiungimento della maggiore età.
- ³ Gli spermatozoi donati si possono usare soltanto tra coniugi.
- ⁴ È vietato l'uso di gameti dopo il decesso della persona dalla quale provengono. Sono eccettuati gli spermatozoi provenienti da donatori di sperma.
- ⁵ È vietato l'uso di oociti impregnati o embrioni *in vitro* dopo il decesso di un membro della coppia interessata.

Art. 6 Informazione e consulenza

- ¹ Prima dell'applicazione di un metodo di procreazione, il medico informa in modo sufficiente la coppia interessata:
 - a. sulle diverse cause della sterilità;
 - b. la procedura medica, le probabilità di successo e i pericoli;
 - c. il rischio di un'eventuale gravidanza plurima;
 - d. i carichi fisici e psicologici possibili; e
 - e. sugli aspetti giuridici e finanziari.
- ² Durante il colloquio di consulenza vanno indicate in modo appropriato anche altre possibilità di organizzare la vita e di esaudire il desiderio di avere figli.
- ³ Tra il colloquio di consulenza e il trattamento deve trascorrere un tempo di riflessione congruo, di regola quattro settimane. Va indicata la possibilità di far capo a una consulenza indipendente.
- ⁴ Prima, durante o dopo il trattamento si deve offrire un accompagnamento psicologico.

Art. 15 Conservazione di gameti

- ¹ I gameti si possono conservare soltanto previo consenso scritto della persona dalla quale provengono e per la durata massima di cinque anni. Se tale persona ne fa richiesta, la durata di conservazione è prorogata di cinque anni al massimo.
- ² Una durata di conservazione più lunga può essere concordata con persone che intendono conservare i propri gameti in vista della procreazione di discendenti, perché si sottopongono a un trattamento medico oppure esercitano attività tali da poter causare la sterilità o danneggiare il patrimonio genetico.
- ³ La persona dalla quale provengono i gameti può revocare per scritto, in qualsiasi momento, il proprio consenso alla loro conservazione e uso.
- ⁴ I gameti vanno distrutti immediatamente nei casi di revoca del consenso o di scadenza del termine di conservazione.

Art. 16 Conservazione di oociti impregnati e di embrioni *in vitro*

- ¹ Gli oociti impregnati e gli embrioni *in vitro* si possono conservare solo se:
 - a. la coppia interessata dà il proprio consenso scritto; e
 - b. la conservazione serve a causare una futura gravidanza.
- ² La durata di conservazione è limitata a cinque anni. Se la coppia interessata ne fa richiesta, la durata di conservazione è prorogata di cinque anni al massimo.
- ³ Ogni membro della coppia può, in qualsiasi momento, revocare per scritto il proprio consenso.
- ⁴ In caso di revoca del consenso o di scadenza del termine di conservazione gli oociti impregnati e gli embrioni *in vitro* vanno distrutti immediatamente. Sono fatte salve le disposizioni della legge del 19 dicembre 2003 sulle cellule staminali.

Il presente documento è stato approvato all'unanimità dalla Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana il 7 dicembre 2023.

Membri della Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana:

Presidente

Prof. Dr. iur. Andrea Büchler

Vicepresidente

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

Membri

Prof. Dr. phil. Christine Clavien, Prof. Dr. iur. Stéphanie Dagron, Prof. Dr. med. Karin Fattinger, Prof. Dr. med. Samia Hurst-Majno, Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones, Dr. med. Roberto Malacrida, Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche, Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha FAAN, Prof. Dr. iur. Brigitte Tag, PD Dr. med. Dorothea Wunder

Grafica e layout

Terminal8 GmbH, Monbijoustrasse 99, 3007 Berna, www.terminal8.ch

Segretaria

Dr. phil. Anna Zuber, Responsabile della segreteria

Dr. Elodie Malbois, Collaboratrice scientifica

Commissione nazionale d'etica

in materia di medicina umana

CH-3003 Berna

Tel. +41 58 469 77 64

info@nek-cne.admin.ch

www.nek-cne.admin.ch

Le presenti direttive sono state pubblicate in tedesco, francese e italiano.

La versione originale è quella tedesca.

© 2024 Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana, Berna.

Riproduzione consentita con indicazione della fonte.