

***La procreazione medicalmente assistita nei Livelli essenziali di assistenza  
per garantire prestazioni uniformi e trasparenti  
nel servizio sanitario nazionale***

a cura dell'avv. Maria Paola Costantini  
(referente nazionale di Cittadinanzattiva per la PMA)

**Le prestazioni di procreazione medicalmente assistita non sono mai state inserite nei Livelli essenziali di assistenza**, anche dopo l'emanazione della Legge 40/2004 che tra i principi ha incluso quello di favorire l'accesso alle cure per la infertilità e la sterilità e anche se tali metodiche sono da intendersi sanitarie a tutti gli effetti ed erogabili solo da medici e altri sanitari, nonché in centri autorizzati dalle Regioni e posti all'interno del servizio sanitario nazionale.

***Ma quali sono gli effetti della mancata inclusione?***

Un effetto generale riguarda una sorta di **“occultamento”** di tutto il settore: la PMA esiste **ma non viene “integrata” nel percorso nascita** e non trova un coordinamento con enti e soggetti deputati a prendersi carico a nome del Servizio sanitario nazionale, della donna e del nascituro.

L'altro effetto è **un federalismo sanitario “estremo”, non rispettoso né dell'art. 3 (principio di uguaglianza) né dell'art. 32 (diritto alla salute) né, infine, dell'art. 120 della Costituzione italiana in cui è prevista sul piano nazionale la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali.**

E inoltre, sinteticamente si può dire che sussistono:

- 20 modalità diverse di accesso per le coppie dal punto di vista dei costi e dei criteri di accesso
- 20 modelli diversi di inserimento della PMA nei sistemi regionali
- Costi standard delle prestazioni differenti da Regione a Regione ma spesso anche da ASL ad ASL
- Forte mobilità interregionale delle coppie strettamente dipendente dall'offerta nel servizio pubblico
- Spesa sanitaria non ben identificabile per l'utilizzazione di codici non specifici e appropriati.

E' questo l'esito della ricognizione effettuata da diversi soggetti tra cui il Tavolo della PMA della Conferenza Stato –Regione e **Cittadinanzattiva che pubblicherà il 19 giugno prossimo un esame esaustivo e particolareggiato sulla materia all'interno del consueto Rapporto annuale sul Federalismo in sanità.**

### *I fenomeni più eclatanti*

1. Come già evidenziato, sussistono **difficoltà di coordinamento tra Consultori, Medici di famiglia e ginecologi ospedalieri e Centri di procreazione assistita** determinando disagi e un approccio non sempre appropriato con le coppie che hanno problemi di infertilità e di sterilità. Ciò produce carenza di informazioni corrette e specifiche e un “abbandono” di fatto delle persone.
2. **L’assenza di informazioni istituzionali** – tranne quelle contenute nel Registro della PMA presso l’Istituto Superiore di Sanità - rendono complesso l’accesso da parte delle coppie che acquisiscono informazioni da Forum o da Internet. Tranne la Toscana, **nessuna Regione ha inserito nei propri siti regionali la PMA** così da indirizzare le coppie e renderle consapevoli delle possibilità esistenti. Solo in alcune ASL vi sono informazioni al riguardo.
3. **Gran parte delle prestazioni di PMA viene erogata nel servizio pubblico e nel privato convenzionato**, come rilevato dalla Relazione 2013 del Ministero della Salute: il 46,9% dei centri italiani – che rappresentano i centri pubblici o privati convenzionati - hanno trattato il 63,5% delle coppie ed eseguito il 64,7% del totale dei cicli a fresco iniziati in Italia nel 2011. Si tratta di 36.285 cicli e di ben 29.481 pazienti. Ma questo dato è **squilibrato** e soprattutto non gestito da alcune Regioni che non hanno formalizzato le modalità di offerta.
4. L’offerta da parte del Servizio sanitario è a “pelle di leopardo” anche se i dati dimostrano l’enorme potenzialità che avrebbe il settore pubblico: infatti le **Regioni che effettuano il maggior numero di cicli di fecondazione in vitro sono quelle che hanno predisposto una offerta da parte del sistema pubblico e privato convenzionato**. Tra queste: la Lombardia con 13.131 cicli totali di cui 5.193 nel pubblico e 7.253 nel privato convenzionato; la Toscana con 6.105 di cui 1.716 in centri pubblici e 4.118 in centri privati-convenzionati; l’Emilia Romagna con 5.308 cicli di cui 3.462 in centri pubblici.
5. **Il monopolio” del settore privato è concentrato** nel Lazio, in Sicilia, in Campania, in Puglia e in Calabria che sono anche le regioni che non prevedono sostegno adeguato alle coppie nel settore pubblico.
6. **E’ in aumento la quota di prestazioni di fecondazione in vitro effettuata nei centri privati-convenzionati (27,8 %) mentre si sta riducendo progressivamente la quota nelle strutture pubbliche (dal 41,6% del 2008 al 36,9% del 2011).**
7. **La creazione di modelli diversi di identificazione delle prestazioni di PMA determina una scarsa trasparenza del sistema e difficoltà nel sistema di mobilità tra le regioni**. In alcuni casi si è inserito la PMA nei Livelli essenziali di assistenza regionale, mentre in altri casi si è preferito includere le suddette prestazioni nella codificazione già esistente (nomenclatore ambulatoriale e di ricovero) e quindi attribuendo ad es. alla fecondazione in vitro codici appartenenti ad altri gruppi tariffari di prestazioni, non in linea con le regole vigenti in materia di tariffazione delle prestazioni sanitarie che obbligano determinazione specifica<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ogni prestazione ha una tariffa **omnicomprensiva e predeterminata**. Ne esistono, normativamente, tre tipologie:

Regione	Delibere sull'inserimento della PMA nei LEA regionali attraverso il nomenclatore ambulatoriale e anno di inserimento <sup>2</sup>	Delibere sull'inserimento della PMA nei LEA regionali attraverso i DRG e anno di inserimento <sup>3</sup>
Toscana	X (2000; 2012)	
Piemonte	X (2009)	
Veneto		X (2011)
Friuli V. G.	X (2012)	
P.A. Trento	X (2013)	
Valle d'Aosta		X (2007)
Umbria	X 2007	
Prov. Bolzano		X (2012)
Campania		X (2011)

**8. Le diverse scelte delle Regioni determinano codificazioni differenti e costi standard differenti** come, ad esempio, in ordine alla fecondazione in vitro (FIVET o ICSI), perché ancorano la prestazione o al sistema ambulatoriale o al sistema di ricovero o a entrambi i sistemi. E' da evidenziare che anche le Regioni che non hanno inserito la PMA nei livelli di assistenza erogano le prestazioni nelle strutture pubbliche e private convenzionate, ma con una codificazione non specifica per la PMA. Sulla base del codice utilizzato e del costo standard stabilito – assolutamente diversificato da Regione a Regione - si rimborsano le strutture pubbliche e convenzionate e si rimborsano anche le prestazioni effettuate dalle coppie in regioni diverse da quelle di appartenenza. **Con alcuni paradossi:**

- in Campania, si è generato un nuovo DRG il 461 “Intervento chirurgico con diagnosi di altri contatti di servizio sanitaria”)
- in Lombardia, si utilizza un doppio DRG il 359 “interventi sull’utero e annessi non di carattere oncologico” più il DRG 365 “Altri interventi sull’apparato femminile”
- in altre Regioni, come il Veneto o il Lazio, si adotta DRG il 359 “interventi sull’utero e annessi non di carattere oncologico”

- 
1. le tariffe nazionali, stabilite periodicamente dal Ministero della salute insieme al Ministero dell'Economia;
  2. le tariffe regionali, stabilite periodicamente dagli Assessorati regionali alla sanità;
  3. per le sole attività di ricovero, dal luglio 2003, sono inoltre stabilite concordemente tra tutte le regioni ogni anno le tariffe utilizzate per la “compensazione della mobilità interregionale” (TUC, Tariffa Unica Convenzionale).

A ogni prestazione viene attribuito un codice che può essere ambulatoriale o di ricovero (DRG ossia gruppo di prestazioni che includono tutta la prestazione nel suo complesso).

<sup>2</sup> Toscana, Delibera n. 1285/2000 e n. 753 del 10-08-2012; Piemonte, Delibera n. 7-12382 del 2009 e Delibera n. 49-12479 del 2009; Friuli Venezia Giulia, Delibera n. 2187 del 2012; Prov. Trento, Delibera n. 370 del 2013; Umbria, Delibera n. 214 del 2007

<sup>3</sup> Veneto, Delibera n. 882 del 2011; Val d'Aosta Delibera n. del 2007; prov. Bolzano, Delibera n. 1113 del 2012; Campania, Delibera del Commissario ad acta n. 62011

- in Toscana, si è generato il sistema inserendo la dizione “Fecondazione in vitro” attraverso il nomenclatore ambulatoriale con uno dei costi più bassi in assoluto.
9. Il mancato inserimento nei LEA e la scarsa offerta del pubblico in alcune regioni **incrementa la migrazione tra le Regioni con una forte penalizzazione delle Regioni del SUD** dove la possibilità di accedere nelle strutture pubbliche è ridotta. Negli ultimi anni la migrazione delle coppie è aumentata e in rapporto con l’incremento del numero di prestazioni, rappresenta il **25% del totale delle coppie**. Sono ormai 11.642 i pazienti che migrano e di questi 8.012 si recano in strutture pubbliche o private convenzionate di regioni diverse a quelle di appartenenza. I cicli fuori regione sono 14.454 (il 25,8 %) di cui 10.085 in centri pubblici o privati convenzionati. Ciò è stretta conseguenza dell’assenza o ridotta offerta nel settore pubblico o privato convenzionato, come sottolineato dallo stesso Ministero della Sanità (Relazione 2011). Per le Regioni di residenza è una spesa sanitaria - anzi una “perdita economica” non indifferente perché poi il costo delle prestazioni “viene rimborsato” alle Regioni di accoglienza.
10. Lo squilibrio è legato – secondo il Ministero della Salute - alla maggior offerta nel pubblico o nel privato convenzionato essendo le prestazioni offerte con un costo ridotto o quasi nullo (compartecipazione della coppia come in Toscana o costo di un Ticket ambulatoriale in Lombardia). In alcune Regioni come **il Molise non esistono strutture pubbliche** o hanno una offerta limitata e quindi le coppie sono costrette a migrare. In Calabria, le coppie devono pagarsi integralmente il costo di una fecondazione in vitro. In Puglia e in Sicilia si sta attivando un sostegno per le coppie ma il costo è comunque rilevante perché va dai 1.770,00 ai 1.000,00 euro ma pe le fasce con reddito più basso (sul modello ISEE) e quindi saranno spinte alla migrazione in altre regioni per i costi inferiori.
11. **La diversificazione avviene anche rispetto ai criteri di accesso e ai costi con una forte discriminazione a carico delle coppie.** In alcune Regioni non ci sono limiti di accesso mentre in altre, i criteri sono stati specificati. Ad esempio:
- Sul numero di cicli sostenuti dal sistema sanitario regionale (dai 3 a 5 o addirittura illimitato)
  - Sull’età (dai 42 ai 50 o secondo discrezionalità medica o nessuna limitazione se non quella di essere in età fertile)
  - Sui costi (dal pagamento del semplice ticket ambulatoriale, fino ai 2.000,00 euro nell’Ospedale Pertini di Roma, ai 500,00 euro della Toscana, ai 1.000,00 del Veneto)
  - Sulla condizione di salute della donna, come in Sicilia dove è stato inserito addirittura un valore ormonale come criterio di esclusione.
12. In mancanza di determinazione del sistema, la donazione dei gameti (ammessa dalla Corte Costituzionale che ha eliminato il divieto dalla Legge 40/2004) rischia di non poter essere erogata nelle strutture pubbliche. Si tratta infatti di introdurre ex novo la prestazione poiché non prevista dalla Legge 40/2004 e non consentita alle strutture pubbliche prima della emanazione della Legge ma solo -

paradossalmente - alle strutture private. Con una ulteriore discriminazione economica per le coppie.

**La situazione ha necessità di trovare una soluzione immediata, facendo attenzione ai fenomeni in atto e creando un sistema adeguato e appropriato.**

**Si propone quindi che venga disposto subito:**

- L'inserimento nei LEA nazionali
- La codificazione corretta nella compensazione tra Regioni con la definizione di un costo standard
- Una omogeneità dei criteri di accesso alle prestazioni da parte delle coppie

Si tratta poi di potenziare l'informazione alle coppie, con portali e luoghi accessibili anche su Internet.

Si chiede che sia potenziata l'offerta pubblica di qualità nelle Regioni così da evitare e comunque ridurre la disuguaglianza dal punto di vista economico.