

LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Avv. Maria Paola Costantini
16 giugno 2014

- **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 ha incluso tra i principi quello di favorire l'accesso alle cure per la infertilità e la sterilità considerando tali prestazioni sanitarie a tutti gli effetti.**

Paradossalmente,

- i farmaci necessari sono erogati dal SSN
- Le strutture pubbliche e convenzionate – dai dati del Ministero del 2011 nella relazione 2013 – trattano ben il 63,5% delle coppie ed eseguono ben il 64,7% del totale dei cicli di fecondazione in vitro a fresco. Si tratta di 36.285 cicli e di ben 29.481 pazienti.

Si assiste a un federalismo «estremo»

- Solo in alcune regioni è stata predisposta una offerta da parte del SSR

- Le Regioni che hanno predisposto tale offerta (pubblica e privata convenzionata) sono anche quelle che effettuano il maggior numero di cicli di fecondazione in vitro e “attirano” le coppie sul loro territorio

- Ma il dato sulla offerta pubblica è totalmente **squilibrato** perché concentrato in alcune Regioni.

- 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.

Vi sono regioni come il Molise dove non ci sono strutture pubbliche (nemmeno private) e altre come la Calabria in cui l'accesso alla principale tecnica e cioè alla fecondazione in vitro è totalmente a carico della coppia.

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.

Il federalismo «estremo» si registra per la definizione e l'adozione di

- criteri di accesso ed esclusione delle coppie alle prestazioni
- costi di accesso per le coppie
- modalità di inserimento nel sistema regionale
- costo standard delle prestazioni
- modalità di compensazione tra Regione e Regione legata alla mobilità passiva delle coppie e relativa spesa sanitaria a carico della regione di residenza

Differenti criteri di accesso ed esclusione delle coppie alle prestazioni

- 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)
- Sulla condizione di salute della donna, come in Sicilia dove è stato inserito addirittura un valore ormonale come criterio di esclusione.

In Lombardia non esistono limiti di accesso se non nell'indicazione medica

In Regioni come Liguria o Lazio l'accesso è a discrezione del medico o della ASL

Differenti costi di accesso per le coppie per una fecondazione in vitro

- Lombardia: ticket ambulatoriale
- Toscana: ticket di 500,00
- E. Romagna: ticket ambulatoriale per fascia di reddito
- Lazio: dai 2.000,00 euro nell'Ospedale Pertini di Roma, al ticket ambulatoriale in altre strutture
- Veneto e Piemonte: dai 700 ai 1500,00
- Puglia, Sicilia: compartecipazione alla spese con costi dai 1000 ai 1700,00
- Calabria: a totale pagamento della coppia

Diverse modalità di inserimento nel sistema regionale e diverso costo standard delle prestazioni

In alcune regioni le prestazioni sono state inserite nei Livelli di assistenza regionale, in altre si erogano prestazioni senza alcun “appiglio normativo”. In altre ancora 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

Solo alcune Regioni hanno inserito esplicitamente la PMA nel proprio sistema con delibere ad hoc

Toscana, dal 2000

Piemonte

Veneto

Friuli V. G.

P. Trento

P. Bolzano

Val d'Aosta

In Puglia e Sicilia si è preferito stabilire un sostegno alle coppie di carattere economico ma le prestazioni non sono inserite nel servizio sanitario regionale

In Lombardia e Emilia Romagna vengono erogate le prestazioni senza deliberazione esplicita, includendo in gruppi di altre prestazioni

L'erogazione della prestazione di fecondazione in vitro è nella maggioranza delle Regioni effettuata tramite strutture pubbliche o private convenzionate attraverso

-codificazione non specifica e a rischio di inappropriatazza: utilizzando codici e tariffe di altre prestazioni di ginecologia e ostetricia e di andrologia

-in parte il tariffario ambulatoriale e in parte quello di ricovero (day surgery o day service) ma senza specificazioni

- in **Campania**, si è generato un nuovo DRG il 461 “Intervento chirurgico con diagnosi di altri contatti di servizio sanitaria”) per un costo di euro 2.797,13
- 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” con un costo di euro 3.075,00
- Nel **Veneto e nel Lazio**, si adotta il DRG 359 “interventi sull’utero e annessi non di carattere oncologico” (il costo è del tutto variabile e si aggira sui 2.500 euro)
- 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 (euro 1.870,00).

- **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).**

La migrazione

- **11.642 coppie** hanno «migrato» nel 2011 in altre regioni e di queste, **8.012 hanno effettuato il trattamento in regime pubblico o convenzionato (17,2%)**
- su **56.086** cicli iniziati con tecniche a fresco il **25,8% (14.454 cicli)** è stato effettuato su pazienti provenienti da altre regioni, ed il **18,0% (10.085 cicli)** è stato effettuato in centri pubblici o privati convenzionati.

➤ Le Regioni di «attrazione»:

- Toscana con il **46,9% delle coppie**
- Friuli Venezia Giulia, con il **58,8%**
- l'Emilia Romagna, con il **34,7%**
- Lombardia con il **21,8%**

Sono quelle con la maggiore offerta pubblica

modalità di compensazione tra Regione e Regione legata alla mobilità passiva

La compensazione avviene attraverso il TUC 2011: non essendo inserite le prestazioni nei LEA nazionale si utilizzano i codici DRG 359 o 359 e 365 o entrambi (a rischio di non appropriatezza)

La regione di residenza sostiene i costi per le coppie che migrano in strutture pubbliche o private convenzionate di altre Regioni sulla base del costo da quest'ultima stabilito

Le Regioni che non hanno previsto sostegni alle coppie sono quelle che pagano di più in sede di compensazione.

Quello che sarebbe necessario fare

Inserimento nei LEA nazionali

Codificazione corretta nella compensazione tra Regioni con la definizione di un costo standard

Identificare stessi criteri di accesso alle prestazioni da parte delle coppie

Potenziare l'informazione

Potenziare l'offerta pubblica di qualità nelle Regioni