



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
908

OGGETTO: Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) -- Disposizioni attuative Regione Marche D.P.C.M. 12-01-2017 – Approvazione criteri di ammissibilità e aggiornamento nomenclatore tariffario - Revoca DGR n. 207/2012.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dalla P.F. “Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza e Ricerca”, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all’articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della P.F. “Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza e Ricerca” e l’attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Direttore dell’Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l’articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

D E L I B E R A

- 1) di approvare i “*Criteri di ammissibilità alla Procreazione Medicalmente Assistita*” così come riportato in allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 2) di approvare le “*Modalità erogative in materia di Procreazione Medicalmente Assistita*”, così come riportato nell’allegato B, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 3) di revocare, pertanto, la DGR n. 207/2012 “*Legge 40 del 19/02/2004 – Definizione tariffe regionali procreazione medicalmente assistita di secondo livello*”;

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Deborah Gitaldi)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Luca Ceriscioli)



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Riferimenti normativi

- DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (LEA) che prevede la possibilità organizzativa di erogare in regime ambulatoriale le prestazioni attualmente effettuate in regime di ricovero, nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse
- Legge 19 Febbraio 2004, n. 40 "Norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita";
- DGR n. 306 del 22/02/ 2005 "Approvazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dei Centri di Procreazione Medicalmente Assistita, ai sensi della Legge 19 febbraio 2004, n.40 e individuazione dei Centri regionali di riferimento per gli interventi di Procreazione Medicalmente Assistita";
- Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (atto rep. n. 2271), in particolare l'articolo 4, comma 1, lettera b, con il quale si prevede l'adozione di provvedimenti finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera al fine di promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero;
- D. Lgs. n. 191 del 06/11//2007 "Attuazione della direttiva 2004/23/CE sulla definizione delle 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";
- D. Lgs. n. 16/25/01/2010 "Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani";
- Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Repertorio n. 243/CSR), ed in particolare l'art. 6, comma 5 che, al fine di razionalizzare e incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, individua prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di day surgery – trasferibili in regime ambulatoriale;
- DGR n. 75 del 24/01/2011 "Legge 40 del 19.2.2004 Indicazioni per il miglioramento della qualità nel percorso procreazione medicalmente assistita (PMA)";
- DGR n. 207 del 20/02/2012 "Legge 40 del 19 febbraio 2004 - Definizione tariffe regionali procreazione medicalmente assistita di secondo livello";
- Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Repertorio n. 82/CSR), ed in particolare l'art. 5, comma 19 nel quale si conferma che le Regioni e le Province Autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero, previo il loro inserimento nel nomenclatore dell'assistenza specialistica con specifica definizione e relativo codice, in regime ambulatoriale;
- DGR n. 1014 del 08/09/2014 "Recepimento degli indirizzi operativi della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (14/109/CR02/C7SAN) sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della corte costituzionale n. 162/2014";
- Documento n. 14/121/CR7c/C7 del 25 settembre 2014 della Conferenza delle Regioni e Province Autonome sulla "Definizione tariffa unica convenzionale per le prestazioni di fecondazione eterologa" nella quale sono riportate le tariffe relative alle tre differenti tipologie di attività da effettuarsi in setting assistenziale ambulatoriale;
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che conferma gli standard minimi e massimi di strutture dell'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014;
- D.M. 1 luglio 2015 "Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di PMA";
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017: "Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- Intesa Stato Regioni 27/CSR del 21 febbraio 2019 "Tutela della fertilità dei pazienti oncologici per la definizione di un percorso diagnostico assistenziale (PDTA) per pazienti oncologici che desiderino preservare la fertilità".



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
908**Motivazione ed esito**

La Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) rappresenta l'insieme di tutte quelle tecniche disponibili per ottenere un concepimento da parte di coppie con problemi di infertilità (OMS). Per lungo tempo, nel settore si è avuto un vuoto normativo fino alla entrata in vigore della Legge nazionale n. 40 del 19 febbraio 2004 "Norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita".

La Regione Marche, con DGR n. 306/2005, ha approvato i requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi per la realizzazione dei Centri di PMA e contestualmente ha individuato i due centri pubblici di riferimento presso la Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Presidio Salesi Ancona e l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti "Marche Nord". In seguito, con DGR n. 75/2011, sono state fornite indicazioni per il miglioramento della qualità nel percorso PMA e con DGR n. 207/2012 si è provveduto a ridefinire le tariffe regionali. Il quadro normativo nazionale, in materia di PMA, ha subito, nel corso degli anni, numerose revisioni ed integrazioni; oltre alle modifiche introdotte con il recepimento di Direttive Europee, inerenti norme sulla qualità e sicurezza dei tessuti e cellule di origine umane da destinarsi a scopo terapeutico, sono intervenute due Sentenze della Corte Costituzionale e segnatamente: la n. 151/2009, in tema di trasferimento degli embrioni, e la n. 162/2014, in tema di PMA di tipo eterologo. In particolare, sulla scorta di questa seconda Sentenza, la n. 162/2014, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in data 4 settembre 2014, al fine di rendere omogeneo a livello nazionale l'accesso alle procedure eterologhe, ha definito appositi indirizzi operativi, già recepiti dalla Regione Marche con DGR n. 1014/2014.

Una ulteriore evoluzione si è poi avuta con il DPCM del 12 gennaio 2017 ("*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*") che inserisce, nel nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale, le prestazioni necessarie per la PMA, omologa ed eterologa, di I e II livello, fino ad oggi erogate in regime di ricovero e, nelle norme transitorie e finali del sunnominato DPCM all'art. 64, comma 2, dispone che, in materia di specialistica ambulatoriale, gli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrino in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sentita l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 5, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime di prestazioni previste dalle medesime disposizioni. Tale situazione ha ingenerato, in tutte le Regioni, difformità nelle modalità di erogazione delle prestazioni. Con nota n. 6139/ARS del 7 luglio 2017, sono stati forniti elementi esplicativi che hanno trovato coerenza con le indicazioni ministeriali "*Prime indicazioni per la applicazione del DPCM 12 gennaio 2017*" del 7.11.2017, ove si conferma che, nelle more dell'adozione da parte del Ministero delle nuove tariffe per le prestazioni ambulatoriali, per quanto attiene la PMA, restano in vigore le disposizioni approvate precedentemente dalle singole Regioni, relativamente a ticket, tariffe, eleggibilità, limiti di età, numero cicli, ecc. In attesa dell'emanazione del sunnominato tariffario nazionale delle prestazioni ambulatoriali, con il presente atto, si intende rivedere la normativa di settore, armonizzandola, anche con le indicazioni presenti nei nuovi LEA.

Conseguentemente a quanto sopra esposto, si rende necessario rivedere i criteri di accesso nonché revocare la DGR 207/2012 al fine di adeguare il setting di erogazione a quello ambulatoriale, come previsto dal DPCM LEA 2012, definendone le relative tariffe, in linea con analoghe deliberazioni espresse da alcune Regioni tra cui Emilia Romagna, Abruzzo, Lazio, Friuli e Campania in materia di PMA. Pertanto, si è dato avvio ad un tavolo di lavoro con gli esperti del settore al fine di verificare se le tecniche attualmente disponibili per l'esecuzione di interventi di PMA di I e II livello ne consentissero l'erogazione in regime ambulatoriale. Al termine di tale confronto, sono stati individuati i codici e le tariffe ambulatoriali, procedendo all'aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale, per quanto riguarda le prestazioni di PMA, sempre nelle more della pubblicazione del sopracitato decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Inoltre, sono state inserite prestazioni precedentemente erogate in regime di Day Surgery, quali ad



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
908

esempio l'agoaspirazione ecoguidata dei follicoli, prevedendone l'inclusione della valutazione ovocitaria e l'eventuale congelamento e conservazione, la visita anestesiológica, la sedazione ed il monitoraggio intra-procedurale ed altre prestazioni, quali il monitoraggio ecografico del ciclo ovulatorio, prevedendo un minimo di 4 sedute ecografiche. Al fine di distinguere tra inseminazione omologa ed eterologa, la prestazione "inseminazione artificiale" è stata sostituita con "inseminazione intrauterina (IUI) omologa" e "Inseminazione intrauterina da donazione di gameti maschili".

Facendo seguito a quanto disposto nel DPCM 12 gennaio 2017 (nuovi LEA), vengono adottate le seguenti disposizioni, valide sia per la PMA omologa che per la eterologa:

- Età della donna fino al compimento del 46° anno;
- Numero massimo di cicli di trattamento, per ciascuna tecnica di PMA omologa ed eterologa, pari a 6; si specifica che per ciclo di PMA si intende quello che inizia con l'AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI (Pickup ovocitario) fino ad arrivare al TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET), per ogni donazione.

Si ribadisce che, nell'ambito dei codici inseriti nel nomenclatore tariffario, sono state previste anche le prestazioni riferite alla PMA eterologa che attualmente non vengono erogate nella Regione Marche.

Si ribadisce infine che le disposizioni di cui al presente atto sono da intendersi come transitorie e verranno a decadere al momento della pubblicazione del Decreto - da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 5 del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. - in materia di specialistica ambulatoriale per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni ovvero fino all'effettivo inserimento delle tecniche di PMA nei Livelli essenziali di assistenza.

Per tutto quanto precede si propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il Responsabile Del Procedimento
Simone Pizzi

**PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P.F. "ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA –
URGENZA E RICERCA"**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

Il Dirigente
Giovanni Lagalla



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
908

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014 e propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione

Il Direttore
Rodolfo Pasquini

La presente deliberazione si compone di n. 11 pagine, di cui n. 5 pagine di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Deborah Giraldi)

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A

CRITERI AMMISSIBILITA' ALLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA -

PREMESSA

Con la pubblicazione in G.U. 65/2007 – Suppl. ordinario n. 15 del DPCM 12 gennaio 2017 “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all’art. 1, comma 7, del D.L. 30 dicembre 1992, n. 502*” la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) viene inserita fra i Livelli Essenziali di Assistenza da garantire ai cittadini del SSN, nel rispetto delle condizioni di erogabilità di cui all’allegato 4D, n. nota 13 e 14. L’articolo 64 “Norme finali e transitorie” prevede che le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli artt. 15 e 16 e relativi allegati, fra i quali rientra anche la PMA, entrino in vigore dalla data di pubblicazione dei nuovi tariffari. Tale situazione ha ingenerato, in tutte le Regioni, disomogeneità nelle modalità di erogazione delle prestazioni talchè, con nota n. 6139/ARS del 7 luglio 2017, sono stati forniti elementi esplicativi, che hanno trovato coerenza con le indicazioni ministeriali “*Prime indicazioni per la applicazione del DPCM 12 gennaio 2017*” del 7.11.2017, ove si conferma che, nelle more dell’adozione da parte del Ministero delle nuove tariffe per le prestazioni ambulatoriali, per quanto attiene la PMA, restano in vigore le disposizioni approvate precedentemente dalle singole Regioni, relativamente a ticket, tariffe, eleggibilità, limiti di età numero cicli.

Alla luce di quanto sopra, tenuto conto del protrarsi di questa situazione, dovuta alla assenza dei tariffari di riferimento nazionali di specialistica ambulatoriale, si ritiene opportuno provvedere ad un adeguamento della normativa regionale armonizzandola con le disposizioni di cui ai nuovi LEA e con la normativa delle altre Regioni italiane, sentito anche il parere dei tecnici di settore.

CRITERI DI AMMISSIBILITA'

I presenti criteri di ammissibilità per la PMA omologa di secondo livello e alla PMA eterologa sono da intendersi come inderogabili sia nella valutazione delle istanze nel rilascio dei relativi nulla osta per coppie che intendono sottoporsi a cicli di PMA fuori regione sia per ciò che concerne le prestazioni fornite ai cittadini marchigiani in ambito regionale.

- **Età della donna fino al compimento del 46° anno** come da DPCM 12/1/2017
- **Numero cicli di trattamento, fino a 6 cicli** come da DPCM 12/1/2017

Si intende per ciclo, nel caso PMA omologa, quello che inizia con AGOASPIRAZIONE ECO GUIDATA DEI FOLLICOLI (*pick up ovocitario*) (65.11) fino ad arrivare ad uno o più TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) (69.92.5) e, nel caso di PMA eterologa, fino a uno o più TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) (69.92.5) per ogni donazione.

I presenti criteri sono inderogabili anche ai fini del riconoscimento del nulla osta per coppie marchigiane che intendano intraprendere un percorso di PMA fuori regione.

Per l’accesso alle cure è prevista, una richiesta del MMG/Specialista del SSR riportante la dicitura “visita ginecologica per infertilità di coppia”. Le procedure ambulatoriali necessarie per la PMA sono sottoposte al pagamento del ticket come previsto nella normativa regionale vigente, tranne nei casi previsti di esenzione.

NOTA 48 - PAZIENTI ONCOLOGICI

I cittadini affetti da patologia tumorale in età fertile e con prognosi favorevole a lungo termine che debbano sottoporsi a terapie farmacologiche, radioterapiche o chirurgiche, che li pongano a rischio di compromissione della fertilità futura, possono accedere alle tecniche di PMA omologa ed eterologa con esenzione della partecipazione del costo.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

908

ALLEGATO B**MODALITA' EROGATIVE IN MATERIA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA****1) PRESTAZIONI PER LIVELLO E TIPOLOGIA PERCORSO****PRIMO LIVELLO**

88.78.1 MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1

69.92.1 CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE [SWIM UP]

69.92.A INSEMINAZIONE INTRAUTERINA (IUI) OMOLOGA

In alternativa: 69.92.9 INSEMINAZIONE INTRAUTERINA (IUI) DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI. Incluso reperimento gameti maschili, trasporto e congelamento

Eventuale 69.92.4 AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo, visita anestesilogica, sedazione, monitoraggio parametri vitali. Non associabile a 62.11

SECONDO LIVELLO**OMOLOGA**

88.78.1 MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1

65.11 AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick up ovocitario]. Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso eventuale congelamento e conservazione. Incluso: visita anestesilogica, sedazione monitoraggio parametri vitali. Escluso per via laparoscopica

69.92.1 CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE [SWIM UP]

69.92.2 FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) OMOLOGA. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento. Fino a 6 cicli

69.92.5 TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via Laparoscopica

Eventuale 69.92.4 AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo, visita anestesilogica, sedazione, monitoraggio parametri vitali. Non associabile a 62.11

ETEROLOGA

88.78.1 MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1

Da donazione gameti maschili:

65.11 AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick up ovocitario]. Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso eventuale congelamento e conservazione. Incluso: visita anestesilogica, sedazione, monitoraggio parametri vitali. Escluso per via laparoscopica

69.92.8 FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON GAMETI MASCHILI. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento. Incluso reperimento gameti maschili

In alternativa, da donazione gameti femminili a fresco

69.92.1 CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE [SWIM UP]

69.92.3 FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI A FRESCO. Incluso: coltura, reperimento gameti e monitoraggio.

Eventuale

69.92.4 AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo. Incluso: visita anestesilogica, sedazione, monitoraggio parametri vitali. Non associabile a 62.11



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

In alternativa, da donazione gameti femminili congelati

69.92.1 CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE [SWIM UP]

69.92.7 FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI)

ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. Incluso: scongelamento. Incluso reperimento gameti femminili e monitoraggio

Eventuale

69.92.4 AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo. Incluso: visita anestesiológica, sedazione, monitoraggio parametri vitali. Non associabile a 62.11

69.92.5 TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via laparoscopica

Si precisa che per le coppie residenti nella regione Marche, che intendono usufruire delle prestazioni di PMA fuori regione, è necessario acquisire preventivamente, se richiesto, il nulla osta presso il Distretto di appartenenza.

Per i cittadini/e provenienti da altre regioni è necessario acquisire, da parte dei centri PMA della Regione Marche, la preventiva autorizzazione dell'Azienda Sanitaria di residenza della coppia, informata dei costi e delle modalità di fatturazione dell'intera procedura.

2) AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE IN MATERIA DI PMA

NOTA	Codice	DENOMINAZIONE	CONDIZIONE DI EROGABILITA'	BRANCA	TARIFFA €
RH	69.92.2	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) OMOLOGA. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.	Fino al compimento del 46° anno. Fino a 6 cicli. Ciascun ciclo: da 65.11 AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick-up ovocitario] a uno o più 69.92.5 TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) Esclusi farmaci	Ostetricia e ginecologia	600,00
RH	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI A FRESCO. Incluso: coltura, reperimento gameti e monitoraggio.	Fino al compimento del 46° anno. Fino a 6 cicli. Ciascun ciclo: fino a uno o più TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) (69.92.5) Esclusi farmaci	Ostetricia e ginecologia	800,00
RH	69.92.4	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza prelievo, visita anestesiológica, sedazione, monitoraggio parametri vitali.		Ostetricia e ginecologia e Urologia	100,00
RH	69.92.5	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via laparoscopica		Ostetricia e ginecologia	200,00
RH	69.92.7	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. Incluso: scongelamento. Incluso reperimento gameti femminili e monitoraggio	Fino al compimento del 46° anno. Fino a 6 cicli. Ciascun ciclo: fino a uno o più TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) (69.92.5) esclusi farmaci	Ostetricia e ginecologia	2200,00
RH	69.92.8	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON GAMETI MASCHILI. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento. Incluso reperimento gameti maschili	Fino al compimento del 46° anno. Fino a 6 cicli. Ciascun ciclo: da 65.11 AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick-up ovocitario] a uno o più 69.92.5TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) Esclusi farmaci	Ostetricia e ginecologia	900,00
RH	69.92.9	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] DA DONAZIONE DI GAMETI		Ostetricia e ginecologia	450,00



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

908

		MASCHILI Incluso reperimento gameti maschili, trasporto e scongelamento			
R	69.92.A	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] OMOLOGA		Ostetricia e ginecologia	100,00
RH	65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick up ovocitario]. Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso eventuale congelamento e conservazione. Incluso: visita anestesiológica, sedazione cosciente, monitoraggio parametri vitali. Escluso per via laparoscopica		Ostetricia e ginecologia	550,00
	88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1		Ostetricia e ginecologia Diagnostica per immagini	100,00
	90.28.C	INIBINA B		Laboratorio	45,00
	90.17.G	ORMONE ANTI-MULLERIANO (AMH). DOSAGGIO	Per la valutazione della riserva ovarica nella donna fertile	Laboratorio	40,00

3) ELENCO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nota	codice	DENOMINAZIONE	CONDIZIONI DI EROGABILITA'	BRANCA	TARIFFA €
RH	69.92.2.	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) OMOLOGA. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.	Fino al compimento del 46° anno. Fino a 6 cicli. Ciascun ciclo: da 65.11 AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick-up ovocitario] a uno o più 69.92.5 TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Esclusi farmaci	Ostetricia e ginecologia	600,00
RH	69.92.4	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo. Incluso: visita anestesiológica, sedazione, monitoraggio incruento parametri vitali. Non associabile a 62.11		Ostetricia ginecologia ed Urologia	100,00
RH	69.92.5	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via laparoscopica		Ostetricia e ginecologia	200,00
RH	69.92.7	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. Incluso: scongelamento. Incluso reperimento gameti femminili e monitoraggio	Fino al compimento del 46° anno. Fino a 6 cicli. Ciascun ciclo: fino a uno o più TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) (69.92.5) Esclusi farmaci	Ostetricia e ginecologia	2200,00
RH	69.92.8	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON GAMETI MASCHILI. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento. Incluso reperimento gameti maschili	Fino al compimento del 46° anno. Fino a 6 cicli. Ciascun ciclo: da 65.11 AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick-up ovocitario] a uno o più 69.92.5 TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) Esclusi farmaci	Ostetricia e ginecologia	900,00

58



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

908

RH	69.92.9	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI Incluso reperimento gameti maschili, trasporto e scongelamento		Ostetricia e ginecologia	450,00
R	69.92.A	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] OMOLOGA		Ostetricia e ginecologia	100,00
RH	65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick up ovocitario]. Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso eventuale congelamento e conservazione. Incluso: visita anestesiologicala, sedazione, monitoraggio parametri vitali. Escluso per via Laparoscopica.		Ostetricia e ginecologia	550,00
	88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1		Ostetricia e ginecologia	100,00
	90.28.C	INIBINA B		Laboratorio	45,00
	90.17.G	ORMONE ANTI-MULLERIANO (AMH). DOSAGGIO	Per la valutazione della riserva ovarica nella donna fertile	Laboratorio	45,00

Pertanto si elimina la prestazione:

H	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE Intracervicale e intrauterina (IAO)
---	-------	---