

n. protocollo

Al direttore del Distretto Sanitario n.ro.....

A.S.L. ....

sede

p.c. Al Direttore generale dell'Azienda USL

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI PER LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA IN CENTRO DI PMA PUBBLICO O PRIVATO ACCREDITATO DELLA TOSCANA CON ONERI A CARICO DELLA REGIONE DI RESIDENZA.**

La sottoscritta Cognome .....Nome.....

nata a ..... il .....

residente nel Comune di.....in via.....

Codice Fiscale.....recapito telefonico.....

n.ro Tessera Sanitaria .....

Partner/moglie del sottoscritto

Cognome.....Nome.....

nato a ..... il .....

residente nel Comune di.....in via.....

Codice Fiscale.....recapito telefonico.....

n.ro Tessera Sanitaria .....

#### **PREMESSO CHE**

- Gli articoli 2-3-29-31 e 32 della Costituzione Italiana tutelano i diritti delle coppie a formare una famiglia includendo la scelta di avere un figlio come un diritto fondamentale e, impongono alla Repubblica e quindi allo Stato Regioni ed Enti, l'obbligo ad agevolare tale diritto anche con l'impiego di misure economiche agevolate. Altresì, l'Art. 3 e 32 impongono la tutela dell'integrità fisica e psichica della coppia in cui uno dei due componenti non è in grado di procreare. In Italia, è previsto il diritto alla libera scelta del cittadino a farsi curare sull'intero territorio nazionale.
- L'esito della prestazione di PMA è condizionato dall'età della donna e quindi influenzato in maniera negativa ed irreversibile dal prolungamento dei tempi di attesa tra richiesta di prestazione e fornitura della stessa. Attualmente, nelle Regioni le liste di attesa per tali prestazioni sono lunghe e manca come da decreto legislativo 124/1998 art. 3 comma 10 la disciplina e la pubblicazione della tempistica massima tra richiesta ed erogazione della prestazione sanitaria
- La mobilità sanitaria interregionale per prestazione di PMA non può essere bloccata con provvedimenti di razionalizzazione della spesa in virtù di piani regionali di rientro economico o evocando necessità di impedire dissesti economici.
- Il ritardo delle Regioni a realizzare, quanto concordato nella Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 25 settembre 2014 nella quale si impegnava ad introdurre nei LEA le procedure sanitarie di PMA, non può essere fonte di danno per il cittadino.

## CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

a fruire dell'assistenza sanitaria diretta per la sotto specificata prestazione di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA):

- Inseminazione intrauterina (cod. 69.92)
- Inseminazione intrauterina (cod. 69.93.1) con Reperimento Gameti Maschili da Donatore (cod. 69.93.A)
- Inseminazione intrauterina (cod. 69.93.1) con Reperimento Gameti Maschili da Banche (cod. 69.93.B)
- Fecondazione in vitro (cod. 69.92.3)
- Fecondazione in vitro con prelievo microchirurgico degli spermatozoi (cod. 69.92.4)
- Fecondazione in vitro (cod. 69.93.2) con Reperimento gameti Maschili da donatore (cod. 69.93.A)
- Fecondazione in vitro (cod. 69.93.2) con Reperimento gameti Maschili da Banche (cod. 69.93.B)
- Fecondazione In Vitro Da Donazione Di Ovociti (cod. 69.93.3) con Reperimento Di Ovociti Da donna che effettua un ciclo (cod. 69.93.C)
- Fecondazione In Vitro Da Donazione Di Ovociti (cod. 69.93.3) con Reperimento Di Ovociti Da Banche (cod. 69.93.E)
- Fecondazione In Vitro Da Donazione Di Ovociti (cod. 69.93.3) con Reperimento Di Ovociti Da donna che non sta effettuando un ciclo di PMA (cod. 69.93.D)
- Fecondazione In Vitro Da Donazione Di Ovociti e Prelievo Microchirurgico Degli Spermatozoi (cod. 69.93.4) con Reperimento Di Ovociti Da Banche (cod. 69.93.E)
- Fecondazione In Vitro Da Donazione Di Ovociti e Prelievo Microchirurgico Degli Spermatozoi (cod. 69.93.4) con Reperimento Di Ovociti Da donna che effettua un ciclo di PMA (cod. 69.93.C)
- Fecondazione In Vitro Da Donazione Di Ovociti e Prelievo Microchirurgico Degli Spermatozoi (cod. 69.93.4) con Reperimento Di Ovociti Da donna che non effettua un ciclo di PMA (cod. 69.93.D)
- Fecondazione In Vitro Da Donazione Di Ovociti (cod. 69.93.3) con Reperimento Di Ovociti Da Banche (cod. 69.93.E) e Reperimento gameti Maschili da Banche (cod. 69.93.B)
- \_\_\_\_\_

presso la struttura privata accreditata dalla Regione Toscana e denominata **CHIANCIANO SALUTE SPA – VIA CONCETTO MARCHESI N. 73 CHIANCIANO TERME (SI)** autorizzata all'attività di PMA con autorizzazione n. 4 dell'11/06/2002 (L.R. 23/02/1999, n. 8).

### **A tal fine, allega la seguente documentazione:**

- 1.** Certificazione del medico specialista del Centro CHIANCIANO SALUTE SPA della Regione Toscana, attestante:
  - Requisiti di coppia per accedere a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita ai sensi della Normativa vigente in materia (L.40 del 19/02/2014 e successivi decreti attuativi)
  - Procedura prevista e codice prestazione del nomenclatore della Regione Toscana (DGR 837/2014)
- 2.** Autocertificazione attestante il numero dei cicli di PMA omologa ed eterologa già effettuati presso centri pubblici o privati convenzionati a carico del sistema sanitario nazionale.
- 3.** Dichiarazione di essere in stato di matrimonio/convivenza e di essere a conoscenza di quanto previsto dalla legge 40/2004, modificata dalla sentenza della Corte Costituzionale n° 151/2009 e n° 162/2014.
- 4.** modello di autorizzazione all'erogazione della prestazione da parte della ASL di residenza della coppia che può essere sostituito dalla semplice **apposizione di timbro della ASL nell'apposito spazio nel retro dell'impegnativa alla voce il medico**

## **IN CASO DI AUTORIZZAZIONE**

Se l'autorizzazione non può essere rilasciata all'esibizione del presente documento si prega di contattare il seguente numero telefonico 0578/62713 o inviare comunicazione scritta a CHIANCIANO SALUTE SPA VIA CONCETTO MARCHESI N. 73 – 53042 CHIANCIANO TERME (SI).

## **IN CASO DI DINIEGO DELL'AUTORIZZAZIONE**

si prega di fornire le generalità del responsabile del procedimento amministrativo, in caso di mancanza di tale informazione si riterrà che il responsabile sia il direttore del distretto sanitario come da legge 241 del 1990 e legge 15 del 2005

## **IN CASO DI MANCATA RISPOSTA**

Si ricorrerà a quanto previsto dalla legge 241/1990 e legge 124/2015 che disciplinano la norma del silenzio assenso riservandosi il diritto a risarcimento danni derivanti dall'effetto negativo sulla propria capacità riproduttiva per il tempo trascorso o in caso di superamento ,per tale ritardo, del limite d'età che permette la fruizione dell'assistenza in convenzione

Luogo e data .....

Firma per esteso.....

La sottoscritta .....

ai sensi del combinato disposto dell'art. 13,20 e 76 del D.lgs 196/2003, informata del fatto che i propri dati personali ed in particolare quelli sensibili a carattere sanitario verranno utilizzati dall'Azienda, titolare del trattamento, esclusivamente per rilasciare la presente autorizzazione e per il successivo pagamento, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003,

**esprime il consenso**

al trattamento dei dati personali ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie.

Luogo e data .....

Firma per esteso.....



**Alleg. (1)**

## **CERTIFICATO DI INFERTILITA'**

Si certifica che dall'esame della storia clinica e degli elementi clinico anamnestici presi in esame, la coppia costituita dal Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e dalla Sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presenta una condizione di infertilità \_\_\_\_\_ per cui necessita del ricorso a procedure di Procreazione Medicalmente Assistita di tipo: \_\_\_\_\_

Si fa presente che qualsiasi ritardo, non motivato da condizioni mediche, comporta un danno biologico irreversibile in quanto, come si evince dai dati scientifici e dai dati riportati dall'Istituto Superiore di Sanità, la qualità ovocitaria, la percentuale di fertilizzazione e le percentuali di impianto embrionario si riducono drasticamente limitando altresì le percentuali di successo.

Si rilascia il presente certificato in ottemperanza all'articolo 4 comma 1 della Legge 40/2004 esclusivamente per i fini indicati dalla citata legislazione.

In fede

Chianciano Terme, lì

**DR. ALFONSO MARIA INOLLO**  
**MEDICO CHIRURGO**  
Specialista in Ostetricia e Ginecologia  


Alleg. (2)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

( Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritta Sig.ra \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,  
richiamate dall'Art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

### DICHIARO

- di essere in possesso di tutti i requisiti necessari per l'accesso alle tecniche di PMA omologa/eterologa a carico del SSN stabiliti dall'accordo sancito dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome nella seduta del 4 settembre 2014.
- di non essere contemporaneamente sottoposta a cicli di PMA presso altre strutture pubbliche o private con oneri a carico del SSN.
- di essere informata che, ai sensi del Nuovo Regolamento Europeo Legge EU 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che, al riguardo, competono tutti i diritti ivi previsti.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e Data)

LA DICHIARANTE  
\_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*

*Informativa ai sensi del DLGS 196/03*

*i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo come da informativa.*

Alleg. (3)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

( Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritta Sig.ra \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
e il Sig.re \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
(*indicare solo se diversa*) \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_

Consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,  
richiamate dall'Art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

### DICHIARIAMO

- DI ESSERE LEGALMENTE CONIUGATI
- DI ESSERE NON CONIUGATI MA STABILMENTE CONVIVENTI

**Dichiariamo, inoltre,** di essere a conoscenza di quanto previsto dalla legge 40/2004, modificata dalla sentenza della Corte Costituzionale n° 151/2009 e n° 162/2014.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e Data)

**I DICHIARANTI**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*

**Informativa ai sensi del DLGS 196/03**

*i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo come da informativa.*

Alleg. (4)

## AUTORIZZAZIONE ALLE PRESTAZIONI DI PMA PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE CONVENZIONATE

Vista la domanda protocollo numero ....., esaminata la relativa documentazione della richiedente

**SI AUTORIZZA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ A.S.L. di Residenza \_\_\_\_\_

n. tessera sanitaria \_\_\_\_\_ cod fiscale \_\_\_\_\_

l'erogazione di prestazioni per la procreazione medicalmente assistita in un centro di PMA pubblico o privato accreditato della Toscana con oneri a carico della Regione di residenza secondo quanto previsto dal nomenclatore tariffario vigente. Fermo restando che l'Azienda potrà in sede di compensazione delle prestazioni eseguite richiedere ogni chiarimento e necessaria documentazione per verificare la sussistenza delle condizioni richieste per il riconoscimento economico ai sensi delle normative vigenti e che non potranno essere riconosciuti trattamenti e prestazioni al di fuori delle normative previste.

**NON SI AUTORIZZA**

per le seguenti motivazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in caso di mancata autorizzazione inviare copia della presente al fax 0578/654135

DATA

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## COMUNICAZIONE

### AUTORIZZAZIONE/NON AUTORIZZAZIONE E DELEGA

alle prestazioni di PMA presso strutture pubbliche o private convenzionate

Vista la domanda protocollo n. .... relativa alla documentazione della richiedente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ A.S.L. di Residenza \_\_\_\_\_

n. tessera sanitaria \_\_\_\_\_ cod fiscale \_\_\_\_\_

la sottoscritta autorizza la Direzione del Distretto Sanitario interpellato a comunicare l'esito della propria domanda al Centro CHIANCIANO SALUTE SpA sito in Via Concetto Marchesi n. 73 – 53042 Chianciano Terme (SI) che ne potrà fare richiesta ai fini organizzativi.

Fax n. 0578/654135

email : [info@chiancianosalute.com](mailto:info@chiancianosalute.com)

DATA

FIRMA DELLA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_