

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 CAMPANIA.

La sottoscritta CognomeNome.....
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** con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2018 veniva assegnato "... al Commissario ad Acta l'incarico di attuare i Programmi Operativi 2016/2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei **Livelli Essenziali di Assistenza** in materia di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai tavoli Tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente";
- **Che** nella stessa Deliberazione venivano individuate alcune azioni, come **acta** alle quali dare corso prioritariamente, in particolare al punto VII "Attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli Enti del Servizio Sanitario Nazionale";
- **Che** tali **acta**, essendo individuati nel Piano di Rientro, sono vincolanti per le Regioni;
- **Visto** che con Legge n. 40 del 19/02/2014 veniva previsto che gli interventi di Procreazione Medicalmente Assistita venissero realizzati nelle strutture pubbliche e private, autorizzate dalle Regioni;
- **Che** con l'accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 15/03/2012 venivano definiti i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici per procedere all'autorizzazione di dette strutture sanitarie;
- **Che** con Decreto Ministeriale dell'1/7/15, venivano aggiornate le Linee Guida relative alle Tecniche e procedure della PMA;
- **Che** con Deliberazione di Giunta Regionale n. 284/2016 veniva approvato il Documento "Programmazione PMA Omologa Campania";
- **Rilevato che** con sentenza n. 162/2014 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del divieto di fecondazione eterologa e, a seguito di tale sentenza, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (Rep Atti n. 14/109/CR02/C7SAN del 4 settembre 2014) approvava il "Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa";
- **Che** in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome è stato approvato il documento "Definizione Tariffa unica convenzionale per le prestazioni di fecondazione eterologa" (con eventuali compensazioni tra Regioni diverse) prevedendo 3 differenti tipologie di fecondazione eterologa, da effettuarsi in setting assistenziale ambulatoriale;

- **Che** il DCA n. 8/2018 ha disposto che il modello organizzativo doveva essere declinato in un apposito provvedimento regionale che doveva prevedere:
i fabbisogni regionali, le unità organizzative, il numero e le sedi di erogazione delle prestazioni, le prestazioni erogabili, i setting assistenziali, la relazione pubblico/privato;
- **Che** il DPCM del 12/01/2017 ha inserito nelle prestazioni che il SSN deve garantire, anche quelle relative alla fecondazione assistita di tipo eterologo, e ha stabilito che le coppie che si sottopongono alle procedure di PMA eterologa, contribuiscano ai costi delle attività nella misura fissata dalle Regioni e dalle Province Autonome;
- **Che** con nota del Ministero della Salute dl 6/11/2017 veniva stabilito che l'erogazione delle prestazioni PMA incluse nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale venisse subordinata all'approvazione del decreto di fissazione delle relative tariffe e che, fino a quel momento, restavano in vigore le disposizioni approvate dalle singole Regioni, e che la possibilità di usufruire delle prestazioni al di fuori della regione di residenza poteva essere assicurata solo se conforme a disposizioni regionali,
- **Che** il Commissario ad Acta, con Decreto n. 67 del 25/07/2018, recepiva sia il “Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa” (Rep Atti n. 14/109/CR02/C7SAN del 4 settembre 2014) sia il documento “Definizione Tariffa unica convenzionale per le prestazioni di fecondazione eterologa” (Rep. Atti n. 14/121/CR7C/C7 del 25/09/14), oltre a tutti i documenti relativi ai criteri per le visite di verifica dell'esistenza dei requisiti richiesti ai Centri per prestazioni PMA; disponeva altresì per un riordino immediato ed un aggiornamento della disciplina regionale vigente in materia di PMA e di vagliarne gli esisti nei successivi 45 giorni; sospendeva infine, nelle more, l'allegato A alla DGRC n. 284 del 21/06/2016 per la parte relativa alla fecondazione eterologa;
- **Che** la erogazione di prestazioni di PMA in centri fuori Regione, prevede che gli oneri economici siano a carico della Regione di residenza, secondo quanto previsto dal Nomenclatore Tariffario Vigente.

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

a fruire dell'assistenza sanitaria diretta per la sotto specificata prestazione di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) per la quale si specifica anche il preventivo di spesa:

- Inseminazione intrauterina (cod. 69.92).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 475,00 di cui € 100,00** a carico dell'assistita.
- Fecondazione in vitro (cod. 69.92.3).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 1.826,00 di cui € 500,00** a carico dell'assistita.
- Fecondazione in vitro con prelievo microchirurgico degli spermatozoi (cod. 69.92.4).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 2.549,00 di cui € 500,00** a carico dell'assistita.
- Inseminazione intrauterina (cod. 69.93.1) con Reperimento Gameti Maschili da Donatore (cod. 69.93.A).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 655,00 di cui € 100,00** a carico dell'assistita.
- Inseminazione intrauterina (cod. 69.93.1) con Reperimento Gameti Maschili da Banche (cod. 69.93.B).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 955,00 di cui € 100,00** a carico dell'assistita.
- Fecondazione in vitro (cod. 69.93.2) con Reperimento gameti Maschili da donatore (cod. 69.93.A).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 2.019,00 di cui € 500,00** a carico dell'assistita.
- Fecondazione in vitro (cod. 69.93.2) con Reperimento gameti Maschili da Banche (cod. 69.93.B).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 2.319,00 di cui € 500,00** a carico dell'assistita.
- 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).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 1.860,00 di cui € 500,00** a carico dell'assistita.

- **Fecondazione In Vitro Da Donazione Di Ovociti (cod. 69.93.3) con Reperimento Di Ovociti Da Banche (cod. 69.93.E).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 3.933,00 di cui € 500,00** a carico dell'assistita.
- **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).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 2.852,00 di cui € 500,00** a carico dell'assistita.
- **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).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 4.656,00 di cui € 500,00** a carico dell'assistita.
- **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).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 2.583,00** di cui € 500,00 a carico dell'assistita.
- **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).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 3.575,00 di cui € 500,00** a carico dell'assistita.
- **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).** Il preventivo di spesa in regime convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per la Regione Toscana è di **€ 4.333,00 di cui € 500,00** a carico dell'assistita.

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 Nuovo Regolamento Europeo Legge EU 2016/679, 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.

esprime il consenso

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

Luogo e data

Firma per esteso.....

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 Nuovo Regolamento Europeo Legge EU 2016/679

*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.*

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 Nuovo Regolamento Europeo Legge EU 2016/679

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

DATA

FIRMA DELLA RICHIEDENTE
