

LA GIUNTA REGIONALE

- richiamata la propria deliberazione n. 5026 in data 24 dicembre 2001 relativa all'approvazione dell'elenco aggiornato delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e delle relative tariffe;
- evidenziato che tra le prestazioni riconducibili alla procreazione medico assistita vengono indicate, tra l'altro, con il codice 69.92 "inseminazione artificiale – intracervicale e intrauterina (IAO)" e con il codice 88.78.5 "pacchetto di n. 8 ecografie transvaginali per monitoraggio follicoli ovarici";
- ritenuto, sulla base delle indicazioni dei competenti uffici, di modificare la dizione della prestazione individuata con il codice 69.92 con la dizione "inseminazione intrauterina" nonchè la dizione della prestazione indicata con il codice 88.78.5 con la dizione "pacchetto di n. 5 ecografie transvaginali per monitoraggio follicoli ovarici";
- ritenuto, inoltre, di dover precisare che la prestazione con il codice 69.92 sia erogata, con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, fatto salvo il pagamento della quota di compartecipazione se dovuta, entro i limiti di seguito evidenziati:
 - a) quando l'età della partner femminile sia minore od uguale a 41 anni, al momento della 1^ visita presso la struttura individuata verificato che oltre la stessa età la possibilità di ottenere una gravidanza, indipendentemente dalla tecnica usata, diminuisce in maniera sensibile;
 - b) la prestazione può essere ripetuta, in caso di non successo, esclusivamente fino a 5 volte (totale 6 cicli);
- ritenuto che in riferimento al precedente punto b) la struttura, in possesso dell'idonea documentazione accerti e verifichi l'accessibilità alla prestazione con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, in quanto compresa nel numero di cicli consentito;
- richiamata la propria deliberazione n. 5022 in data 24 dicembre 2001 relativa all'approvazione di linee guida per l'attivazione, organizzazione e funzionamento, da parte dell'Azienda U.S.L., delle attività di chirurgia di giorno e ambulatoriale e per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni fornite;
- evidenziato che per la specialità di ostetricia e ginecologia nell'ambito dell'attività di day surgery è stata prevista la prestazione "aspirazioni ecoguidate di follicoli ovarici per fivet e transfert intrauterini di embrioni" pur in presenza della stessa prestazione nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sia nazionale che regionale;
- ritenuto pertanto di modificare la suddetta deliberazione n. 5022/2001 nella parte relativa all'elenco delle prestazioni indicate in regime di day surgery per la specialità di ostetricia e

ginecologia cancellando la prestazione “aspirazioni ecoguidate di follicoli ovarici per fivet e transfert intrauterini di embrioni” e inserendo la stessa tra quelle effettuabili in chirurgia ambulatoriale;

- visto il D.P.R. 14 gennaio 1997 relativo all’approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle province Autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- evidenziato che presso l’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta è in fase di organizzazione l’attività di una struttura adibita alla Procreazione Medico Assistita Omologa (PMAO) ;
- considerato che presso l’Azienda USL è già presente un elenco relativo a coppie sterili in attesa di essere sottoposte ai trattamenti previsti e che tale elenco potrebbe prevedere condizioni della partner femminile non riconducibili ai limiti di età sopraindicati;
- ritenuto, pertanto, in via eccezionale, di dover garantire comunque l’accesso alle prestazioni a quelle donne con età superiore a quella fissata dalla presente deliberazione;
- considerato che l’assoluta carenza di regolamentazione in materia rende quanto mai indifferibile individuare, pur nell’attesa dei principi generali in corso di approvazione in sede nazionale, alcuni criteri e direttive che garantiscano trattamenti ed assistenza secondo standard di qualità adeguati sia sotto l’aspetto professionale che tecnico-organizzativo;
- ritenuto, nelle more dell’emanazione da parte del Ministero della Salute, di normativa concernente l’individuazione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi dei centri che operano nel campo della PMAO, identificare tali requisiti nonchè gli indirizzi operativi affinché l’attività espletata avvenga nella più scrupolosa osservanza di tutte le misure atte a tutelare la salute degli utenti;
- considerato che la procreazione medico assistita comprende tecniche che presentano complessità molto diverse così da rendere necessaria l’individuazione di distinti livelli di intervento (1°, 2° e 3°);
- evidenziato che le prestazioni erogate nell’ambito del 1° livello sono previste nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali approvato con la suddetta deliberazione della Giunta regionale n. 5026/2001 e pertanto sono a carico del Servizio Sanitario Regionale fatta salva la compartecipazione alla spesa da parte dell’utente se dovuta;
- ritenuto che per le prestazioni erogate nell’ambito del 2° livello, con esclusione di quelle previste dal nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali, vengano determinate le relative tariffe, nonchè la quota di compartecipazione a carico degli utenti calcolata in

rapporto al numero dei soggetti costituenti il nucleo familiare e al reddito annuo lordo complessivo del predetto nucleo ;

- evidenziato che le prestazioni comprese nel 3° livello essendo erogate in regime di ricovero sono a carico del Servizio Sanitario Regionale senza oneri da parte dell'utente;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 5186 in data 31.12.2001 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2002/2004, con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati e di disposizioni applicative;
- visto il parere favorevole di legittimità rilasciato dal Direttore della Direzione Salute dell'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali, ai sensi del combinato disposto degli articoli 13 - comma 1 - lett. e) e 59 - comma 2 - della legge regionale n. 45/1995, sulla legittimità della presente deliberazione;
- su proposta dell'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, Roberto Vicquery;
- ad unanimità di voti favorevoli,

DELIBERA

- 1°) di individuare per l'attività di Procreazione Medico Assistita Omologa (PMAO), in quanto comprensiva di tecniche che presentano complessità molto diverse, tre livelli di intervento, come da allegato n. 1, che forma parte integrante della presente deliberazione, dando atto che:
- le prestazioni erogate nell'ambito del 1° livello sono previste nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 5026 in data 24 dicembre 2001 e pertanto sono a carico del Servizio Sanitario Regionale fatta salva la compartecipazione alla spesa da parte dell'utente se dovuta;
 - le prestazioni erogate nell'ambito del 2° livello, con esclusione di quelle previste dal nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali, vengono tariffate e viene stabilita la quota di compartecipazione a carico degli utenti, residenti nella Regione, calcolata in rapporto al numero dei soggetti costituenti il nucleo familiare e al reddito annuo lordo complessivo del predetto nucleo. I soggetti non residenti nella Regione sono tenuti al pagamento dell'intera tariffa per ogni prestazione usufruita, come stabilito nell'allegato n. 3 (lettere A-B-C-E);
 - le prestazioni comprese nel 3° livello essendo erogate in regime di ricovero sono a carico del Servizio Sanitario Regionale senza oneri da parte dell'utente;

- 2°) di modificare parzialmente, come segue, la deliberazione della Giunta regionale n. 5026 in data 24 dicembre 2001 relativa all'approvazione dell'elenco aggiornato delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e delle relative tariffe:
- a) la dizione della prestazione con il codice 69.92 "inseminazione artificiale – intracervicale e intrauterina (IAO)" è modificata con la dizione "inseminazione intrauterina";
 - b) la dizione della prestazione con il codice 88.78.5 "pacchetto di n. 8 ecografie transvaginali per monitoraggio follicoli ovarici" è modificata con la dizione "pacchetto di n. 5 ecografie transvaginali per monitoraggio follicoli ovarici";
- 3°) di stabilire che la prestazione con il codice 69.92 sia erogata, con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, fatto salvo il pagamento della quota di compartecipazione se dovuta, entro i limiti di seguito evidenziati da riportare nell'allegato n. 2 "Prestazioni erogabili solo conformemente alle specifiche indicazioni clinico-diagnostiche" dell'elenco approvato con la deliberazione della Giunta regionale sopracitata n. 5026/2001:
- a) quando l'età della partner femminile sia minore od uguale a 41 anni, al momento della 1^ visita presso la struttura individuata verificato che oltre la stessa età la possibilità di ottenere una gravidanza, indipendentemente dalla tecnica usata, diminuisce in maniera sensibile;
 - b) la prestazione può essere ripetuta, in caso di non successo, esclusivamente fino a 5 volte (totale 6 cicli);
- 4°) di stabilire che in riferimento al precedente punto 3°) b) la struttura accerta e verifica l'accessibilità alla prestazione, con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, fatta salva la quota di compartecipazione alla spesa se dovuta, in quanto compresa nel numero di cicli consentito;
- 5°) di modificare, parzialmente, la deliberazione della Giunta regionale n. 5022 in data 24 dicembre 2001, relativa all'approvazione di linee guida per l'attivazione, organizzazione e funzionamento, da parte dell'Azienda U.S.L., delle attività di chirurgia di giorno e ambulatoriale e per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni fornite, nell'allegato riportante l'elenco delle prestazioni indicate in regime di day surgery per la specialità di ostetricia e ginecologia cancellando la prestazione "aspirazioni ecoguidate di follicoli ovarici per fivet e transfert intrauterini di embrioni" e inserendo la stessa tra quelle effettuabili in ambulatorio;
- 6°) di approvare, in recepimento e ad integrazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'esercizio di Procreazione Medico Assistita Omologa (PMAO) da parte delle strutture pubbliche e private come definiti nell'allegato 1 che forma parte integrante della presente deliberazione;

- 7°) di stabilire che tali requisiti costituiscono precise linee operative per le procedure autorizzative e di accreditamento ai sensi della vigente normativa in materia;
- 8°) di determinare per le prestazioni erogate nell'ambito del 2° livello, con esclusione di quelle previste dal nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali, le relative tariffe, nonché la quota di compartecipazione a carico degli utenti calcolata in rapporto al numero dei soggetti costituenti il nucleo familiare e al reddito annuo lordo complessivo del predetto nucleo secondo quanto indicato nella tabella “ Tariffario prestazioni e relativa quota di compartecipazione alla spesa” che costituisce l'allegato n. 2 alla presente deliberazione e ne forma parte integrante;
- 9°) di garantire, in via eccezionale, l'accesso alle prestazioni alle donne con età superiore a quella fissata dalla presente deliberazione che sono alla data di adozione della presente deliberazione presenti nella lista di attesa presso l'Azienda USL;
- 10°) di stabilire che la presente deliberazione venga pubblicata integralmente sul Bollettino Ufficiale della Regione;
- 11°) di trasmettere la presente deliberazione all'Azienda USL della Valle d'Aosta per i successivi adempimenti di competenza.

MJ

Delibera FIVET

ALLEGATO N. 1 ALLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1355
IN DATA 15 APRILE 2002

1° LIVELLO PMAO

- **MONITORAGGIO OVULAZIONE (cod.88.78.5)**
Comprende n.° 5 ecografie.
- **CAPACITAZIONE DEL LIQUIDO SEMINALE (cod. 69.92.1)**
Fase di laboratorio.
- **DOSAGGI ORMONALI (cod. 90.35.2)**
Dosaggi seriati dopo stimolo (5)
- **INSEMINAZIONE INTRAUTERINA (cod. 69.92)**

2° LIVELLO PMAO

- **FECONDAZIONE IN VITRO SENZA INSEMINAZIONE**
- **INTRACITOPLASMATICA – FIVET –**
88.78.5 e/o 69.92.1 e/o 90.35.2 + prelievo degli ovociti + fecondazione
in vitro sec. FIVET + transfer
- **FECONDAZIONE IN VITRO CON INSEMINAZIONE**
- **INTRACITOPLASMATICA - ICSI –**
88.78.5 e/o 69.92.1 e/o 90.35.2 + prelievo degli ovociti + fecondazione
in vitro sec. ICSI + transfer
- **PRELIEVO E/O ASPIRAZIONE DELI SPERMATOZOI**
Prevede le tecniche PESA, TESA

3° LIVELLO PMAO

- **FECONDAZIONE CON GIFT E/O ZIFT**
88.78.5 e/o 69.92.1 e/o 90.35.2 + prelievo degli ovociti + fecondazione
intratubarica con tecnica laparoscopica
- **PRELIEVO E/O ASPIRAZIONE MICROCHIRURGICA DEGLI SPERMATOZOI**
Prevede le tecniche, MESA e TESE.

Premesse

Le tecniche di procreazione medico assistita omologa (P.M.A.O) sono finalizzate al trattamento dell'infertilità; devono essere applicate qualora non sia stato possibile ripristinare la fertilità spontanea o qualora i trattamenti sia medici che chirurgici, atti a correggere o rimuovere le cause della sterilità non abbiano avuto esito positivo.

Con il termine di procreazione medico assistita si intendono una serie di metodiche che vanno dalle tecniche più semplici, ampiamente utilizzate da molti anni come l'inseminazione intrauterina (IUI), a tecniche più complesse e più recenti come l'inseminazione intracitoplasmatica degli spermatozoi (ICSI).

Con il termine "omologa" si intende che queste tecniche prevedano l'utilizzo esclusivo di cellule germinali (ovociti, spermatozoi) provenienti da entrambi i componenti delle coppie infertili.

Nel caso in cui nella coppia infertile persista un residuo di fertilità spontanea, le procedure di P.M.A.O. trovano una corretta applicazione, in base all'età della donna ed alla durata dell'infertilità, quando offrano possibilità di gravidanza superiori alla probabilità di concepimento spontaneo.

Esse vanno inserite in un corretto processo diagnostico e terapeutico, che abbia attentamente valutato le possibilità di una fecondazione spontanea.

Pur riconoscendo che la sterilità è una condizione patologica e pertanto chi ne è affetto ha il diritto ad essere curato in tutti i modi possibili, bisogna riconoscere che l'ottenere una gravidanza con metodi clinici non costituisce una cura della sterilità bensì un metodo per aggirarne gli effetti. Pertanto, mentre esiste il pieno diritto alla cura non si può riconoscere un altrettanto pieno diritto, ma solo legittimo desiderio, ad avere comunque un figlio.

A) Requisiti strutturali e tecnologici dei presidi pubblici e privati che esercitano l'attività sanitaria di Procreazione Medico Assistita Omologa (P.M.A.O.)

L'apertura e l'esercizio delle strutture che erogano prestazioni di P.M.A.O., da autorizzarsi in base alla vigente normativa, deve essere subordinata alla verifica della sussistenza, oltre che dei requisiti igienici ed edilizi di cui ai vigenti regolamenti comunali, di requisiti minimi di struttura, strumentazione e personale, specificamente individuati tenendo presente che gli interventi di P.M.A.O. oggi in uso, sono collocabili all'interno di tre livelli, distinti per complessità crescente delle caratteristiche tecnico-scientifiche e delle attrezzature e competenze tecnico sanitarie necessarie.

Nell'individuazione di tali requisiti si assumono come base le prescrizioni di cui alle vigenti leggi regionali in materia e di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", il quale ha individuato requisiti minimi strutturali e tecnologici generali,

nonchè requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici specifici con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale (ambulatori, laboratori) e di ricovero (strutture di ricovero ospedaliero, anche a ciclo diurno).

In aggiunta e/o specificazione di essi, si individuano i sotto elencati ulteriori requisiti, variabili a seconda della complessità delle prestazioni erogate.

Conseguentemente, le strutture erogatrici vengono classificate, a seconda del tipo di tecniche utilizzate, come strutture di primo, secondo o terzo livello.

1° LIVELLO

Le metodiche di P.M.A.O. di primo livello, eseguibili in regime ambulatoriale, comprendono l'espletamento delle procedure di:

- Inseminazione intrauterina in ciclo naturale.
- Inseminazione intrauterina associata all'induzione dell'ovulazione multipla.

I requisiti minimi devono assicurare la possibilità di preparazione del liquido seminale (capacitazione) e di monitoraggio ecografico e/o ormonale della crescita follicolare multipla (monitoraggio ovulazione) ed eventuali tecniche di crioconservazione dello sperma.

I requisiti di cui alla vigente normativa sono pertanto integrati e/o specificati come segue:

Locali:

- area di attesa, accettazione, attività amministrativa
- servizi igienici distinti per il personale e per i pazienti
- un locale idoneo per l'esecuzione delle prestazioni sulla paziente
- un locale idoneo (camera biologica e/o laboratorio) contiguo al precedente per la preparazione del campione seminale
- spazio/locali per il deposito e trattamento del materiale d'uso.

Strumentazione di base:

- idonea attrezzatura per l'esecuzione dello spermogramma e del test di capacitazione seminale
- ecografo con sonda vaginale
- incubatore a secco o bagnomaria termostato
- centrifuga
- microscopio ottico
- cappa a flusso laminare
- pipettrice
- apparecchio per dosaggi ormonali rapidi o collegamento funzionale con laboratorio di analisi cliniche.

Competenze professionali:

- presenza di un medico specialista in ginecologia e/o fisiopatologia della riproduzione, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte, che assicuri anche competenza in seminologia
- in alternativa, la competenza in seminologia è assicurata da un biologo o da un andrologo
- disponibilità, qualora necessaria, di consulenza in andrologia ed endocrinologia, da garantire tramite sottoscrizione di specifico accordo con medici specialisti in materia
- disponibilità di consulenza psicologica alla coppia (opzionale)
- disponibilità di unità infermieristica e/o ostetrica.

2° LIVELLO

Il secondo livello prevede, oltre alla metodiche previste per il primo, l'espletamento di una o più delle seguenti procedure:

- fecondazione in vitro ed embryo-transfer (FIVET)
- microfecondazione in vitro ed embryo-transfer (ICSI)
- prelievo degli spermatozoi dal tratto genitale maschile (PESA, TESA)
- altre tecniche derivate dalle precedenti

le quali tutte si articolano nelle seguenti fasi operative:

- fase di stimolazione della crescita follicolare multipla, con monitoraggio ecografico ed ormonale
- fase di prelievo ecoguidato (pick up) degli ovociti
- fase di laboratorio
- fase di trasferimento di embrioni
- agoaspirazione epididimaria e/o testicolare degli spermatozoi.

Le procedure e le metodiche previste in questo livello, sono riconducibili al regime di chirurgia ambulatoriale e le strutture collocate in questo livello devono essere dotate dei requisiti minimi individuati per il primo livello ed in aggiunta e/o specificazione di essi, sono richiesti:

Locali:

- una sala chirurgica adeguata per il prelievo degli ovociti (dotata, in particolare, di ricambio d'aria di 6 volumi /ora, umidità del 30-60 % e temperatura di 24° C., pareti lavabili, impianti elettrici corrispondenti alla norma CEI 64-4) e l'agoaspirazione degli spermatozoi
- una camera biologica/ laboratorio per l'esecuzione delle tecniche biologiche, contigua alla sala chirurgica (dotata di pareti lavabili e ricambio d'aria di 6 volumi/ora
- idonea sala per il trasferimento dei gameti e/o embrioni (questa sala può anche coincidere con la sala chirurgica)
- locale indipendente dalla sala biologica adibito esclusivamente alla capacitazione del liquido seminale ed eventuale sua crioconservazione.

Strumentazione di base:

- ecografo con sonda vaginale e con ecoguida
- pompa per aspirazione dei follicoli
- apparecchio per dosaggi ormonali rapidi e/o collegamento funzionale con laboratorio di analisi
- cappa a flusso laminare
- incubatore a CO₂
- misuratore esterno di CO₂
- invertoscopio con micromanipolatore
- microscopio ottico
- stereomicroscopio con piani termostatati a 37°
- incubatore a secco o bagnomaria termostatato
- centrifuga
- pipettatrice
- frigorifero
- phmetro (se non in uso terreni di coltura già predisposti)
- osmometro (se non in uso terreni di coltura già predisposti)
- bilancia di precisione (se non in uso terreni di coltura già predisposti)
- eventuale congelatore
- lampada scialitica
- lettino chirurgico
- tavolino servitore
- strumentario chirurgico per prelievo percutaneo degli spermatozoi
- strumentario chirurgico relativo al prelievo di ovociti
- carrello emergenze
- un sistema automatizzato programmabile di crioconservazione (in caso di programmi di crioconservazione di spermatozoi o ovociti).

Competenze professionali:

- presenza di un medico specialista in ginecologia e/o fisiopatologia della riproduzione, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte, che assicuri competenza in ecografia, endocrinologia e andrologia
- in alternativa la competenza in ecografia, endocrinologia ed andrologia può essere garantita tramite sottoscrizione di specifico accordo con medici specialisti in materia
- presenza di un biologo o di un medico che assicuri competenza in seminologia, colture cellulari, tecniche di fecondazione in vitro e microfertilizzazione , acquisita tramite frequenza (training specifico) di almeno sei mesi presso strutture pubbliche o private che adottano tecniche di fecondazione assistita di secondo livello, comprovata da idonea documentazione/attestazione rilasciata dal responsabile della struttura
- presenza di uno specialista in anestesia e rianimazione nella fase di prelievo di ovociti e/o spermatozoi (sedazione profonda o anestesia generale senza intubazione. Qualora particolari e motivate situazioni cliniche rendessero necessario il ricorso a narcosi profonda, la prestazione “ slitterebbe “ automaticamente in regime di ricovero, anche diurno)

- presenza di almeno una unità infermieristica e/o ostetrica di supporto
- deve essere assicurata la consulenza genetica
- deve essere assicurata l'assistenza psicologica alla coppia.

3° LIVELLO

Il terzo livello prevede le metodiche previste per il primo e secondo livello e una o più delle seguenti procedure:

- Gamete Intrafallopian transfer (GIFT)
- Zigote Intrafallopian transfer (ZIFT)
- altre tecniche derivate dalle precedenti
- tecniche di diagnostica preimpianto
- prelievo chirurgico di spermatozoi (MESA, TESE).

Le strutture collocate in tale livello devono comunque essere dotate di tutti i requisiti minimi individuati per il primo e secondo livello.

In aggiunta ad essi , considerato l'impiego della tecnica laparoscopica e di altre tecniche chirurgiche erogabili in regime di ricovero anche diurno, è indispensabile la disponibilità di sala operatoria secondo i requisiti di cui al D.P.R. 14/1/1997.

B) Requisiti organizzativi

Ogni Centro deve adempiere ai seguenti requisiti organizzativi:

- la struttura è tenuta a fornire agli utenti idonea documentazione con riferimento all'informazione, consapevolezza ed assenso, che indichi con chiarezza:
 - ❖ le modalità di svolgimento delle procedure e delle tecniche impiegate;
 - ❖ le percentuali effettive di successo delle diverse tecniche fecondative in termini di gravidanze e "bambini in braccio";
 - ❖ i rischi per la salute diretti ed indiretti e gli eventuali effetti collaterali;
 - ❖ la sicurezza sierologica e genetica dei materiali biologici utilizzati;
- per ogni paziente deve essere approntata una scheda clinica ambulatoriale in cui siano riportate le diagnosi, gli eventuali esami e condizioni cliniche, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche;
- deve essere altresì approntato un registro in cui devono essere riportati per ciascun paziente, la diagnosi, la descrizione della procedura eseguita, le eventuali tecniche di anestesia e/o sedazione e/o analgesia utilizzate, i nominativi del/degli operatori, l'ora di inizio e fine

dell'intervento, il decorso clinico ed intraoperatorio, comprese le eventuali complicanze. Il registro deve essere sottoscritto dal medico responsabile dell'ambulatorio e ciascun intervento deve essere firmato dal chirurgo che lo ha effettuato;

- presenza di un registro a cura del responsabile del settore biologico, in cui debbono essere riportati per ciascuna paziente in terapia il numero totale degli ovociti recuperati, il numero totale di ovociti fertilizzati, il numero totale di embrioni trasferiti, l'esame seminale del partner e tutte le annotazioni pertinenti;
- presenza di un registro a cura del responsabile del settore biologico, di monitoraggio dell'attività nei vari programmi della crioconservazione (in caso di crioconservazione di ovociti o spermatozoi);
- in una relazione conclusiva, clinica e biologica, destinata al medico curante e consegnata all'utente al termine della prestazione, devono essere indicati tipo e quantità di farmaci e degli anestetici eventualmente utilizzati, le procedure impiegate, i risultati ottenuti e qualunque indicazione terapeutica utile al curante per il periodo successivo;
- i protocolli diagnostici e terapeutici in uso, devono poter essere esibiti, se richiesti.

TABELLA

"TARIFFARIO PRESTAZIONI E RELATIVA QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA"

A. FECONDAZIONE IN VITRO SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA TRANSFER compreso - tariffa pari a € 507						
	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO
persone nucleo	0	20% pari a €101	40% pari a €203	60% pari a €304	80% pari a €406	100%
2	0<15.494	15.495 / 28.405	28.406 / 36.152	36.153 / 43.899	43.900 / 51.646	> 51.646
3	0<18.076	18.077 / 30.987	30.988 / 38.734	38.735 / 46.481	46.482 / 54.228	> 54.228
4	0<20.658	20.659 / 33.570	33.571 / 41.317	41.318 / 49.063	49.064 / 56.810	> 56.810
B. FECONDAZIONE IN VITRO CON INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA TRANSFER compreso - tariffa pari a € 697						
	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO
persone nucleo	0	20% pari a €139	40% pari a €279	60% pari a €418	80% pari a €558	100%
2	0<15.494	15.495 / 28.405	28.406 / 36.152	36.153 / 43.899	43.900 / 51.646	> 51.646
3	0<18.076	18.077 / 30.987	30.988 / 38.734	38.735 / 46.481	46.482 / 54.228	> 54.228
4	0<20.658	20.659 / 33.570	33.571 / 41.317	41.318 / 49.063	49.064 / 56.810	> 56.810
C. PRELIEVO E/O ASPIRAZIONE DEGLI SPERMATOZOI CON TECNICA PESA-TESA - tariffa pari a €32						
	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO
persone nucleo	0	20% pari a € 6	40% pari a € 13	60% pari a € 19	80% pari a € 26	100%
2	0<15.494	15.495 / 28.405	28.406 / 36.152	36.153 / 43.899	43.900 / 51.646	> 51.646
3	0<18.076	18.077 / 30.987	30.988 / 38.734	38.735 / 46.481	46.482 / 54.228	> 54.228
4	0<20.658	20.659 / 33.570	33.571 / 41.317	41.318 / 49.063	49.064 / 56.810	> 56.810
D. PRELIEVO E/O ASPIRAZIONE MICROCHIRURGICA DEGLI SPERMATOZOI TECNICA TESE-MESA - tariffa pari a €72						
	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO
persone nucleo	0	20% pari a €14	40% pari a €29	60% pari a €43	80% pari a €58	100%
2	0<15.494	15.495 / 28.405	28.406 / 36.152	36.153 / 43.899	43.900 / 51.646	> 51.646
3	0<18.076	18.077 / 30.987	30.988 / 38.734	38.735 / 46.481	46.482 / 54.228	> 54.228
4	0<20.658	20.659 / 33.570	33.571 / 41.317	41.318 / 49.063	49.064 / 56.810	> 56.810
E. eventuale ANESTESIA GENERALE senza intubazione o con sedazione profonda - tariffa pari a €310						
	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO	REDDITO
persone nucleo	0	20% pari a €62	40% pari a €124	60% pari a €186	80% pari a €248	100%
2	0<15.494	15.495 / 28.405	28.406 / 36.152	36.153 / 43.899	43.900 / 51.646	> 51.646
3	0<18.076	18.077 / 30.987	30.988 / 38.734	38.735 / 46.481	46.482 / 54.228	> 54.228
4	0<20.658	20.659 / 33.570	33.571 / 41.317	41.318 / 49.063	49.064 / 56.810	> 56.810