

Tabella 20: Richieste di risarcimento nel periodo 2006-2011 secondo l'area geografica e la regione: valori percentuali

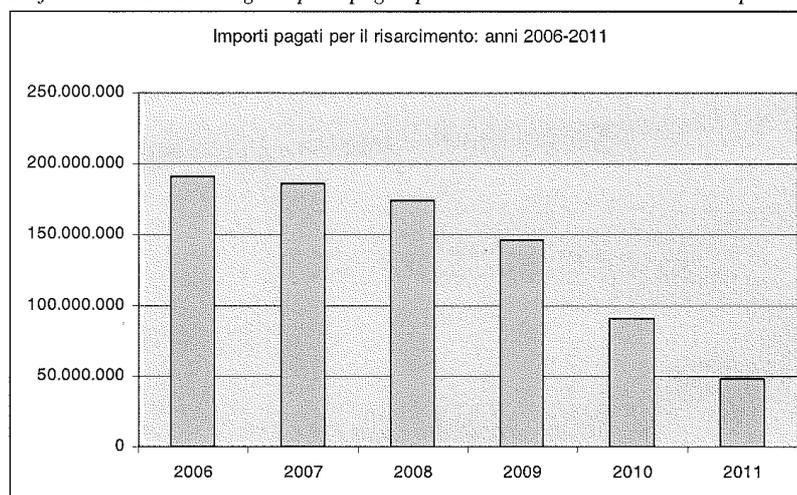
Area	Regione	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nord-Ovest	Liguria	7,0%	7,5%	7,3%	7,2%	6,3%	6,2%
	Lombardia	19,1%	16,2%	17,4%	15,9%	16,6%	15,4%
	Valle d'Aosta	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%
Nord-Ovest Totale		26,4%	23,9%	24,8%	23,4%	23,1%	21,8%
Nord-Est	Emilia Romagna	14,5%	12,3%	11,7%	11,9%	11,5%	12,4%
	Friuli V. Giulia	22,4%	26,4%	25,8%	26,6%	30,0%	29,6%
	Trento	1,5%	1,1%	1,1%	1,2%	0,9%	1,0%
Nord-Est Totale		38,4%	39,8%	38,6%	39,7%	42,5%	43,0%
Centro	Lazio	5,4%	6,7%	6,5%	6,2%	7,0%	7,2%
	Marche	1,2%	0,9%	1,0%	0,9%	0,9%	1,0%
	Toscana	11,6%	9,6%	8,6%	9,0%	6,4%	6,3%
	Umbria	1,5%	1,4%	1,4%	1,5%	1,7%	1,5%
Centro Totale		19,7%	18,6%	17,5%	17,6%	15,9%	16,0%
Sud e isole	Abruzzo	3,8%	3,7%	3,8%	3,5%	4,0%	3,6%
	Basilicata	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,2%
	Calabria	1,7%	2,1%	2,7%	2,5%	3,1%	3,4%
	Campania	3,9%	5,5%	5,9%	6,8%	4,5%	5,7%
	Molise	0,7%	0,6%	0,6%	0,8%	0,9%	0,9%
	Puglia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Sicilia	5,4%	5,6%	6,1%	5,6%	5,7%	5,4%
Sud e isole Totale		15,5%	17,7%	19,1%	19,3%	18,5%	19,3%
Totale complessivo		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2.7. Importi pagati per il risarcimento dei sinistri; andamento, indicatori sintetici ed analisi dei dati.

Negli anni 2006-2011 le compagnie assicurative hanno effettuato per il risarcimento dei sinistri la cifra di 837 milioni di euro (Tabella 20), con una riduzione rispetto al 2010 del 48 per cento (l'importo pagato era di 91 milioni di euro) e del 75 per cento rispetto al 2006 (il pagato era pari a 191 milioni di euro).

L'andamento degli importi pagato è illustrato nel grafico 7 dal quale si evince una costante riduzione del pagato, meno marcata fino al 2008 (175 milioni), decisamente più accentuata negli anni successivi fino ad arrivare ad un quarto del valore del 2006.

Grafico 7: Andamento degli importi pagati per il risarcimento dei sinistri nel periodo 2006-2011



L'analisi per area geografica evidenzia una riduzione importante in tutte le aree, con particolare rilevanza per il Nord-Ovest, in cui i pagamenti sono scesi da 68 milioni a 11 milioni, arrivando ad un sesto del valore del 2006. Nelle altre aree il valore è sceso fino ad arrivare a circa un terzo del valore di cinque anni prima.

A livello di percentuali si può sottolineare che mentre nel 2006 la quota maggiore sul totale del pagato era rappresentata dal Nord-Ovest (35 per cento), nel 2011 è il Nord-Est, con il 33 per cento a presentare l'incidenza percentuale più elevata. Il Centro passa da dal 24 per cento al 30 per cento, mentre rimane abbastanza stabile il Sud con le isole (14 per cento nel 2006, 15 per cento nel 2011).

Tabella 21: *Importo pagato dalle assicurazione per i risarcimenti nel periodo 2006-2011 per area geografica e regione*

		Euro						
Area	Regione	Pagato_2006	Pagato_2007	Pagato_2008	Pagato_2009	Pagato_2010	Pagato_2011	Totale
Nord-Ovest	Liguria	12.317.645	12.018.548	14.613.093	12.161.813	4.972.597	2.030.150	58.113.846
	Lombardia	54.152.116	40.169.095	39.107.237	35.525.397	20.215.245	8.799.154	197.968.244
	Valle d'Aosta	1.043.764	318.015	205.754	301.812	41.622	18.000	1.928.968
Nord-Ovest Totale		67.513.525	52.505.658	53.926.084	47.989.022	25.229.464	10.847.304	258.011.057
Nord-Est	Emilia	22.103.366	20.283.186	15.904.504	19.796.816	12.412.088	6.732.474	97.232.434
	Romagna							
	Friuli V. Giulia	29.296.782	28.322.632	35.054.937	18.150.499	15.254.254	8.241.172	134.320.277
	Trento	1.035.942	2.382.366	4.491.979	4.712.978	769.060	513.535	13.905.861
Nord-Est Totale		52.436.089	50.988.184	55.451.421	42.660.294	28.435.402	15.487.181	245.458.572
Centro	Lazio	17.096.735	16.575.481	14.791.423	8.070.328	8.135.244	4.357.757	69.026.968
	Marche	4.263.434	3.452.587	2.541.370	3.744.134	2.795.903	274.654	17.072.082
	Toscana	22.590.015	25.128.355	20.030.657	24.713.040	12.006.189	8.822.862	113.291.117
	Umbria	1.096.566	1.524.653	3.249.399	1.296.583	247.384	601.350	8.015.936
Centro Totale		45.046.749	46.681.076	40.612.849	37.824.086	23.184.720	14.056.622	207.406.103
Sud e isole	Abruzzo	7.781.499	13.702.326	8.058.789	5.121.576	4.743.905	436.380	39.844.474
	Basilicata	4.500	82	450.000		78.100	20.655	553.337
	Calabria	5.765.309	8.138.461	2.162.933	803.193	1.803.662	1.155.697	19.829.256
	Campania	6.905.794	7.127.567	4.137.596	3.992.207	3.471.821	2.648.183	28.283.168
	Molise	1.267.900	186.614	826.069	779.532	714.080	67.500	3.841.695
	Puglia							0
	Sicilia	4.101.844	7.402.460	9.017.228	6.850.401	3.194.599	2.912.548	33.479.080
Sud e isole Totale		25.826.846	36.557.510	24.652.614	17.546.908	14.006.168	7.240.964	125.831.010
Totale complessivo		190.823.210	186.732.428	174.642.969	146.020.309	90.855.754	47.632.071	836.706.741

Tabella 22: *Media e deviazione standard del pagato per area geografica: valori in euro*

	2006		2011	
	Media	Dev strd	Media	Dev strd
Nord-ovest	22.504.508	22.846.640	3.615.768	3.756.133
Nord-est	17.478.696	11.991.926	5.162.394	3.344.444
Centro	11.261.687	8.869.668	3.514.155	3.459.510
Sud e isole	4.304.474	2.850.211	1.206.827	1.175.320
Italia	11.926.451	14.007.264	2.977.004	3.236.025

Nota: La deviazione standard è un indice statistico che consente di misurare la dispersione delle singole osservazioni intorno alla media aritmetica.

Gli indicatori di sintesi (media e deviazione standard) rappresentati nella Tabella 22 indicano come si sia notevolmente ridotto, a livello di area territoriale, l'importo medio degli importi pagati per il risarcimento, ma soprattutto come sia diminuita la variabilità tra

le varie aree geografiche. La deviazione standard, l'indicatore che fornisce informazioni circa la dispersione dei valori rispetto alla media, si è abbassato sensibilmente in tutte le aree geografiche e, a parte il sud e le isole, presenta valori molto simili. Nel 2006, invece, si era in presenza di una dispersione molto elevata sia nelle aree che a livello Italia.

2.8. Importi posti a riserva: andamento e analisi dei dati.

Nel periodo 2006-2011 il totale degli importi portati a riserva dalle compagnie assicurative delle aziende sanitarie ed ospedaliere che hanno risposto al questionario (Tabella 23), per i risarcimenti nel settore sanitario, ha sfiorato la cifra di 2 miliardi di euro (1.972 milioni, per l'esattezza). Nel 2011, rispetto al primo anno considerato, quando le riserve ammontavano a circa 170 milioni di euro, il valore si è quasi triplicato (502 milioni) ed è aumentato dell'11 per cento rispetto all'anno precedente (451 milioni).

Tabella 23: *Importo portato a riserva dalle compagnie assicurative nel periodo 2006-2011 per area geografica e regione*

Area	Regione	Riserva 2006	Riserva 2007	Riserva 2008	Riserva 2009	Riserva 2010	Riserva 2011	Totale
Nord-Ovest	Liguria	4.821.027	5.428.336	4.837.383	12.561.542	14.931.768	14.249.896	56.829.952
	Lombardia	40.540.066	56.596.906	63.993.262	73.980.535	106.313.193	91.435.264	432.859.226
	Valle d'Aosta	70.000	508.080	277.800	533.219	1.105.500	210.000	2.704.599
Nord-Ovest Totale		45.431.094	62.533.322	69.108.444	87.075.296	122.350.461	105.895.160	492.393.777
Nord-Est	Emilia Romagna	22.916.580	26.670.274	33.478.339	43.574.518	55.826.011	78.035.715	260.501.438
	Friuli V. Giulia	32.121.745	33.839.851	54.706.100	50.744.850	75.422.510	72.568.568	319.403.625
	Trento	1.295.000	3.466.270	4.203.360	2.610.924	4.294.770	13.999.221	29.869.545
Nord-Est Totale		56.333.326	63.976.394	92.387.799	96.930.293	135.543.291	164.603.504	609.774.607
Centro	Lazio	16.645.602	22.167.656	23.523.166	24.341.621	36.624.794	47.632.379	170.935.217
	Marche	2.150.000	1.249.003	1.603.518	4.750.000	1.904.142	387.500	12.044.163
	Toscana	10.975.330	22.498.348	23.839.409	45.905.134	23.883.896	32.698.252	159.800.369
	Umbria	5.091.000	3.448.500	4.657.900	3.470.728	8.197.778	13.462.706	38.328.612
Centro Totale		34.861.932	49.363.507	53.623.992	78.467.482	70.610.610	94.180.837	381.108.361
Sud e isole	Abruzzo	4.223.875	10.975.995	10.191.945	13.975.425	13.991.696	18.354.203	71.713.139
	Basilicata	10.000	84.000	100.000	55.500	2.084.500	302.000	2.636.000
	Calabria	5.091.936	13.436.812	12.567.129	6.720.303	32.554.024	25.762.948	96.133.153
	Campania	6.865.394	13.023.737	20.725.654	25.818.367	27.600.738	37.418.399	131.452.289
	Molise	5.080.000	4.461.600	5.313.110	2.668.610	12.258.000	7.973.099	37.754.419
	Puglia Sicilia	12.332.113	14.810.347	18.778.039	21.089.777	34.390.322	47.940.502	149.341.100
Sud e isole Totale		33.603.318	56.792.491	67.675.877	70.327.982	122.879.280	137.751.151	489.030.100
Totale complessivo		170.229.669	232.665.714	282.796.113	332.801.053	451.383.643	502.430.652	1.972.306.845

Nella Tabella 24 è riportato l'incremento annuale del totale delle riserve: si può notare come gli incrementi maggiori siano avventi nel 2007 (+ 37 per cento rispetto al 2006) e nel 2010 (+ 36 per cento rispetto al 2009).

Tabella 24: *Variazione percentuale del riservato rispetto al periodo precedente: anni 2006-2011*

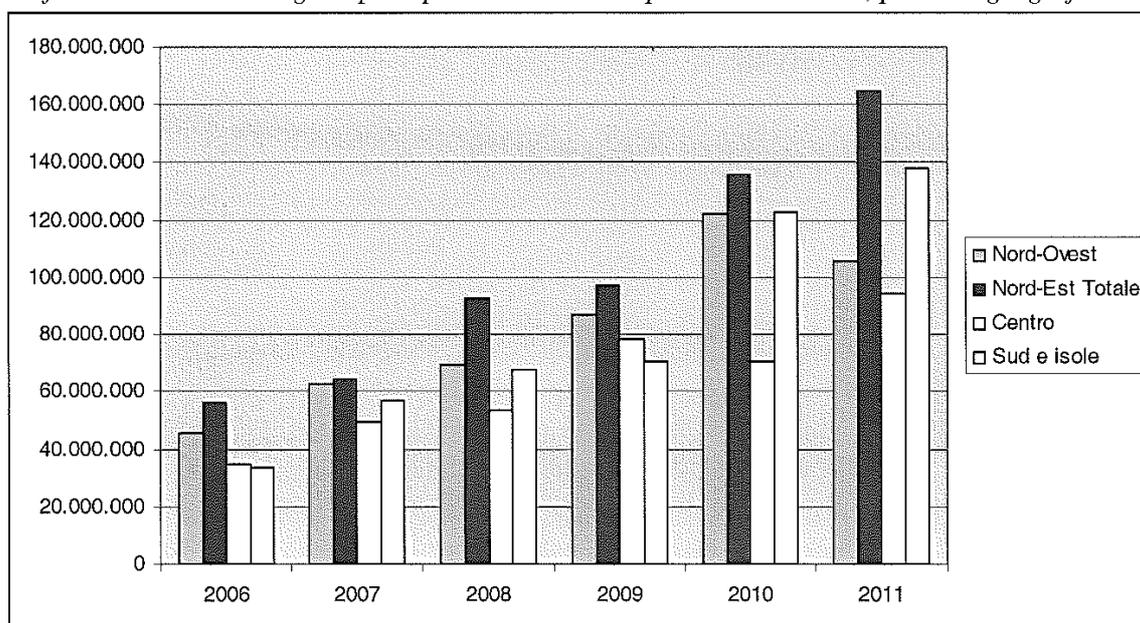
Var. 2007/06	Var. 2008/07	Var. 2009/08	Var. 2010/09	Var. 2011/10
1,37	1,22	1,18	1,36	1,11

Nel 2006, sul totale delle riserve accantonate la quota maggiore era di competenza del Nord-Est con il 30 per cento, seguito dal Nord-Ovest con il 27 per cento e dalle altre due aree, entrambe con il 20 per cento.

Nel 2011 è rimasta invariata al 33 per cento la quota del Nord-Ovest, mentre è aumentata quella del Sud e isole (27 per cento). Sono diminuite, invece, le quote del Centro (19 per cento) e del Nord-Est (21 per cento).

In linea generale, ad esclusione delle Marche, gli importi posti a riserva dalle compagnie assicurative sono aumentati in tutte le regioni.

Grafico 8: Andamento degli importi posti a riserva nel periodo 2006-2011, per area geografica



2.9. Rapporto tra premi versati, importo pagato per i risarcimenti e riserve accantonate.

Nelle precedenti sezioni, alcuni dei fenomeni analizzati sono stati l'andamento dei premi versati dalle aziende sanitarie ed ospedaliere, degli importi pagati per i risarcimenti da parte delle compagnie assicurative e delle riserve totali dalle stesse accantonate.

Risulta di sicuro interesse creare un indicatore, dato dal rapporto tra queste due grandezze, che metta in evidenza quanto, a fronte di un prefissato valore di premio versato (ad esempio 1.000 euro) viene pagato o, viceversa quanto, per ogni 1.000 euro pagati per risarcimento dei sinistri, sia la quota di premio versati.

Inoltre, un'analisi storica della forbice tra quanto versato dalle aziende sanitarie ed ospedaliere e quanto pagato dalle compagnie assicurative per i sinistri può dare un'indicazione del possibile margine di risparmio, anche in tema di *spending review*, qualora si adottassero soluzioni alternative (polizze centralizzate o passaggio dal sistema assicurativo al fondo regionale).

La Tabella 25 mostra, a livello di aree geografiche e regioni, quanto nel 2006 e nel 2011, le aziende sanitarie hanno versato come premio, ogni 100 euro di risarcimento pagato dalle compagnie.

Tabella 25: Euro di premio versati dalle aziende sanitarie per ogni 100 pagati dalle compagnie assicurative per il risarcimento dei sinistri

Area	Regione	PR/PG 2006	PR/PG 2011
Nord-Ovest	Liguria	105,4	1.058,1
	Lombardia	158,0	1.269,5
	Valle d'Aosta	128,8	15.177,9
Nord-Ovest Totale		147,6	1.255,4
Nord-Est	Emilia Romagna	135,2	643,8
	Friuli V. Giulia	156,1	1.634,8
	Trento	692,5	939,8
Nord-Est Totale		114,8	579,3
Centro	Lazio	218,8	1093,8
	Marche	76,9	1.055,1
	Toscana	130,9	83,2
	Umbria	953,8	1.372,2
Centro Totale		183,7	657,0
Sud e isole	Abruzzo	115,4	3.548,7
	Basilicata	3.733,3	2.147,2
	Calabria	77,2	1.135,2
	Campania	374,9	1.079,7
	Molise	153,1	5.384,0
	Puglia		
	Sicilia	385,9	673,8
Sud e isole Totale		221,6	1.095,5
Totale complessivo		155,3	823,3

Nota: PR/PG = Rapporto premio versato ogni 100 euro di risarcimento sinistri pagato

Si nota come questo rapporto si sia notevolmente ampliato nel corso del periodo considerato, passando nel totale da 155 euro del 2006 a 823 nel 2011.

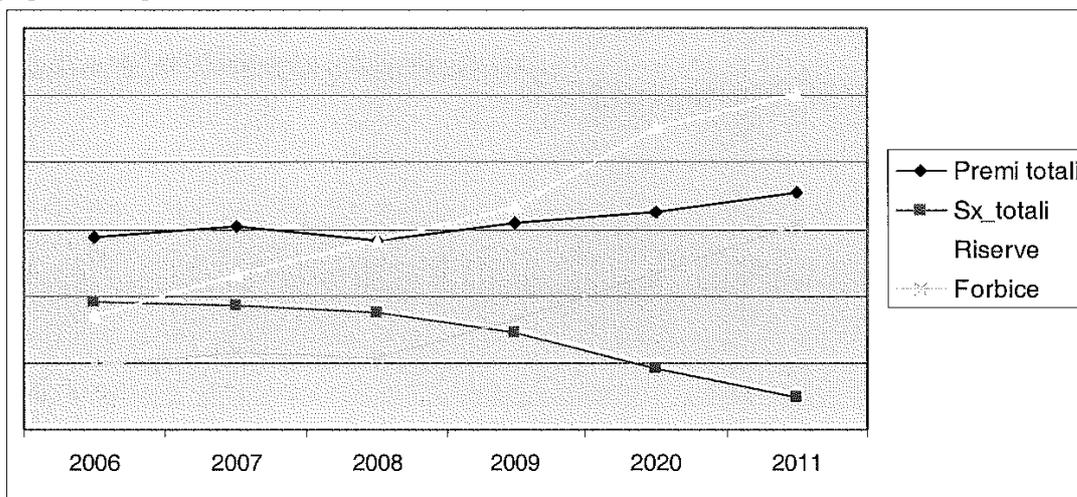
Le motivazioni possono, ovviamente, dipendere dai differenti effetti che abbiamo osservato nel periodo osservato: da un lato una diminuzione del pagato per risarcimenti, dall'altro un aumento dei premi versati. Nello stesso tempo, però, abbiamo riscontrato un incremento consistente delle richieste di risarcimento (almeno fino al 2009, con leggera flessione nei rispettivi due anni) e un altrettanto elevato aumento delle riserve accantonate (in tal senso, sarebbe opportuna, per un ulteriore approfondimento, la conoscenza del tempo medio di risarcimento del sinistro).

In sostanza i premi versati dalle aziende sanitarie ed ospedaliere sono aumentati del 23 per cento, i risarcimenti sinistri sono diminuiti del 75 per cento e le riserve si sono quasi triplicate (aumento del 195 per cento), in seguito ad un incremento delle richieste del 24 per cento.

Tabella 26: *Variazione dal 2006 al 2011 dei premi versati, del risarcimento sinistri e delle riserve accantonate dalle compagnie*

Variazione 2011/2006	
Premi versati	122,8
Risarcimenti sinistri	25,0
Riserve	295,1

Grafico 9: *Andamento di premi, delle riserve, del pagato per i risarcimenti e della forbice (premi-pagato), nel periodo 2006-2011*



Il grafico 9 evidenzia l'andamento dei premi versati dalle aziende sanitarie, degli importi pagati per i risarcimenti da parte delle compagnie (sinistri totali), delle riserve accantonate e della forbice (premi-pagato) nel periodo 2006-2011. Si nota l'andamento abbastanza costante della forbice fino al 2008 e poi il forte incremento a partire dal 2009, in conseguenza della diminuzione del pagato e dell'aumento dei premi versati, e l'incremento continuo, lungo tutto il periodo, delle riserve accantonate dalle compagnie assicuratrici.

Poter disporre di ulteriori informazioni, come il numero di sinistri effettivamente pagati nel periodo oggetto dell'indagine e il tempo medio intercorrente tra la richiesta di risarcimento e la liquidazione dello stesso da parte delle compagnie assicuratrici, sarebbe stato utile per affinare l'analisi e nello stesso tempo effettuare comparazioni con i risultati di studi e rapporti sviluppati anche recentemente.

2.10. Considerazioni conclusive.

L'acuirsi dell'attenzione pubblica sul verificarsi degli eventi avversi, di cui si è detto, e l'orientamento a disporre risarcimenti elevati per i danni da responsabilità professionale del medico ha creato, come si è visto, una rilevante pressione sugli operatori sanitari, e una sempre maggiore difficoltà a reperire coperture assicurative adeguate, in particolare per alcune branche specialistiche, come la ginecologia e l'ortopedia, maggiormente esposte al verificarsi di eventi avversi.

Ciò ha posto un problema politico in ordine alla creazione di meccanismi di riduzione del fenomeno, di cui il Parlamento nel corso della XVI legislatura è stato investito. Diverse sono state infatti le proposte e i disegni di legge giunti all'esame delle Camere, alcuni anche di provenienza governativa. Nessuno di questi tuttavia è stato approvato definitivamente.

Importanti norme in materia sono invece state emanate su iniziativa del Ministro della salute con il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modifiche legge 8 novembre 2012, n. 189.

La norma più importante è contenuta nel primo comma dell'articolo 3, che dispone che l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. Tale disposizione mira a sollevare parzialmente dalla responsabilità gli operatori che seguono le indicazioni generali della comunità scientifica in relazione all'attività condotta. L'intento della norma è quello di stemperare il clima di pressione che si è sviluppato nell'ambiente medico, restituendo serenità all'operatore che agisce secondo correttezza scientifica. Nonostante tali intendimenti, tuttavia, la disposizione è criticabile sotto diversi punti di vista.

Vincolare l'azione del medico alle linee-guida e alle buone pratiche generalmente accreditate scoraggia l'adozione di scelte terapeutiche meno standardizzate, ma possibilmente più adeguate al trattamento del singolo individuo, ed è generalmente contrario alla tendenza attuale all'individualizzazione della medicina e alla definizione di protocolli personalizzati che tengano conto delle caratteristiche specifiche del paziente. Inoltre, la definizione di linee-guida e il riconoscimento ufficiale delle buone pratiche è un processo lento, che richiede generalmente una certa diffusione e affermazione di una tecnica prima che essa venga legittimata. Tale processo rischia di venire ulteriormente rallentato dalla norma in parola, poiché gli operatori non sono incentivati a distaccarsi da quanto già definito, e le nuove pratiche, ancorché migliori, stenteranno quindi ad affermarsi. Infine, la norma sortirà il paradossale effetto di incrementare il fenomeno della medicina difensiva: al fine di sollevarsi dalla rivendicazione di una possibile responsabilità, l'operatore tenderà a seguire pedissequamente protocolli e linee-guida, prescrivendo esami diagnostici o ricoveri quando siano astrattamente previsti per quel dubbio diagnostico o per quella patologia, e non quanto siano realmente necessari. Il rilevante costo della medicina difensiva a carico del servizio sanitario nazionale, stimato in oltre 10 miliardi di euro, sembra quindi destinato ad aumentare, mentre sicuramente negativo sarà l'impatto della disposizione sull'appropriatezza delle cure.

Il comma, inoltre, ha incontrato critiche in relazione alla sua formulazione: la frase « In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile », infatti, sarebbe tale da non permettere al giudice la liquidazione alla vittima dell'errore del danno non patrimoniale, a causa del mancato riferimento all'articolo 2059 c.c., identificato dalla giurisprudenza come disposizione che ne autorizza la liquidazione. Paradossalmente, in queste evenienze proprio il danno alla salute, quale danno non patrimoniale, non potrà essere liquidato al paziente, congiuntamente al danno morale ed

esistenziale, mentre potrà essergli liquidato solo il danno patrimoniale (danno emergente e lucro cessante), eventualmente derivante dalle conseguenze dell'errore.

Positivo deve essere invece il giudizio sul comma 2 del predetto articolo 3, che dispone una serie di norme adeguate a calmierare il mercato assicurativo per i professionisti della salute, specie con riferimento ad alcuni soggetti « deboli ». In prospettiva, sulla medesima scia, sarebbe opportuno definire con maggiore chiarezza il meccanismo di definizione dei premi, che andrebbe ancorato ai risarcimenti effettivamente liquidati e a parametri di rischio chiari, univoci e predeterminati.

Non altrettanto positivo deve considerarsi invece l'ancoraggio, compiuto dal terzo comma dell'articolo 3, della liquidazione del danno biologico alle tabelle normative di cui agli articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (c.d. codice delle assicurazioni); a prescindere dall'opportunità di accomunare nella liquidazione danni tra loro assai diversi, sulle tabelle normative risulta pendente il giudizio presso la Corte costituzionale in merito alla disparità di trattamento derivante dal loro deciso scostarsi rispetto alle tabelle di risarcimento identificate dalla giurisprudenza. Difatti, le tabelle normative si rifanno innanzitutto a una sistemazione concettuale del danno alla persona fondata su una distinzione delle varie componenti del pregiudizio non patrimoniale, riferita a quindi a una concezione del danno biologico anteriore a quella unitaria affermata dalla giurisprudenza delle Sezioni Unite della Corte di cassazione già dal 2008, e prevedono, sul piano della quantificazione, un significativo scostamento rispetto ai valori applicati dalle tabelle giurisprudenziali, nella loro veste di indicatori dei valori da ritenere espressione di equità; infine, individuano dei limiti invalicabili con riguardo all'esercizio della discrezionalità del giudice, con un tetto del 20 per cento per le lesioni micropermanenti e del 30 per cento per le invalidità superiori.

Proprio intorno a tali profili problematici si sono incardinate le argomentazioni richiamate da alcune recenti ordinanze – del Giudice di pace di Torino (21 ottobre 2011), del Tribunale di Tivoli (21 marzo 2012) e dal Tribunale di Brindisi (Sez. Ostuni, 3 aprile 2012) – con le quali è stata nuovamente rimessa alla Corte costituzionale la questione di costituzionalità dell'articolo 139 del codice delle assicurazioni: ad essere considerato illegittimo appare, fondamentalmente, il trattamento peggiore riservato alle vittime di microinvalidità provocate da sinistri stradali, alla luce del confronto con il risarcimento assicurato alle vittime di analoghe lesioni attraverso l'applicazione delle tabelle giurisprudenziali. E tale profilo di discriminazione si riproduce del tutto anche con riferimento ai danni iatrogeni. Deve registrarsi, peraltro, la perdurante mancata attuazione dell'articolo 138, che postone in gran parte l'applicazione del comma, poiché più rari e meno contestati sono i danni di lieve entità derivanti da responsabilità medica. Tale mancata attuazione non fa che posporre, tuttavia, anche le possibili censure sulla disparità di trattamento, con riferimento anche ai danni di non lieve entità, che sono qui allo stesso modo riproducibili.

È necessario sottolineare, in conclusione, che il problema della responsabilità medica non può considerarsi come disgiunto dal

problema generale della riduzione del rischio di eventi avversi nella pratica clinica: solo la riduzione della probabilità di occorrenza di danni iatrogeni evitabili è in grado di riportare la responsabilità professionale degli operatori in un alveo di normalità, allentando la tensione nei rapporti della salute e permettendo l'instaurarsi del clima di fiducia liminare alla creazione di un'alleanza terapeutica finalizzata alla promozione della salute del paziente.

3. PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

3.1. *Premessa.*

La Commissione nell'ambito delle competenze definite dalla deliberazione istitutiva del 5 novembre 2008, ha deliberato, negli ultimi sei mesi della legislatura, l'attivazione di un ulteriore filone di inchiesta sulla procreazione medicalmente assistita (PMA), mediante l'invio di questionari.

Scopo dell'indagine è stato quello di acquisire dati e informazioni secondo i criteri e gli oneri di erogazione dei diversi livelli di PMA in ciascun servizio sanitario regionale⁽²⁰⁾.

3.1.1. *Quadro normativo.*

La legge 19 febbraio 2004, n. 40, recante « Norme in materia di procreazione medicalmente assistita », detta le « Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita », prevedendo, all'articolo 7, la definizione da parte del Ministro della salute di linee guida « vincolanti per tutte le strutture autorizzate » e le modalità che sono da rapportarsi all'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Dalla « Relazione al Parlamento sullo Stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita » presentata dal Ministro della salute nel giugno 2012, sono stati rilevati elementi di informazione che si ritiene utile richiamare per un più completo quadro espositivo:

1. È in aumento l'età media delle donne che si sottopongono a questo tipo di trattamenti, un fattore che incide negativamente sui risultati delle tecniche stesse, come pure il numero dei cicli di trattamento effettuato da pazienti con età superiore ai 40 anni. Nonostante ciò, continua a migliorare l'efficacia delle procedure di procreazione medicalmente assistita, come mostrato da tutti gli indicatori, dal numero dei nati vivi a quello delle gravidanze, anche espressi in percentuale rispetto ai cicli iniziati ed ai trasferimenti eseguiti.

2. È fondamentale ribadire l'importanza delle attività di ricerca e comunicazione promosse e finanziate in applicazione dell'articolo 2, comma 1, della legge n. 40 del 2004, che prevede « Interventi contro la sterilità e infertilità ». La legge ha stimolato le attività di ricerca in particolare nei settori della crioconservazione degli ovociti, della preservazione della fertilità, dello studio delle cause dell'infertilità.

3. La prevenzione primaria delle cause dell'infertilità, una migliore definizione delle sue cause, una diagnosi adeguata, l'informazione corretta alle donne e alle coppie che accedono alle tecniche di procreazione assistita, a partire dai giovani, sono obiettivi di salute che continuiamo a perseguire.

(20) L'elaborazione statistica è stata condotta con il criterio metodologico indicato nel capitolo 2, nota n. 1, alla quale si rinvia.

Sono evidenti il buon andamento nel sistema di raccolta dei dati: è confermato il 100 per cento di adesione dei centri, già raggiunto fin dall'anno 2006, e si è ridotta, complessivamente, la perdita di informazioni sul *follow-up* delle gravidanze ottenute da tecniche di II e III livello unicamente da cicli « a fresco » (cioè senza considerare quanto ottenuto da cicli di scongelamento ovocitario o embrionale), passando dal 42,3 per cento del 2005 al 10,8 per cento di quest'anno.

3.2. I risultati dell'indagine.

3.2.1. Numero e distribuzione territoriale dei questionari pervenuti.

Il numero totale di questionari pervenuti è pari a 96, una percentuale del 27 per cento rispetto al totale di 351, numero di centri desumibile dall'elenco del Registro nazionale procreazione medicalmente assistita.

Non sono pervenute risposte dalla provincia autonoma di Bolzano, dal Veneto, dal Molise (nel quale non vi sono centri di PMA), dalla Puglia, dalla Basilicata e dalla Sardegna, quindi la distribuzione dei rispondenti può considerarsi rappresentativa a livello nazionale e regionale ma non a livello di aree geografiche (raggruppamenti regionali).

La distribuzione per area geografica e regione di appartenenza è evidenziata nella tabella 1, sia in valori assoluti che in valori percentuali: 42 dei questionari (pari al 45 per cento del totale) provengono dal Nord-Ovest, 22 (il 23 per cento del totale) dal Sud e isole, 17 (il 18 per cento dal Nord-est e 13 (pari al 13 per cento) dal Centro.

La regione più rappresentata è la Lombardia con 28 questionari, che da sola ricopre il 30 per cento del totale delle risposte, seguita dalla Toscana, con 11 risposte e dal Piemonte e l'Emilia-Romagna con 10 questionari.

Tabella 1: Distribuzione dei questionari sulla PMA per area geografica e regione

Area	Regione	N.ro centri	
			%
Nord-Ovest	Liguria	3	3,1%
	Lombardia	28	29,8%
	Piemonte	10	10,4%
	Valle d'Aosta	1	1,0%
Nord-Ovest Totale		42	44,7%
Nord-Est	Emilia Romagna	10	10,4%
	Friuli V. Giulia	2	2,1%
	Trento	1	1,0%
Nord-Est Totale		13	13,8%
Centro	Lazio	3	3,1%
	Marche	1	1,0%
	Toscana	11	11,5%
	Umbria	2	2,1%
Centro Totale		17	18,1%
Sud e isole	Abruzzo	3	3,1%
	Calabria	5	5,2%
	Campania	8	8,3%
	Sicilia	6	6,3%
Sud e isole Totale		22	23,4%
Totale complessivo		94	100,0%

3.2.1.1. *Centri PMA classificati per area geografica e livello (I, II, III).*

I centri di procreazione medicalmente assistita sono classificati in tre livelli in base alla tecnica utilizzata:

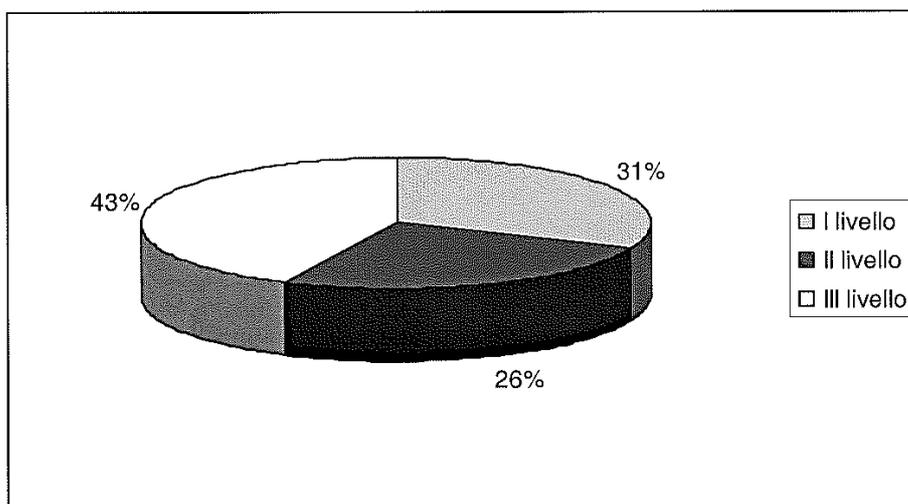
- centri di I livello sono quelli che applicano solamente l'inseminazione semplice e la crioconservazione del liquido seminale;
- centri di II e III livello sono quelli che applicano altre tecniche, oltre all'inseminazione semplice.

La tabella seguente (tabella 2) rappresenta la distribuzione per livelli e per area territoriale e regione. Gli 89 centri che hanno indicato il livello di appartenenza o per i quali è stato possibile verificare il livello sono così suddivisi:

- 28 di I livello, pari al 31,5 per cento del totale (15 nel Nord-Ovest, 5 nel Nord-Est, 3 nel Centro e 5 nel Sud e isole);
- 23 (pari al 25,8 per cento) di II livello, di cui 10 nel Nord-Ovest, 7 nel Centro e 6 nel Sud e nelle isole;
- 38 di III livello (per una quota sul totale dei rispondenti del 42,7 per cento), di cui 17 nel Nord-Ovest, 9 nel Sud e isole, 8 nel Nord-Est e 4 nel Centro.

Tabella 2: *Distribuzione dei centri per area geografica e livello*

	Livello						N.ro totale	% totale
	I Livello		II Livello		III Livello			
Regione	N.ro	%	N.ro	%	N.ro	%		
Liguria	2	2,2%		0,0%	1	1,1%	3	3,4%
Lombardia	7	7,9%	9	10,1%	12	13,5%	28	31,5%
Piemonte	6	6,7%	1	1,1%	3	3,4%	10	11,2%
Valle d'Aosta		0,0%		0,0%	1	1,1%	1	1,1%
	15	16,9%	10	11,2%	17	19,1%	42	47,2%
Emilia Romagna	4	4,5%		0,0%	6	6,7%	10	11,2%
Friuli V. Giulia	1	1,1%		0,0%	1	1,1%	2	2,2%
Trento		0,0%		0,0%	1	1,1%	1	1,1%
	5	5,6%		0,0%	8	9,0%	13	14,6%
Lazio		0,0%	1	1,1%		0,0%	1	1,1%
Marche		0,0%	1	1,1%		0,0%	1	1,1%
Toscana	3	3,4%	4	4,5%	3	3,4%	10	11,2%
Umbria		0,0%	1	1,1%	1	1,1%	2	2,2%
	3	3,4%	7	7,9%	4	4,5%	14	15,7%
Abruzzo	2	2,2%		0,0%	1	1,1%	3	3,4%
Calabria	3	3,4%	1	1,1%		0,0%	4	4,5%
Campania		0,0%	2	2,2%	5	5,6%	7	7,9%
Sicilia		0,0%	3	3,4%	3	3,4%	6	6,7%
	5	5,6%	6	6,7%	9	10,1%	20	22,5%
Totale complessivo	28	31,5%	23	25,8%	38	42,7%	89	100,0%

Grafico 1: *Distribuzione dei centri in base al livello di tecnica utilizzato*

3.2.1.2. *Codici utilizzati sulla SDO.*

In caso di erogazione del II e III livello in regime di ricovero ordinario o *Day surgery*, i codici maggiormente utilizzati sulla SDO (ricovero) sono risultati i seguenti (in ordine decrescente):

6591
6999
V261
6289
6992
6288
8879
6511
6280
9059
V641
6212
628

3.2.1.3. *Centri PMA classificati per area geografica e servizio (pubblico, privato, convenzionato).*

I centri di PMA possono essere classificati anche in base al carattere del servizio offerto, ossia se si tratta di un centro pubblico, privato o privato convenzionato (tabella 3).

Risulta che, dei 91 centri per i quali è stato possibile definire la tipologia di servizio, circa il 70 per cento offre un servizio pubblico, il 12 per cento sono privati convenzionati, il restante 18 per cento sono completamente privati.

Il numero maggiore di centri pubblici (28) si trova nel Nord-Ovest, in prevalenza in Lombardia (in cui ve ne sono 19), segue il Sud e isole con 14, il Nord-Est con 13 e il Centro con 9.

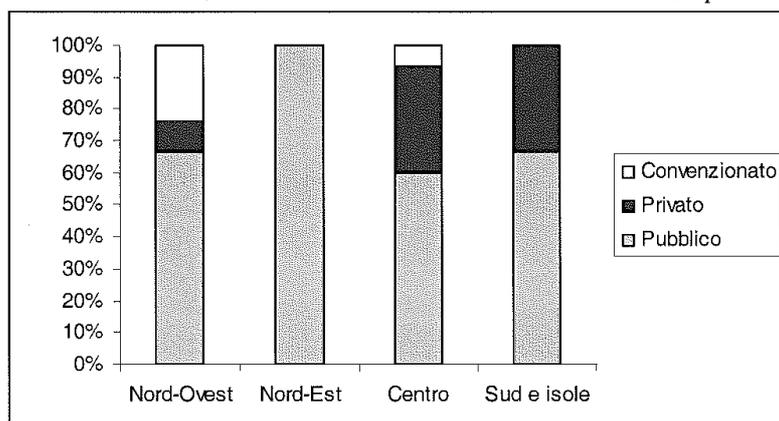
Tabella 3: Distribuzione dei centri per area geografica e carattere del servizio

		Servizio						N.ro centri totale	% totale
		Pubblico		Privato		Convenzionato			
Area	Regione	N.ro centri	%	N.ro centri	%	N.ro centri	%		
Nord-Ovest	Liguria	3	3,3%		0,0%		0,0%	3	3,3%
	Lombardia	19	20,9%		0,0%	9	9,9%	28	30,8%
	Piemonte	5	5,5%	4	4,4%	1	1,1%	10	11,0%
	Valle d'Aosta	1	1,1%		0,0%		0,0%	1	1,1%
Nord-Ovest Totale		28	30,8%	4	4,4%	10	11,0%	42	46,2%
Nord-Est	Emilia Romagna	10	11,0%		0,0%		0,0%	10	11,0%
	Friuli V. Giulia	2	2,2%		0,0%		0,0%	2	2,2%
	Trento	1	1,1%		0,0%		0,0%	1	1,1%
Nord-Est Totale		13	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	13	14,3%
Centro	Lazio	1	1,1%		0,0%		0,0%	1	1,1%
	Marche	1	1,1%		0,0%		0,0%	1	1,1%
	Toscana	6	6,6%	4	4,4%	1	1,1%	11	12,1%
	Umbria	1	1,1%	1	1,1%		0,0%	2	2,2%
Centro Totale		9	9,9%	5	5,5%	1	1,1%	15	16,5%
Sud e isole	Abruzzo	3	3,3%		0,0%		0,0%	3	3,3%
	Calabria	1	1,1%	4	4,4%		0,0%	5	5,5%
	Campania	6	6,6%	1	1,1%		0,0%	7	7,7%
	Sicilia	4	4,4%	2	2,2%		0,0%	6	6,6%
Sud e isole Totale		14	15,4%	7	7,7%	0	0,0%	21	23,1%
Totale complessivo		64	70,3%	16	17,6%	11	12,1%	91	100,0%

Dei rispondenti, nel Sud e nelle isole si concentra il maggior numero di centri privati (con 7 centri su 16), mentre il maggior numero dei privati convenzionati si trova in Lombardia, con 9 centri su 10 appartenenti a questa tipologia.

Su tali risultati giova ricordare quanto accennato nel primo paragrafo a proposito della mancanza di risposte da parte di alcune regioni (Veneto, Puglia, Basilicata; Sardegna) e della provincia autonoma di Bolzano.

Grafico 2: Distribuzione dei centri in base al carattere del servizio prestato e all'area geografica



3.2.2. *Numero di SDO aperte: dati e analisi.*

In fase di effettuazione del ciclo i centri possono aprire una sola SDO (ricoveri) o più di una.

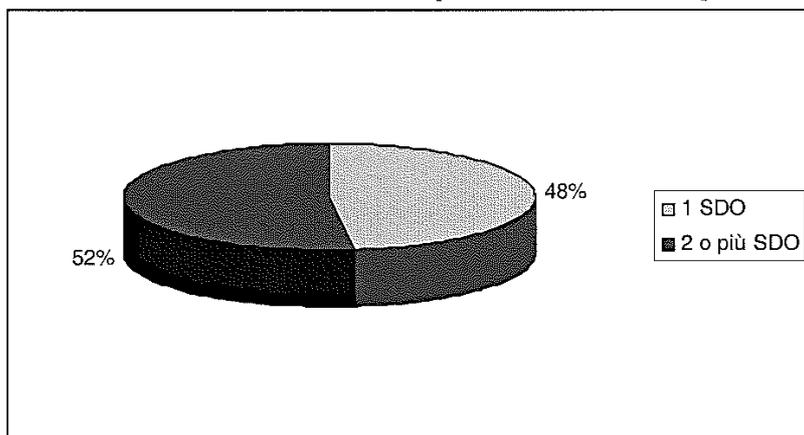
Dai 48 questionari su 94 che hanno fornito risposta alla domanda in questione risulta che 23 centri (pari al 48 per cento) aprono una sola SDO, mentre il restante 52 per cento (25 centri) ne apre 2 o più.

In particolare viene aperta più di una SDO nel Nord-Ovest (23 su un totale di 25) mentre sembrano caratterizzarsi per l'apertura di una sola SDO i centri del Sud e delle isole e del Centro.

Tabella 4: *Distribuzione territoriale dei centri PMA in base al numero di SDO aperti in sede di ricovero*

		1 SDO		2 o più SDO		N.ro totale	% totale
Area	Regione	N.ro	%	N.ro	%		
Nord-Ovest	Liguria	2	4,2%		0,0%	23	47,9%
	Lombardia	1	2,1%	22	45,8%		
	Piemonte	1	2,1%		0,0%		
	Valle d'Aosta		0,0%	1	2,1%		
Nord-Ovest Totale		4	8,3%	23	47,9%	27	56,3%
Nord-Est	Emilia Romagna	6	12,5%		0,0%	6	12,5%
	Friuli V. Giulia	1	2,1%		0,0%		
	Trento	1	2,1%		0,0%		
Nord-Est Totale		8	16,7%		0,0%	8	16,7%
Centro	Lazio	1	2,1%		0,0%	1	2,1%
	Marche	1	2,1%		0,0%		
	Toscana	1	2,1%		0,0%		
Centro Totale		3	6,3%		0,0%	3	6,3%
Sud e isole	Abruzzo	1	2,1%		0,0%	6	12,5%
	Campania	4	8,3%	2	4,2%		
	Sicilia	3	6,3%		0,0%		
Sud e isole Totale		8	16,7%	2	4,2%	10	20,8%
Totale complessivo		23	47,9%	25	52,1%	48	100,0%

Grafico 3: *Percentuale di centri che aprono una sola SDO o più di una*



3.2.3. *Analisi dei rimborsi: distribuzione, tipologie e valore.*

L'analisi dei dati relativi alla tipologia e all'importo dei rimborsi effettuati dai centri di PMA si basa su un ancor più ristretto numero di rispondenti, poiché solamente 41 centri, pari al 43 per cento del totale, ha indicato se effettua o meno il rimborso attraverso un apposito DRG, mentre 55 centri non hanno fornito risposta.

La distribuzione per area geografica dei centri che effettuano il rimborso (26 in totale, pari al 63 per cento) è abbastanza omogenea, con un massimo di 9 nel Nord-Ovest e un minimo di 5 nel Centro.

Tabella 5: *Distribuzione territoriale dei centri PMA che effettuano o no il rimborso attraverso un DRG*

		SI		No		N.ro totale	% totale
Area	Regione	N.ro	%	N.ro	%		
Nord-Ovest	Liguria	2	4,9%		0,0%	2	4,9%
	Lombardia	2	4,9%		0,0%	2	4,9%
	Piemonte	1	2,4%	2	4,9%	3	7,3%
	Valle d'Aosta	1	2,4%		0,0%	1	2,4%
Nord-Ovest Totale		6	14,6%	2	4,9%	8	19,5%
Nord-Est	Emilia Romagna	7	17,1%	1	2,4%	8	19,5%
	Friuli V. Giulia	1	2,4%	1	2,4%	2	4,9%
	Trento	1	2,4%		0,0%	1	2,4%
Nord-Est Totale		9	22,0%	2	4,9%	11	26,8%
Centro	Lazio	1	2,4%	1	2,4%	2	4,9%
	Marche	1	2,4%		0,0%	1	2,4%
	Toscana	3	7,3%	4	9,8%	7	17,1%
	Umbria		0,0%	2	4,9%	2	4,9%
Centro Totale		5	12,2%	7	17,1%	12	29,3%
Sud e isole	Abruzzo	1	2,4%		0,0%	1	2,4%
	Campania	2	4,9%	4	9,8%	6	14,6%
	Sicilia	3	7,3%		0,0%	3	7,3%
Sud e isole Totale		6	14,6%	4	9,8%	10	24,4%
Totale complessivo		26	63,4%	15	36,6%	41	100,0%

I DRG maggiormente utilizzati per il rimborso sono risultati i seguenti:

359
365
369
352
339
6280