

sulla necessità di preservare la propria fertilità e di non comprometterla con l'assunzione di comportamenti a rischio.

Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita

Il Fondo, istituito ai sensi dell'articolo 18 della legge, è ripartito annualmente tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in base al disposto del D.M. 9 giugno 2004.

Il fondo previsto per l'anno 2008, è stato trasferito alle Regioni e Province Autonome con D.D. 21 ottobre 2008.

Nel paragrafo successivo si descrivono le iniziative delle Regioni e Province Autonome, effettuate con l'utilizzo della quota di riparto delle somme relative al Fondo citato.

2. AZIONI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

La **Regione Valle d'Aosta** ha trasferito il finanziamento all'unica azienda sanitaria locale per le spese di funzionamento del Centro di sterilità presente nel presidio ospedaliero regionale. Il finanziamento è stato utilizzato per l'acquisizione di personale dedicato e di attrezzature, necessari a migliorare il funzionamento del Centro.

La **Regione Piemonte** ha destinato i fondi all'Azienda Sanitaria di Asti al fine di potenziare il Centro di primo livello già presente sul territorio, ampliandone l'attività al 2° e 3° livello. Questo per poter erogare nel suddetto territorio (Piemonte Sud-vest), un servizio completo alle coppie ivi residenti e non.

La **Regione Lombardia**, ha disposto, con delibera regionale, la promozione di studi e progetti finalizzati a favorire la gestione efficace e sicura dei casi di infertilità e le procedure che garantiscono alle coppie l'assistenza migliore.

La **Provincia Autonoma di Trento** ha aumentato l'efficienza ed anche l'efficacia della struttura pubblica di PMA di primo secondo e terzo livello, attivata presso l'Ospedale di Arco, al fine di poter arrivare all'offerta di cicli PMA richiesti dal territorio.

La **Provincia Autonoma di Bolzano** ha provveduto alla regolamentazione di tutti i requisiti tecnico-scientifici ed organizzativi delle strutture preposte alla PMA.

Il **Veneto** ha suddiviso i fondi tra le strutture pubbliche e private preaccreditate autorizzate ad erogare prestazioni di P.M.A., ivi compreso il Centro pubblico per la crioconservazione dei gameti maschili dell’Azienda Ospedaliera di Padova, secondo un criterio proporzionale che tiene in considerazione, oltre che il volume e la tipologia delle prestazioni erogate, anche il bacino di utenza servito da ciascuna struttura.

La **Liguria** ha destinato le somme al Centro di PMA di II e III livello, con sede presso l’Ente Ospedaliero Galliera, per le spese relative all’acquisto di apparecchiature di laboratorio e per la stipula di contratti di collaborazione professionale con un medico e un biologo, al fine di garantire la piena operatività del centro.

L’**Emilia Romagna** ha assegnato i fondi alle Aziende Sanitarie Locali al fine di favorire l’accesso alle tecniche di PMA con l’obiettivo di presa in carico della coppia per un approccio integrato all’intero percorso di trattamento.

La **Toscana**, come l’anno precedente, ha stabilito, con delibera regionale, i criteri per la presentazione di specifici progetti sulla procreazione medicalmente assistita, finalizzati al miglioramento del servizio, alla formazione, informazione, educazione sanitaria. Con la stessa delibera ha inoltre individuato i soggetti titolari dei progetti (Aziende sanitarie; Aziende Ospedaliere Universitarie; centri privati di PMA autorizzati) ed i criteri di assegnazione delle risorse.

La **Regione Umbria** ha assegnato anche per il 2008, la quota di finanziamento all’Azienda Ospedaliera di Perugia per ottimizzazione e il potenziamento del Centro di sterilità e fecondazione assistita sia relativamente alle risorse umane che strumentali e strutturali, con riferimento all’attività assistenziale e di ricerca e studio.

La **Regione Marche**, ha stanziato i fondi per le spese di gestione e acquisto di attrezzature ai Centri di procreazione assistita dell’A.O. di Pesaro e della A.O. di Ancona.

La **Regione Abruzzo** ha destinato nuovamente le somme al potenziamento dei Centri di PMA pubblici, rispettivamente alle ASL di Chieti, L’Aquila e Pescara.

La **Campania** ha destinato i fondi alle Aziende Sanitarie Locali e alle Aziende Ospedaliere al fine di incrementare la qualità dell’offerta sanitaria. Ha costituito un Centro di coordinamento per le attività centrali di formazione degli operatori sanitari e l’elaborazione di progetti per migliorare il livello standard delle strutture di PMA.

La **Puglia** ha utilizzato le somme elargite al fine di implementare le attività di tutti i centri pubblici di PMA, dislocati sul territorio, coordinati dal Centro di Riferimento Regionale per la

PMA, individuato nell'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia II dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, secondo un progetto predefinito in ambito regionale. Tra gli obiettivi del progetto si rilevano l'implementazione delle attività cliniche e di ricerca ed il sostegno alla coppia in tutte le fasi del percorso diagnostico-terapeutico.

La **Basilicata** ha provveduto al trasferimento dei fondi all'Azienda Sanitaria USL n. 4 di Matera destinati all'acquisto di apparecchiature per il centro di PMA dell'Ospedale Madonna delle Grazie.

La **Sardegna** ha assegnato i fondi a tre strutture pubbliche di PMA per l'acquisto di attrezzature specifiche .

Al momento, alcune regioni (Friuli Venezia Giulia, Molise, Calabria, Lazio e Sicilia) non hanno ancora inviato al Ministero la documentazione relativa all'impiego delle somme stanziate per l'anno 2008.

3. L'ATTIVITA' DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Il Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Il Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita raccogli i dati dalle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di PMA, degli embrioni formati e dei nati con tecniche di PMA. E' stato istituito con decreto del Ministro della Salute del 7 ottobre 2005 presso l'Istituto Superiore di Sanità, in attuazione a quanto previsto dall'articolo 11 comma 1 della Legge 40/2004. Il decreto prevede che "l'Istituto Superiore di Sanità raccolga e diffonda, in collaborazione con gli osservatori epidemiologici regionali, le informazioni necessarie al fine di consentire la trasparenza e la pubblicità delle tecniche di procreazione medicalmente assistita adottate e dei risultati conseguiti".

La finalità del Registro, come previsto all'art.1 commi 3, 4, 5 e 6 del decreto del Ministro della Salute è quella di "censire le strutture operanti sul territorio Nazionale e consentire la trasparenza e la pubblicità delle tecniche di procreazione medicalmente assistita adottate e dei risultati conseguiti". Nel Registro sono raccolti i soli dati indispensabili al perseguimento delle finalità di cui al comma 3. Nel Registro, allo stato attuale, sono raccolti:

- a) i dati identificativi, descrittivi, tecnici, strutturali ed organizzativi, relativi alle strutture pubbliche e private che applicano le tecniche di procreazione medicalmente assistita;

- b) i dati relativi alle autorizzazioni rilasciate ai sensi dell'art.10, comma 1 e alle sospensioni e alle revoche di cui all'art.12, comma 10, della Legge 19 febbraio 2004, n. 40;
- c) i dati anonimi anche aggregati, relativi alle coppie che accedono alle tecniche di PMA, agli embrioni formati ed ai nati a seguito delle medesime tecniche, nonché agli altri eventi indicati nell'allegato 2 al presente decreto, trattati per finalità statistiche o scientifiche.

Il Registro “è funzionalmente collegato con altri Registri europei e internazionali, ai fini dello scambio di dati anonimi anche aggregati, anche mediante l'utilizzo di strumenti elettronici”.

Compito dell'Istituto Superiore di Sanità è quello di redigere una relazione annuale da inviare al Ministro della Salute, che renda conto dell'attività dei centri di PMA, e che consenta di valutare, sotto il profilo epidemiologico, le tecniche utilizzate e gli interventi effettuati.

Il Registro, inoltre, in base a quanto previsto dall'art. 11 della Legge 40/2004, ha il compito di “raccogliere le istanze, le informazioni, i suggerimenti, le proposte delle società scientifiche e degli utenti riguardanti la PMA”. A tal fine, la creazione di un sito web si è dimostrata uno strumento indispensabile che ha consentito di raccogliere i dati e le informazioni per collegare i centri tra loro e con l'Istituzione, per promuovere la ricerca e il dibattito sui temi della riproduzione umana, e per favorire la collaborazione fra figure professionali e istituzioni diverse.

Come funziona e chi ci lavora Il Registro Nazionale PMA svolge la sua attività nell'ambito del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità. Il Registro italiano è formalmente collegato al Registro Europeo delle tecniche di riproduzione assistita (European IVF Monitoring Consortium – EIM), che raccoglie i dati dei Registri di altri 30 paesi europei.

Il Registro si avvale di uno staff multidisciplinare con competenze in epidemiologia, statistica, ginecologia, informatica, bioetica, sociologia, biologia e psicologia.

Strumento di raccolta dei dati sull'attività dei centri è il sito del Registro (www.iss.it/rpma) creato nel portale dell'ISS, al cui interno è presente un'area dedicata ai centri con accesso riservato.

La raccolta dei dati In Italia, le tecniche di PMA vengono effettuate in centri specializzati che si dividono a seconda della complessità e delle diverse applicazioni delle tecniche offerte in centri di primo livello (cioè quelli che, applicano solamente l'Inseminazione Semplice e la crioconservazione del liquido seminale) e centri di secondo e terzo livello (ovvero quelli che oltre ad applicare l'Inseminazione Semplice applicano anche altre tecniche).

Il Registro raccoglie i dati da tutti i centri autorizzati dalle Regioni di appartenenza attraverso un sito Web (www.iss.it/rpma) nel portale dell'ISS, al cui interno i centri di PMA hanno la possibilità

di inserire, direttamente on-line, i dati riguardanti la loro attività in un'area riservata, accessibile solo con codice identificativo e password.

Il sito web è strutturato sulla base di quattro differenti livelli informativi, diretti a diverse tipologie di utenti:

1. i centri, che hanno accesso ai dati riguardanti esclusivamente la propria attività;
2. le Regioni, che accedono ai dati dei centri che operano nel proprio territorio;
3. l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute, che possono visionare i dati nazionali;
4. i cittadini, che possono trovare nel sito informazioni sulla localizzazione, sul livello, le caratteristiche e le prestazioni offerte.

I dati raccolti vengono elaborati statisticamente e valutati sotto il profilo medico ed epidemiologico in modo da offrire un quadro riassuntivo dell'attività della PMA in Italia, e divengono oggetto di una relazione annuale predisposta per il Ministro della Salute.

Il sito web del Registro Il sito <http://www.iss.it/rpma> oltre ad essere il principale strumento di lavoro del Registro, è anche punto di contatto e di scambio con le istituzioni, i centri, le società scientifiche, le associazioni, i cittadini. Il sito offre infatti numerose pagine di informazione su tutti i temi correlati all'infertilità.

Il sito del Registro è inserito, insieme a quello di altri 30 paesi europei, nel sito dell'EIM (European IVF Monitoring Consortium) e valutato costantemente nei contenuti e nella trasparenza delle informazioni da organismi di controllo a livello europeo.

3.1 Organizzazione dei servizi di pma in italia

Iscrizione al Registro della Procreazione Medicalmente Assistita (Situazione aggiornata al 31 gennaio 2009) I centri che in Italia applicano le tecniche di PMA di I livello (Inseminazione Semplice) e di II e III livello (GIFT, FIVET, ICSI ed altre tecniche) ed iscritti al Registro Nazionale, alla data del 31 Gennaio 2009 sono **341** distribuiti sul territorio nazionale come rappresentato nella **Figura 1.1**.

Nella regione Lazio svolgono attività 53 centri, questi sono ancora in attesa di autorizzazione, in quanto la normativa Regionale che definisce i “*requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi, in favore delle strutture eroganti prestazioni di procreazione medicalmente assistita*” (L.40/2004 - art.10 - comma 1 e comma 2) è stata deliberata il giorno 8 Febbraio 2008 e pubblicata

sul bollettino Ufficiale della Regione Lazio - n.10 parte I del 14 marzo 2008, ma ancora non si è proceduto alla fase di accreditamento dei centri.

Figura 1.1 Distribuzione regionale dei centri (I, II e III Livello) che applicano tecniche di PMA – TOTALE 341 (tra parentesi è indicata la differenza in rapporto ai centri attivi al 31 Gennaio 2008)



I 341 centri sono raggruppati nella **Tabella 1.1** secondo la regione e l'area geografica, in cui svolgono la propria attività, e secondo il tipo di servizio offerto.

Le regioni in cui la presenza di centri di PMA, è più alta, sono la Lombardia (62 centri), il Lazio (53 centri), la Campania (38 centri), il Veneto (36 centri) e la Sicilia (35 centri). Tra Lombardia e Lazio operano 115 centri che rappresentano il 33,7% dei centri attivi nel paese.

Tab. 1.1: Numero centri secondo il tipo di servizio per Regione ed area geografica **TOTALE 341**

Regioni ed aree geografiche	Tipo di servizio							
	Pubblici		Privati convenzionati		Privati		Totale	
	N° centri	%	N° centri	%	N° centri	%	N° centri	%
Piemonte	15	55,6	2	7,4	10	37,0	27	7,9
Valle d'Aosta	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Lombardia	27	43,5	8	12,9	27	43,5	62	18,2
Liguria	4	66,7	0	0,0	2	33,3	6	1,8
Nord ovest	47	49,0	10	10,4	39	40,6	96	28,2
P.A. Bolzano	4	80,0	0	0,0	1	20,0	5	1,5
P.A. Trento	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	0,6
Veneto	15	41,7	2	5,6	19	52,8	36	10,6
Friuli Venezia Giulia	5	83,3	1	16,7	0	0,0	6	1,8
Emilia Romagna	11	57,9	0	0,0	8	42,1	19	5,6
Nord est	36	52,9	3	4,4	29	42,6	68	19,9
Toscana	7	35,0	5	25,0	8	40,0	20	5,9
Umbria	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Marche	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	0,9
Lazio	8	15,1	2	3,8	43	81,1	53	15,5
Centro	18	23,4	7	9,1	52	67,5	77	22,6
Abruzzo	2	50,0	0	0,0	2	50,0	4	1,2
Molise	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Campania	12	31,6	0	0,0	26	68,4	38	11,1
Puglia	2	18,2	4	36,4	5	45,5	11	3,2
Basilicata	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6
Calabria	0	0,0	0	0,0	5	100,0	5	1,5
Sicilia	7	20,0	1	2,9	27	77,1	35	10,3
Sardegna	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	1,2
Sud e isole	29	29,0	6	6,0	65	65,0	100	29,3
Totale	130	38,1	26	7,6	185	54,3	341	100,0

I centri pubblici sono 130, quindi il 38,1% del totale, a questi possiamo aggregare i centri privati in regime convenzionato, che sono 26 (7,6%). In totale, quindi, operano 156 centri, che rappresentano il 45,7% della totalità dei centri, e che offrono servizi a carico del Sistema Sanitario Nazionale. I restanti 185 centri sono di tipo privato e rappresentano il restante 54,3% dei centri attivi.

La composizione percentuale che distingue i centri privati, da quelli pubblici o privati convenzionati, è molto differente da regione e regione. Nel Nord Italia infatti il numero di centri privati si attesta intorno al 40% (40,6% per il Nord Ovest e 42,6% per il Nord Est), nel centro la

quota di centri privati è del 67,5% mentre nel meridione è del 65,0%. In particolare nel Lazio la quota dei centri privati è dell'81,1%, in Campania del 68,4% e in Sicilia del 77,1%.

I **341** centri che applicano tecniche di PMA, vengono classificati in base alla complessità delle procedure adottate nei centri.

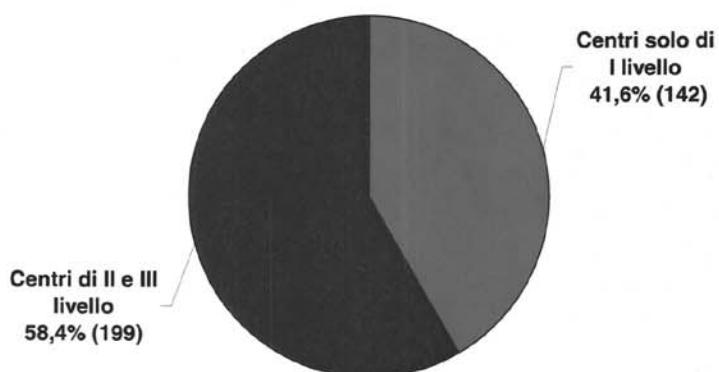
Si parla quindi, di centri di primo, secondo e terzo livello.

Nei centri di **primo livello** vengono applicate soltanto procedure di Inseminazione Semplice e crioconservazione dei gameti maschili.

Nei centri di **secondo e terzo livello**, oltre all'Inseminazione Semplice, vengono praticate le tecniche di procreazione assistita più complesse (GIFT, FIVET e ICSI), le tecniche di prelievo chirurgico di spermatozoi e le tecniche che prevedono la crioconservazione dei gameti sia maschili che femminili. Questi centri hanno anche la possibilità di crioconservare embrioni qualora non fosse possibile l'immediato trasferimento in utero nei casi previsti dalla legge 40.

In Italia 142 centri (41,6%) applicano esclusivamente la tecnica di Inseminazione Semplice e sono quindi di primo livello, mentre 199 centri, pari al 58,4% del totale, oltre l'Inseminazione Semplice applicano anche le tecniche di secondo e terzo livello, come rappresentato nella **Figura 1.2**.

Figura 1.2 Distribuzione dei centri secondo il livello delle tecniche applicate – **TOTALE 341**



Nella **Tabella 1.2** è rappresentata la distribuzione dei centri secondo il livello delle tecniche utilizzate, divisi per regione e area geografica.

Tab. 1.2: Numero centri secondo il livello, per Regione ed area geografica TOTALE 341

Regioni ed aree geografiche	Livello dei centri			
	I Livello		II-III Livello	
	N° centri	%	N° centri	%
Piemonte	17	12,0	10	5,0
Valle d'Aosta	0	0,0	1	0,5
Lombardia	36	25,4	26	13,1
Liguria	3	2,1	3	1,5
Nord ovest	56	39,4	40	20,1
P.A. Bolzano	2	1,4	3	1,5
P.A. Trento	0	0,0	2	1,0
Veneto	12	8,5	24	12,1
Friuli Venezia Giulia	3	2,1	3	1,5
Emilia Romagna	8	5,6	11	5,5
Nord est	25	17,6	43	21,6
Toscana	7	4,9	13	6,5
Umbria	0	0,0	1	0,5
Marche	0	0,0	3	1,5
Lazio	24	16,9	29	14,6
Centro	31	21,8	46	23,1
Abruzzo	0	0,0	4	2,0
Molise	0	0,0	1	0,5
Campania	15	10,6	23	11,6
Puglia	1	0,7	10	5,0
Basilicata	1	0,7	1	0,5
Calabria	1	0,7	4	2,0
Sicilia	12	8,5	23	11,6
Sardegna	0	0,0	4	2,0
Sud e isole	30	21,1	70	35,2
Totale	142	100,0	199	100,0

I centri di primo livello attivi in Italia sono 142 mentre quelli di secondo e terzo livello sono 199. Nelle regioni del Nord Ovest si registra il maggior numero di centri di primo livello, ben 56, che rappresenta il 39,4% del totale di centri di primo livello attivi in Italia. Nelle regioni del Sud, invece si registra il numero più elevato di centri di secondo e terzo livello, 70 centri, che rappresenta il 35,2% della totalità dei centri che svolgono attività di secondo e terzo livello.

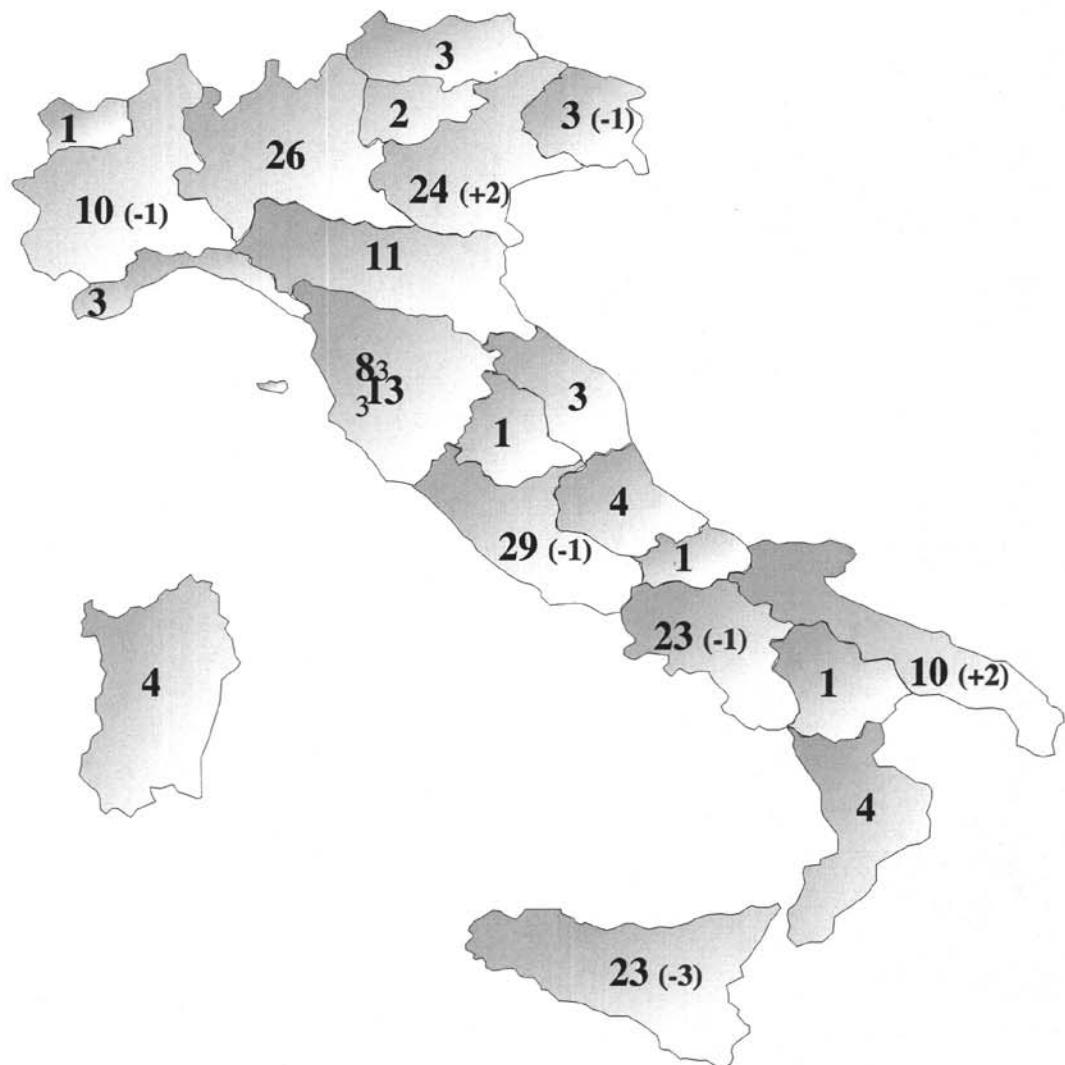
La **Tabella 1.3** mostra la distribuzione dei centri secondo il livello ed il tipo di servizio offerto. Nel nostro paese svolgono attività 142 centri di primo livello, di cui 49 pubblici, 4 privati convenzionati e 89 privati. I centri di secondo e terzo livello sono invece 199 distribuiti in 81 pubblici, 22 privati convenzionati e 96 privati.

**Tab. 1.3: Numero centri secondo il tipo di servizio ed il livello, per Regione ed area geografica
TOTALE 341**

Regioni ed aree geografiche	Centri di I Livello						Centri di II e III Livello					
	Pubblici		Privati convenzionati		Privati		Pubblici		Privati convenzionati		Privati	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Piemonte	11	22,4	0	0,0	6	6,7	4	4,9	2	9,1	4	4,2
Valle d'Aosta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Lombardia	13	26,5	1	25,0	22	24,7	14	17,3	7	31,8	5	5,2
Liguria	2	4,1	0	0,0	1	1,1	2	2,5	0	0,0	1	1,0
Nord ovest	26	53,1	1	25,0	29	32,6	21	25,9	9	40,9	10	10,4
P.A. Bolzano	2	4,1	0	0,0	0	0,0	2	2,5	0	0,0	1	1,0
P.A. Trento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	1,0
Veneto	5	10,2	1	25,0	6	6,7	10	12,3	1	4,5	13	13,5
Friuli Venezia Giulia	3	6,1	0	0,0	0	0,0	2	2,5	1	4,5	0	0,0
Emilia Romagna	5	10,2	0	0,0	3	3,4	6	7,4	0	0,0	5	5,2
Nord est	15	30,6	1	25,0	9	10,1	21	25,9	2	9,1	20	20,8
Toscana	3	6,1	0	0,0	4	4,5	4	4,9	5	22,7	4	4,2
Umbria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Marche	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,5	0	0,0	1	1,0
Lazio	0	0,0	1	25,0	23	25,8	8	9,9	1	4,5	20	20,8
Centro	3	6,1	1	25,0	27	30,3	15	18,5	6	27,3	25	26,0
Abruzzo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,5	0	0,0	2	2,1
Molise	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Campania	3	6,1	0	0,0	12	13,5	9	11,1	0	0,0	14	14,6
Puglia	0	0,0	1	25,0	0	0,0	2	2,5	3	13,6	5	5,2
Basilicata	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Calabria	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	4	4,2
Sicilia	1	2,0	0	0,0	11	12,4	6	7,4	1	4,5	16	16,7
Sardegna	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,7	1	4,5	0	0,0
Sud e isole	5	10,2	1	25,0	24	27,0	24	29,6	5	22,7	41	42,7
Totale	49	100,0	4	100,0	89	100,0	81	100,0	22	100,0	96	100,0

Nella **Figura 1.3** viene mostrata la numerosità, in ciascuna regione geografica, dei centri che svolgono attività di secondo e terzo livello.

**Figura. 1.3 Distribuzione regionale dei centri che applicano tecniche di PMA di II e III livello -
TOTALE 199 centri** (tra parentesi è indicata la differenza in rapporto ai centri attivi al 31 gennaio 2008)



Nella **Figura 1.4** viene mostrata la numerosità, in ciascuna regione geografica, dei centri che svolgono attività di secondo e terzo livello in regime pubblico o convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale. Questa distribuzione dà la misura della disponibilità di centri in cui è possibile sottoporsi a terapie di PMA offerte dal Servizio Sanitario Nazionale.

Figura. 1.4 Distribuzione dei centri di II e III livello che operano in regime pubblico o privato convenzionato – TOTALE 103 centri (tra parentesi è indicata la differenza in rapporto ai centri attivi al 31 gennaio 2008)



Accessibilità ai servizi di Procreazione Medicalmente Assistita: Attività svolta dai centri nell'anno 2007

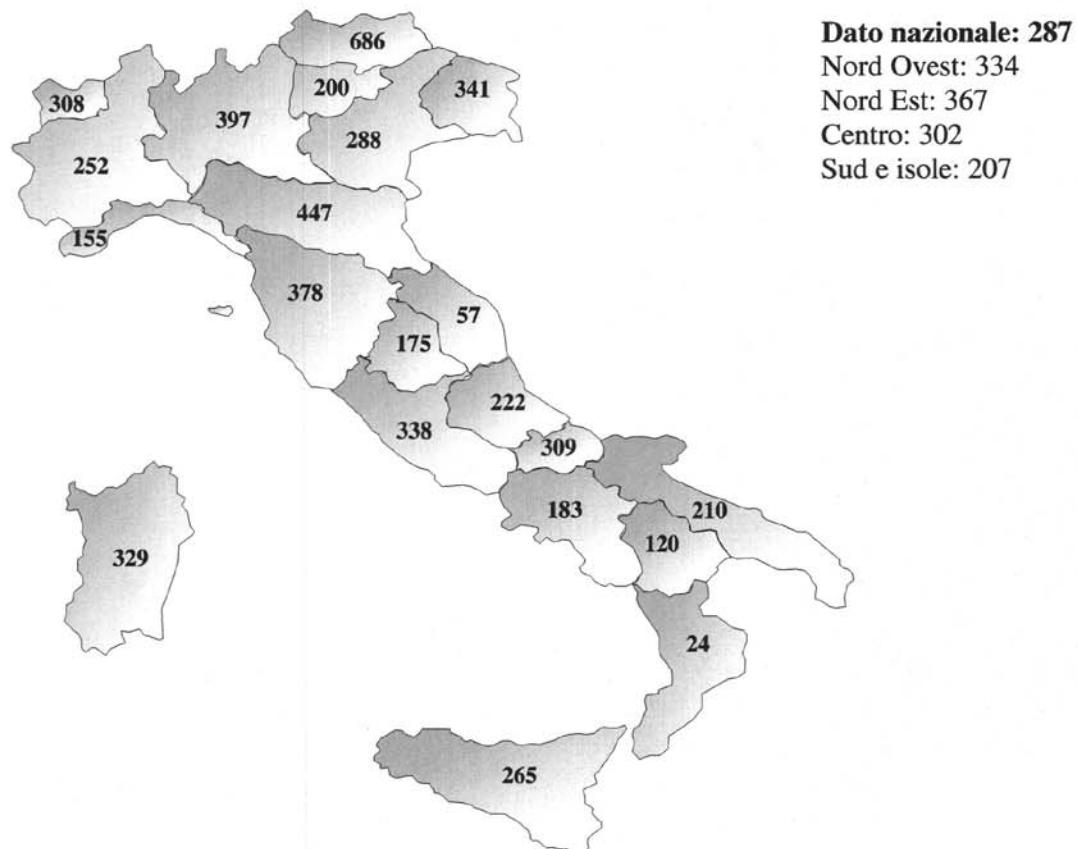
Un indicatore utile per misurare l'adeguatezza dell'offerta rispetto all'esigenza nazionale è determinare il numero di cicli da tecniche a fresco (FIVET ed ICSI) iniziati in un determinato anno. Il nostro anno di riferimento per i cicli iniziati sarà l'attività svolta dai centri di PMA nell'anno 2007. Questo parametro può essere relazionato con differenti informazioni:

- donne in età feconda
- popolazione generale

Nella **Figura 1.5** è visualizzata la distribuzione secondo la regione per 100.000 donne in età feconda (15-49 anni, popolazione femminile media nell'anno 2007, fonte ISTAT) e il numero di cicli di trattamenti di PMA effettuati nel 2007.

A livello nazionale l'indicatore è pari a 287 cicli iniziati ogni centomila donne residenti, in età feconda. L'eterogeneità del valore dell'indicatore tra le varie regioni ci dà in qualche modo la misura di quale, tra queste, riveste un ruolo recettivo, catalizzando la migrazione delle coppie che per effettuare terapie di PMA si spostano in regioni differenti da quella di residenza.

Figura 1.5 **Numero di cicli iniziati da tecniche a fresco (FIVET – ICSI) nell'anno 2007 secondo la regione per 100.000 donne in età feconda (15-49 anni, popolazione femminile media nell'anno 2007, fonte ISTAT)**

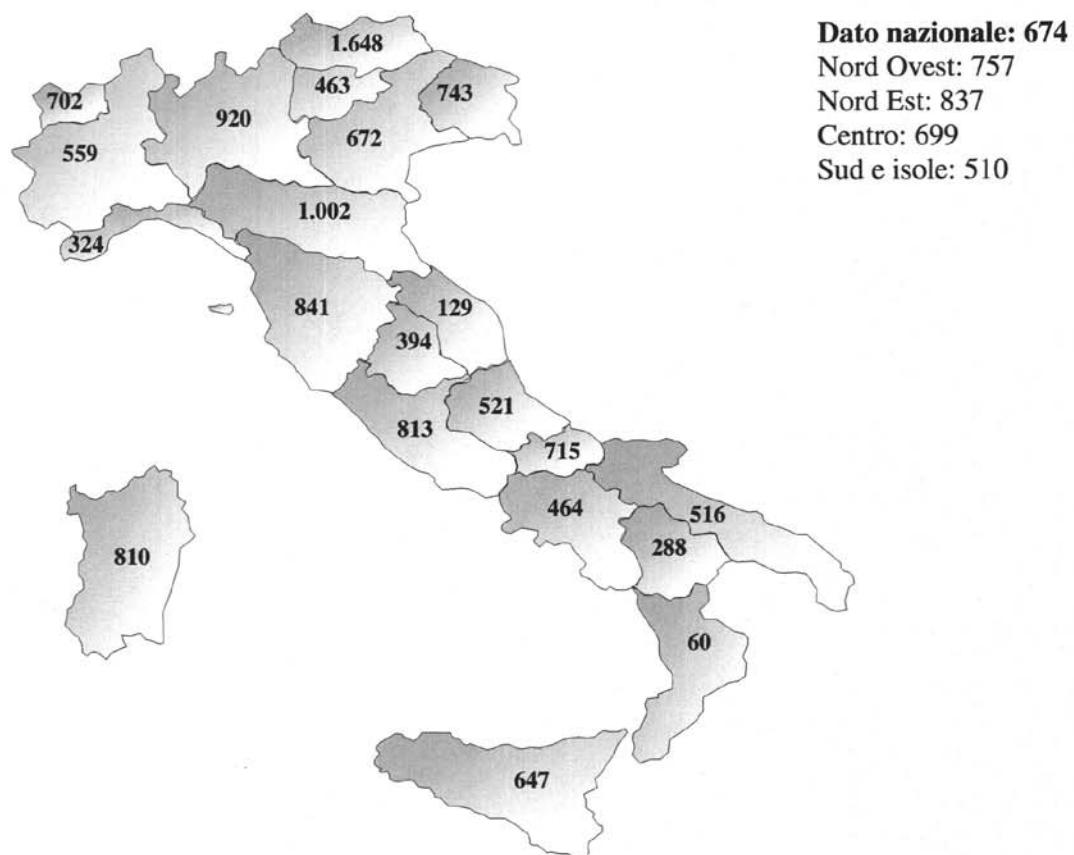


Nella **Figura 1.6.** invece viene rappresentato il numero di cicli iniziati da tecniche a fresco (FIVET – ICSI) nell’anno 2007 per milione di abitanti (popolazione media residente nell’anno 2007, Fonte ISTAT). In generale il valore che l’indicatore assume è pari a 674 cicli iniziati per milione di abitanti. Rispetto all’anno precedente si è avuto un aumento netto di 50 cicli per milione di abitante, e questo è riscontrato in ognuna delle aree geografiche.

Rispetto agli ultimi dati disponibili del Registro europeo relativi all’anno 2004, quando venivano praticati 1.095 cicli a fresco ogni milione di abitanti, l’Italia si attesta su valori piuttosto bassi.

Va sottolineata la grande differenza che esiste tra regione e regione. Si va da regioni che presentano un offerta di tecniche decisamente elevata, a regioni in cui l’attività di PMA viene praticata soltanto marginalmente. E’ vero che rispetto ai dati del 2006 si nota un trend di avvicinamento tra gli indicatori delle varie regioni, calcolando l’indice di dispersione dalla media per le due distribuzioni questo diminuisce passando da 353,3 per il 2006 a 335,5 per il 2007.

Figura 1.6 **Numero di cicli iniziati da tecniche a fresco (FIVET – ICSI) nell’anno 2007 per milione di abitanti (popolazione media residente nell’anno 2007, Fonte ISTAT)**



3.2 Sintesi dei risultati dell'applicazione delle tecniche di PMA nell'anno 2007

Attività, risultati e monitoraggio gravidanze: punti salienti In 342 centri di PMA nel 2007 sono state trattate con tecniche di primo, secondo e terzo livello di procreazione medicalmente assistita 55.437 coppie e sono stati iniziati 75.280 cicli di trattamento. Sono state ottenute 11.685 gravidanze, di queste ne sono state monitorate 9.884 dalle quali sono nati vivi 9.137 bambini (1.801 gravidanze, corrispondenti al 15,4% sono state perse al follow-up),

Nello specifico nei 342 centri sono state trattate con la tecnica di Inseminazione Semplice, 18.972 coppie e sono stati iniziati 31.551 cicli di trattamento. Sono state ottenute 3.400 Gravidanze, di queste ne sono state monitorate 2.703 dalle quali sono nati vivi 2.337 bambini (697 gravidanze, corrispondenti al 20,5% sono state perse al follow-up).

Relativamente alle tecniche di II e III livello nei 202 centri sono state trattate con Tecniche a Fresco 33.169 coppie e sono stati iniziati 40.026 cicli di trattamento. Sono state ottenute 7.854 gravidanze. Di queste ne sono state monitorate 6.793 dalle quali sono nati vivi 6.486 bambini (1.061 gravidanze corrispondenti al 13,5% sono state perse al follow-up).

Inoltre, sono state trattate con Tecniche da Scongelamento 3.296 coppie e sono stati iniziati 3.703 Scongelamenti. Sono state ottenute 431 gravidanze. Dalle 388 gravidanze monitorate sono nati vivi 314 bambini (43 gravidanze corrispondenti al 10,0% sono state perse al follow-up).

Sono nati vivi un totale di 6.800 bambini sia da tecniche a fresco, sia da tecniche di scongelamento (1.104 gravidanze corrispondenti al 13,3% sono state perse al follow-up).

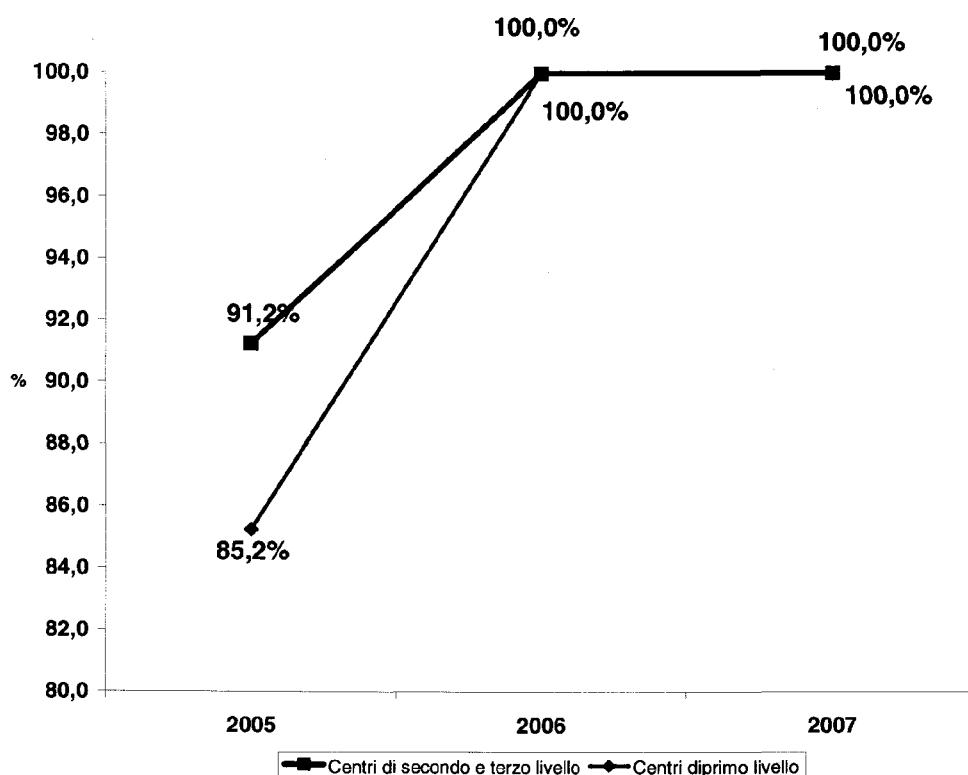
Attività del Registro Nazionale

a) adesione dei centri alla raccolta dati. Nella **Figura 1.1** è rappresentata l'adesione dei centri alla raccolta dati, espressa in percentuale, sul totale dei centri attivi, negli anni che vanno dal 2005 al 2007.

Il primo anno di attività, in cui l'adesione alla raccolta dati effettuata dal Registro Nazionale, è diventata obbligatoria in termini di legge, è stata quella riferita all'attività del 2005. Il 2005 sarà, quindi, il primo riferimento temporale utile, per i successivi confronti negli anni. Nel 2005 la rispondenza dei centri è stata pari al 91,2% per i centri di secondo e terzo livello e all'85,2% per i centri di primo livello. La rispondenza dei centri italiani è quindi aumentata sino a coprire l'attività

di tutti i centri a partire dalla raccolta dati riferita al 2006. Anche per l'anno di attività 2007, l'adesione dei centri si è confermata al 100%.

Figura 1.1 Percentuale di centri partecipanti alle indagini del Registro Nazionale per l'attività negli anni 2005, 2006 e 2007



b) efficienza del sistema di rilevazione del Registro nazionale. Un punto cruciale per il funzionamento del Registro Nazionale, è rappresentato dal follow-up delle gravidanze ottenute nei vari centri di PMA. Soltanto limitando la quota di gravidanze di cui non si conosce l'esito è possibile elaborare delle considerazioni in termini di efficacia e sicurezza dell'applicazione delle tecniche. Spesso però l'attività dei centri termina nel momento in cui la paziente ottiene una gravidanza. Il recupero dell'informazione relativa all'esito della gravidanza stessa è un'attività complessa che non tutti i centri riescono a svolgere al cento per cento. La **Figura 1.2** mostra, relativamente agli anni 2005 2006 e 2007, rispetto alle tecniche di secondo e terzo livello, l'adesione alle tre raccolte dati del Registro Nazionale, e la perdita di informazione sugli esiti delle gravidanze, espressa in percentuale, sul totale di quelle ottenute. Nel grafico esposto, l'efficienza