

La relazione finale della Commissione di Inchiesta della Camera Presidente Antonio Palagiano **22 gennaio 2013**

MOBILITA' PASSIVA, IL CASO EMBLEMATICO DELLA PMA

Troviamo zone dotate di un servizio sanitario di alta qualità – quasi tutte al Nord, come l'Emilia Romagna, il Friuli, il Veneto, anche la Lombardia nonostante gli ultimi scandali – e zone, al Sud, in cui il diritto alla tutela della salute non viene minimamente rispettato. Questa enorme disuguaglianza pesa anche economicamente, in quanto favorisce la migrazione sanitaria o mobilità passiva: i viaggi della speranza per andarsi a curare altrove acuiscono il divario, arricchendo maggiormente Regioni già ricche a discapito di quelle povere, che devono anche pagare la cura fuori sede.

Nel 2011 la mobilità passiva delle due regioni è stata pari a 520 milioni di euro: 285 milioni a carico del servizio sanitario campano e 235 sulle 'spalle' di quello siciliano. Tra le tipologie di assistenza che maggiormente incidono sulla migrazione sanitaria, quelle relative alle tecniche di fecondazione medicalmente assistita.

Dall'entrata in vigore della legge 40, continuano ad aumentare in modo costante le coppie che accedono alle tecniche di PMA, così come aumentano il numero di cicli iniziati e delle gravidanze ottenute. Oggi i nati da fecondazione in vitro sono il 2,2% dei nuovi nati.

Dal 1 gennaio 2011 al 30 giugno 2012, le donne che si sono sottoposte al trattamento, nei centri che hanno risposto al questionario somministrato dalla Commissione (96 risposte su un totale di 351 centri dell'elenco del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita e pari al 27% del totale) sono state 50.900: di queste 37.322 erano residenti nella stessa Regione del centro di PMA, mentre 13.578 hanno dovuto migrare verso altre regioni, con conseguenti costi e disagi: il 48% ha scelto il Nord-ovest.

La media a livello nazionale di donne trattate per ogni centro è di 444 donne residenti e di 168 donne non residenti.

Più di un quarto delle donne, quindi, esegue trattamenti in altre regioni diverse da quelle di residenza con una migrazione che va, tipicamente, da sud verso nord. Il 39% dei cicli riproduttivi fatti sui siciliani, ad esempio, (5130 nel 2010, dato estrapolato dal piano sanitario regionale siciliano) sono effettuati al nord.

Il motivo è dovuto al fatto che nella maggior parte delle regioni del nord, tali trattamenti sono previsti all'interno del sistema sanitario regionale mentre in altre regioni sono effettuati in centri privati e, dunque, a carico del paziente.

In Sicilia, su 36 centri, 7 sono pubblici e fanno 445 cicli (14%) e 29 sono privati ed effettuano il 86% dei trattamenti. Quindi a pagare è la famiglia se il trattamento viene fatto nella propria Regione d'origine, mentre paga quest'ultima se viene fatto in altre regioni diverse dalla propria.

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.

Ne consegue che spesso al sud le coppie pagano di tasca loro oppure sono costrette a fare lunghi viaggi della speranza verso i centri del Nord che vengono pagati dalle regioni a scarsa dotazione (Sicilia, Calabria..) alle regioni ad alta dotazione.

L'indice di "attrattività" che esprime la capacità di una struttura di una Regione di richiamare potenziali pazienti da altre regioni, vede in testa: Toscana (113,3%), Valle d'Aosta (61,9%), Friuli Venezia Giulia (48%), Emilia Romagna (34,2%), Lombardia (31,8%).

“Con questo tasso altissimo di mobilità passiva, tra l'altro in continua crescita, le Regioni del Nord continuano ad arricchirsi a spese delle regioni più povere. L'unico modo per superarlo è inserire la riproduzione assistita all'interno dei LEA, per far in modo che venga reso omogeneo su tutto il territorio tanto il servizio che il costo. Allo stesso modo e per lo stesso motivo, sarebbe necessario prevedere un unico costo per il rimborso, valido in tutto il paese come avviene per le altre patologie”, spiega il Presidente Palagiano. “Inoltre – aggiunge – ridurre la mobilità, sarebbe atto umanitario nei confronti delle coppie che si trovano ad affrontare una fase delicata come il progetto di diventare madri e padri, non solo affrontando le difficoltà dovute alle tecniche in se stesse, ma anche lontani da affetti, famiglia e terre d'origine”.