



## Mittente

**Sede:** 0015/ MEDICO LEGALE  
**Comunicazione numero:** 001799 del 26/04/2018 17:16:35

## Classificazione:

**Tipo messaggio:** Standard  
**Visibilità Messaggio:** Strutture INPS  
**Area/Dirigente:** Direzione[Migliorini Raffaele]  
**Invia in posta personale a tutti gli utenti INPS:** No  
**Esportato da:** Botta Chiara il 05/06/2025 14:18:08

## Comunicazione:

**Oggetto:** Aggiornamento precedenti "linee di indirizzo operativo" in tema di fecondazione assistita

### Corpo del messaggio:

Le intervenute novelle normative in tema di **fecondazione assistita** impongono aggiornamenti delle precedenti "linee di indirizzo operativo" a suo tempo emanate con Msg. 007412 del 03/03/2005, al fine di garantire in ambito di malattia indennizzabile omogeneità valutativa medico legale: utile appare l'occasione per fornire anche, in **Allegato**, cenni sulle nuove tecniche procedurali cliniche.

Si premette che con il termine di **procreazione medicalmente assistita (PMA)** si intendono tutti quei "procedimenti che comportano il trattamento di ovociti umani, di spermatozoi o embrioni nell'ambito di un progetto finalizzato a realizzare una gravidanza".

### RICOGNIZIONE NORMATIVA

La legge 19 febbraio 2004, n. 40 aveva disciplinato le modalità e l'indicazione alle procedure e alle tecniche della PMA:

#### **Art.1.**

1. "Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito.
2. Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità"

Tuttavia, i molti limiti alla procreazione assistita in essa previsti, hanno prodotto eccezioni di incostituzionalità esitate in susseguenti pronunciamenti:

- **Corte Costituzionale con sentenza 151/8 maggio 2009** ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del comma 2 dell'art. 14, limitatamente alle parole «*ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre*»; del comma 3 *“nella parte in cui non prevede che il trasferimento degli embrioni, da realizzare non appena possibile, come stabilisce tale norma, debba essere effettuato senza pregiudizio per la salute della donna.”* La sentenza della Corte comporta una deroga al principio generale di divieto di crioconservazione, la quale sarebbe necessaria in tutti i casi in cui il medico ritenga che l'impianto possa non essere compatibile con la salute della donna.
- **Corte Costituzionale con sentenza 162/10 giugno 2014** ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del **divieto di fecondazione eterologa** medicalmente assistita.
- **Corte Costituzionale:** con **sentenza 229/11 novembre 2015** ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 13, commi 3, lettera *b*), e 4, nella parte in cui contempla come **ipotesi di reato** la condotta di **selezione degli embrioni** anche nei casi in cui questa sia esclusivamente finalizzata ad evitare l'impianto nell'utero della donna di embrioni affetti da malattie genetiche trasmissibili rispondenti ai criteri di gravità di cui all'art. 6, comma 1, lettera *b*), della legge 194/1978 e accertate da apposite strutture pubbliche.

Con proprio **Decreto 01 luglio 2015** il Ministero della Salute ha fornito sul tema importanti Linee Guida dove troviamo:

- la definizione di **sterilità e infertilità**

*“Secondo una prima definizione la **sterilità**, almeno nella donna, andrebbe distinta dall'infertilità, intesa come incapacità di condurre la gravidanza fino all'epoca di vitalità fetale; nell'uomo, invece, i due termini vengono largamente utilizzati come sinonimi essendo il concetto di aborto ovviamente estraneo alla patologia della riproduzione.*

*Secondo un'altra definizione una coppia è considerata **infertile** quando non è stata in grado di concepire e di procreare un bambino dopo un anno o più di rapporti sessuali non protetti, mentre è sterile la coppia nella quale uno o entrambi i coniugi sono affetti da una condizione fisica permanente che non rende possibile la procreazione. Secondo questa interpretazione il termine 'sterilità' si riferisce, quindi, ad una condizione più grave e comunque assoluta di 'infertilità' riguardante la coppia e non il singolo membro di essa.”*

- la previsione del ricorso alla **PMA di tipo eterologo**, in precedenza non ammesso.

Anche il vigente **Codice di Deontologia Medica**, all'**art. 44**, si occupa di **PMA senza alcun riferimento** al suo eventuale essere omologa o eterologa; invece, sottolinea il divieto di *“ogni pratica di procreazione medicalmente assistita a fini di selezione etnica o genetica”* e non consente *“la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca e ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali...”*

## **INDICAZIONI OPERATIVE**

Come può essere desunto dallo studio delle tecniche illustrate nell'allegato, risulta difficile dare un inquadramento univoco all'applicazione delle tecniche di procreazione assistita e persino alla stessa definizione di sterilità.

In effetti, l'infertilità non può essere in sé per sé considerata una malattia; è, però, vero che può indurre uno stato di sofferenza più o meno accentuata, a seconda delle personalità dei partners, con conseguenze anche di notevole rilievo sulla salute psicologica dei singoli componenti e della coppia nella sua globalità.

Tale condizione di sofferenza psichica può essere anche amplificata da altri fattori (es. età non più precoce della donna) e, *incrementando il livello di stress che - secondo le ipotesi scientifiche più accreditate - sappiamo essere correlato ad anomale oscillazioni cicliche ormonali*, parallelamente diminuisce la probabilità di un concepimento.

Attese queste considerazioni, le pratiche di **PMA** - *emendative dell'infertilità e del disagio psichico da quest'ultima indotto* - si associano inevitabilmente, **nella donna**, alla prescrizione di un adeguato periodo di riposo finalizzato all'attecchimento in utero dell'impianto embrionale e ad evitare o ridurre il **rischio di ipercontrattilità del miometrio** che potrebbe essere facilitata dagli sforzi, talvolta anche minimi.

L'astensione dal lavoro può quindi trovare indicazione per evitare l'insuccesso riproduttivo: di talché, pur non potendosi considerare "malattia" in senso classico, i periodi più critici di espletamento delle procedure di PMA devono essere ad essa assimilate.

In definitiva:

- per quello che riguarda le stimolazioni ormonali, i controlli ecografici ed ematici quotidiani, si farà ricorso ad altri istituti contrattuali (permessi orari). In singoli casi concreti può essere necessario un riposo con astensione lavorativa anche antecedente il prelievo ovocitario e il successivo impianto: tale periodo, valutato come di consueto ai fini del riconoscimento della tutela previdenziale della malattia dall'Ufficio medico legale di competenza, potrà indicativamente essere della durata di circa **dieci giorni**;
- sono indennizzabili le giornate di ricovero - anche in Day surgery o altra modalità organizzativa SSN/SSR - per le pratiche chirurgiche connesse alla **PMA**;
- sono indennizzabili le giornate successive alla dimissione, prescritte dallo specialista e necessarie per la convalescenza della donna e/o per un sicuro impianto dell'embrione; mediamente, a livello orientativo, appaiono **congrue due settimane dopo il trasferimento dell'embrione nell'utero**, ferma restando la specifica valutazione medico legale del singolo caso.

Qualora la necessità di riposo e di astensione lavorativa per la gestante, finalizzata a consolidare l'attecchimento dell'embrione e al positivo evolversi della gravidanza, dovesse protrarsi più a lungo, l'istituto di tutela più indicato parrebbe quello dell'"interdizione anticipata dal lavoro" che non sottomette la gestante ai vincoli propri della malattia quali quelli di reperibilità e di decorrenza del periodo massimo di indennizzabilità e di comporta.

Nell'**uomo**, ove vengano effettuate tecniche di procreazione assistita che richiedono il **prelievo degli spermatozoi direttamente dall'epididimo o dal testicolo**, *e solo in questa esclusiva evenienza*, in seguito a valutazione medico legale, può riconoscersi al lavoratore un periodo di malattia, in

assenza di complicanze, valutabile nell'ordine di **sette giorni circa**; questo dipende dal tipo di intervento a cui si sottopone il paziente e dal decorso clinico soggettivo certificato per ogni singolo paziente.

Particolare attenzione va posta, infine, nel caso di lavoratori che ricorrono a tecniche di procreazione assistita presso strutture ospedaliere di Paesi Esteri: in tali casi, l'esame della documentazione medica deve essere effettuato con maggiore cura al fine di verificare che le tecniche di procreazione assistita siano effettuate in conformità alle previsioni della normativa italiana, perché solo in questa ipotesi, può essere riconosciuta l'indennizzabilità per malattia del periodo di astensione dal lavoro.

Lia De Zorzi  
Coordinatore Centrale - UOC PSR

Massimo Piccioni  
Coordinatore Generale Medico Legale

### **Allegati:**

allegatoPMA.docx