

Indice delle sezioni della carta dei Servizi

Presentazione

Sezione Prima

1. POLITICA DELLA QUALITÀ
2. PRESENTAZIONE DEL CENTRO
3. COME RAGGIUNGERCI
4. COME CONTATTARCI
5. PRINCIPI FONDAMENTALI

Sezione Seconda

1. RESPONSABILITÀ DEL PERSONALE
2. ACCESSO AI SERVIZI
3. LA STRUTTURA SANITARIA
4. PRESTAZIONI E TECNICHE OPERATIVE ADOTTATE
5. INFORMAZIONI SUL FUNZIONAMENTO DEL CENTRO
6. INFORMAZIONI PER IL RICOVERO
7. SERVIZI ACCESSORI E CONFORT

Sezione Terza

1. STANDARD DI QUALITÀ
2. STRUMENTI DI VERIFICA PER IL RISPETTO DEGLI STANDARDI
3. IMPEGNI E PROGRAMMI PER LA QUALITÀ

Sezione Quarta

1. MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA
2. INDAGINE SULLA SODDISFAZIONE DEI CLIENTI/ASSISTITI

Allegati alla carta dei servizi

ALL-CdS-01 SCHEDA SODDISFAZIONE PAZIENTE
ALL-CdS-02 SCHEDA RECLAMI

Gent.li Signori,

Vi presentiamo la Carta dei Servizi del Centro, al fine di garantirVi trasparenza e qualità nel rispetto del Vostro diritto alla salute. La Carta dei Servizi infatti Vi porta a conoscenza di tutti i settori della nostra Struttura Sanitaria unitamente ai servizi offerti ed ai “percorsi” di qualità che seguiamo per assicurare un elevato livello di prestazioni.

Non si tratta dunque di un semplice libretto informativo, ma di un vero e proprio strumento attraverso il quale si vuole instaurare un colloquio costruttivo e sempre rivolto al miglioramento di quanto è ancora perfettibile.

Questa Carta è stata elaborata con il supporto di tutto il personale medico e paramedico, ponendo grande attenzione ai suggerimenti dei nostri pazienti.

La Carta dei Servizi si propone di far trasparire i principi ispiratori della gestione del nostro Centro: umanità ed efficienza.

L'introduzione dei nuovi modelli organizzativi rappresenta il risultato di un processo di revisione effettuato che ha promosso l'adozione di nuove modalità d'intervento e la revisione di tutte le attività che vengono svolte nella Struttura al fine di renderle sempre più aderenti ai bisogni ed alle aspettative dei Pazienti.

Vi preghiamo ed invitiamo, al fine di mantenere sempre vivi i nostri principi, di compilare il questionario ed i moduli allegati per esprimerci le Vostre opinioni ed i Vostri suggerimenti.

**Il Direttore Clinico dell'Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale
di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA
Dott. Giuseppe D'Amato**

Gentili Signori,

avete richiesto una consulenza medica al nostro Centro di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA per un problema di infertilità.

La condizione di sterilità, definita come l'incapacità di concepire un figlio dopo almeno un anno di rapporti sessuali regolari non protetti, interessa circa il 15% delle coppie europee. E' quindi un problema di dimensioni sociali. L'infertilità è dovuta solo nel 20% dei casi ad una condizione di sterilità assoluta per la presenza di fattori (occlusione tubarica, azoospermia) che rendono impossibile un concepimento spontaneo. Nella maggior parte dei casi la coppia presenta una condizione di subfertilità, cioè di fattori maschili o femminili, spesso associati, che riducono la possibilità di concepire spontaneamente. Il 15%-20% delle coppie invece non presenta alcuna anomalia degli esami eseguiti: si parla allora di infertilità idiopatica.

Nelle coppie subfertili, o con una infertilità idiopatica, continua a persistere una cosiddetta fertilità residua, cioè la possibilità di concepire spontaneamente. Tale probabilità di gravidanza spontanea si riduce gradualmente con l'aumentare dell'età della donna e degli anni di infertilità. Molte delle situazioni, responsabili di sterilità, possono essere superate attraverso la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

E' noto che i trattamenti a cui si sottopone una coppia con problemi di sterilità sono processi lunghi, che richiedono un notevole dispendio di tempo e di energie fisiche e mentali. Riteniamo, inoltre, che il benessere della coppia, durante la fase diagnostica e il successivo svolgimento della terapia, dipenda dalla comprensione dei processi biologici che caratterizzano la fecondazione e dalle misure terapeutiche adottate dal personale medico. Per questi motivi, nelle pagine seguenti abbiamo cercato di spiegare in che cosa consistono l'iter diagnostico e le terapie della sterilità, toccando anche gli aspetti biologici della fecondazione.

Nelle varie fasi del programma diagnostico-terapeutico conoscerete tutta la nostra équipe; vi invitiamo a non esitare a sottoporre ai medici del nostro team domande riguardo a questioni non sufficientemente chiarite durante il consulto preliminare.

Sezione Prima

1. POLITICA DELLA QUALITÀ

La politica per la qualità viene riportata, in allegato al presente documento, per garantire la comunicazione a tutta la ns. Utenza di quali siano gli obiettivi ed i principi ispiratori della ns. Organizzazione.

2. PRESENTAZIONE DEL CENTRO

Dipartimento Materno Infantile ASL BA
Direttore: Dott. Antonio Del Vecchio
U.O.S.D. di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA
Direttore: Dott. Giuseppe D'Amato
Sede: Via De Amicis 30 - 70014 Conversano
Telefono/CUP: 0804091269 - 0804091290
Fax: 0804091275
E-MAIL: pmaconversano@asl.bari.it

L'Unità semplice dipartimentale di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA del Dipartimento Materno Infantile della ASL BA nasce nel 2012 con l'istituzione del Centro per lo studio della sterilità di coppia e Procreazione Assistita svolgendo attività di I° livello.

Dal mese di Luglio 2014 vengono implementate tecniche di PMA di II° livello.

3. COME RAGGIUNGERCI

Per chi arriva in auto

L'U.O.S.D. di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA del Dipartimento Materno Infantile della ASL BA ambino si trova in Via De Amicis 30 - 70014 Conversano. Telefono: 080409111-269.

Per raggiungere il Centro seguire le indicazioni per "Ospedale".

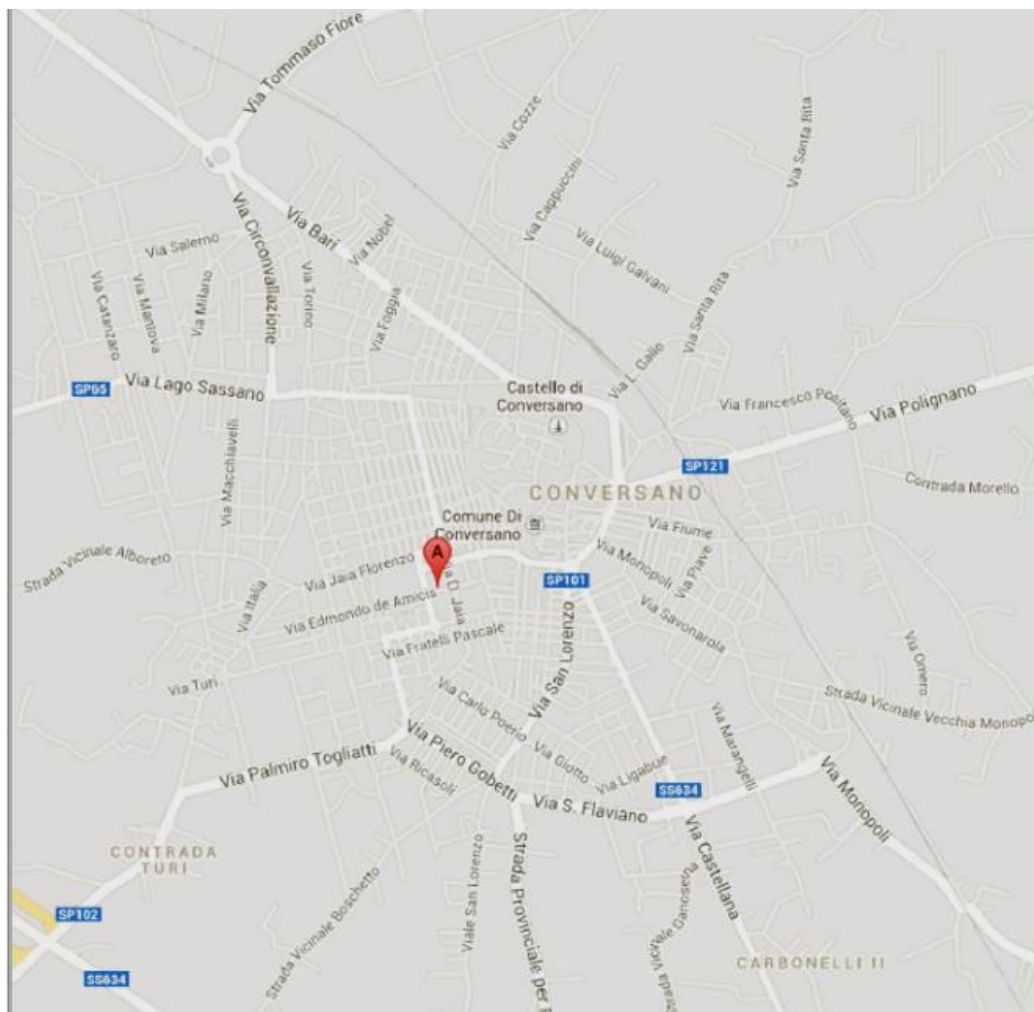
Per chi arriva in aereo

Dall'Aeroporto Internazionale di Bari-Karol Wojtyła:

Entra in SS16 direzione BR-LE, Prendi l'uscita Cozze verso Conversano, svolta a destra e imbocca SP50, alla rotonda prendi la 2ª uscita e imbocca Via Cozze, continua su Via Giuseppe di Vittorio, svolta a sinistra e imbocca Via Bari, prendi la 2ª a destra e imbocca Via Divisione Pasubio, svolta a destra e imbocca Via della Vittoria, prendi la 1ª a sinistra e imbocca Via Giacomo Matteotti, svolta a destra e imbocca Via Giuseppe di Vagno, prendi la 1ª a sinistra e imbocca Via Michelangelo Buonarroti, prendi la 1ª a sinistra e imbocca Piazza Aldo Moro, prendi la 1ª a destra e imbocca Via D. Jaia.

Coordinate GPS:

Potete inserire nel navigatore le seguenti coordinate, corrispondenti a via Via De Amicis 30 Lat. 40°96'55 070, Long 17°11'23 200.



4. COME CONTATTARCI

Riferimenti telefonici

Centro di Procreazione Medicalmente Assistita

Prenotazione Consulenze Ambulatoriali (CUP)

con impegnativa del medico di base con la seguente dicitura:

”Visita Ginecologica per sterilità”- preparare anche impegnativa per

“Visita andrologica”; “Spermiogramma”

lunedì-venerdì ore 08.00-13.00

0804091269

0804091290

Equipe medica (Dubbi ed informazioni)

lunedì-venerdì ore 13.00-14.00

0804091269

0804091290

Laboratorio: prenotazione spermiogrammi

lunedì-giovedì ore 08.00-13.00

0804091269

Annuncio inizio mestruazioni

lunedì-venerdì ore 10.00-13.00

0804091269

Prenotazione appuntamento per la consegna
del piano terapeutico

lunedì-venerdì ore 10.00-12.00

0804091269

Risultati e prosecuzione trattamenti

lunedì-venerdì ore 12.00-14.00

0804091286

5. PRINCIPI FONDAMENTALI

Nell'espletamento delle varie attività, il Centro si è sempre impegnato al rispetto del cittadino come soggetto del diritto inalienabile alla salute ed ha considerato ogni persona che si rivolge alla Struttura nella duplice veste di:

- **paziente**, in quanto portatore di un bisogno diagnostico/terapeutico.
- **utente-cliente**, in quanto ha riposto la sua fiducia nella Struttura.

Per perseguire tali obiettivi, il Centro ha come punti di riferimento i seguenti principi:

- salvaguardare i principi di **uguaglianza** e di **imparzialità** verso tutti i pazienti del Centro;
- assicurare **trasparenza** e **semplicità** dei percorsi amministrativi;
- raggiungere **efficienza** organizzativa attraverso l'attenta rilevazione dei suggerimenti dei pazienti;
- mantenere **efficacia** tecnica seguendo costantemente l'evoluzione delle scienze;
- attivare una **formazione continua** ed una partecipazione di tutto il personale paramedico e medico, operante presso la Struttura, per crescere insieme e migliorare ogni giorno le nostre offerte di servizi e prestazioni.

Il Paziente ha diritto, inoltre, a presentare reclami e istanze riguardo a servizi erogati non in conformità ai principi enunciati; può produrre documenti, formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio ed ha a disposizione, come strumento per esprimere la propria opinione e valutazione sui servizi erogati, "**la scheda di valutazione del grado di soddisfazione utente-cliente**", periodicamente analizzata.

Efficienza ed Efficacia, nell'espletamento delle prestazioni e nel raggiungimento degli obiettivi, vanno perseguite attraverso: a) la messa in atto di metodologie di lavoro scientificamente valide ed aggiornate b) l'applicazione di una buona pratica quotidiana, in collaborazione sia con l'assistito che con la famiglia.

Pertanto, l'Efficienza della struttura e l'Efficacia delle prestazioni offerte sono garantiti dall'applicazione di:

- piani di miglioramento della qualità del servizio
- iniziative terapeutiche necessarie a raggiungere l'esito desiderato con l'applicazione della buona pratica professionale quotidiana e la collaborazione del Paziente nell'osservare le prescrizioni assegnategli.

Sezione Seconda
1. RESPONSABILITÀ DEL PERSONALE

La struttura organizzativa è schematicamente nella tabella che segue, in cui vengono indicate le principali responsabilità del personale

Cognome e Nome	Qualifica	Mansione
Dott. Giuseppe D'Amato	Medico Ginecologo	Direttore Clinico, responsabile dell'Unità Operativa Semplice di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA.
Dott. Antonio Stanziano	Medico Ginecologo	Vice Responsabile clinico
Dott.ssa Clementina Cantatore	Medico Ginecologo	Responsabile della qualità
Dott.ssa Anna Maria Caringella	Medico Ginecologo	Responsabile del trattamento
Dott. Ettore Caroppo	Medico Andrologo	Responsabile andrologia
Dott.ssa Angela Vitti	Biologo	Responsabile del laboratorio
Mariangela D'Onghia	Tecnico di laboratorio biomedico	Referente laboratorio
Rita Murro	C.P.S Infermiera	Accettazione e Gestione paziente
Rosa Renna	C.P.S Infermiera	Accettazione e Gestione paziente
Michele Desimone	C.P.S Infermiere	Accettazione e Gestione paziente
Maria Giovanna Longone	C.P.S Infermiera	Accettazione e Gestione paziente
Giuseppina Soldo	C.P.S Infermiera	Accettazione e Gestione paziente
Teresa Ceglie	C.P.S Infermiera	Accettazione paziente
Maria Bondanese	Ausiliaria socio sanitaria	Sanificazione e assistenza
Giuseppe Scisci	Ausiliario socio sanitario	Sanificazione e assistenza
Elisa Murro	Operatrice sanità service	Sanificazione
Katia Giannuzzi	Operatrice sanità service	Sanificazione
Isabella Giunto	Operatrice sanità service	Sanificazione

2. ACCESSO AI SERVIZI

I servizi erogati sono:

Prenotazione consulenze e prestazioni ambulatoriali (CUP) lunedì-venerdì ore 08.30 -13.00

Equipe medica (dubbi e informazioni) lunedì-venerdì ore 13.00 -14.00

Annuncio inizio mestruazioni lunedì-venerdì ore 10.00 -13.00

Prenotazione consegna del piano terapeutico lunedì-venerdì ore 10.00 -13.00

Risultati e prosecuzione trattamenti lunedì-venerdì ore 14.00 -15.00

Prenotazione

L'accesso ai servizi avviene attraverso la prenotazione della prestazione telefonando al CUP.

La prestazione può essere prenotata dal paziente o da un suo familiare solo se già in possesso delle impegnative del proprio medico di base preparate con le seguenti diciture:

1. Visita ginecologica per sterilità,
2. Visita andrologica,
3. Spermioγραμμα.

Durante la fase di prenotazione, verrà comunicato al paziente di portare all'atto della visita tutta la documentazione sanitaria pregressa.

Accettazione Amministrativa

L'accettazione viene effettuata personalmente dal Paziente il giorno dell'erogazione della prestazione richiesta presso lo Sportello Accettazione.

Il Paziente al momento dell'accettazione è tenuto ad esibire i seguenti documenti:

Documento di riconoscimento valido, tessera sanitaria, impegnativa SSR.

L'ufficio Accettazione fornisce al paziente la Carta dei Servizi e tutte le eventuali ulteriori informazioni al fine di informare il paziente sulle norme interne del Centro.

Il Centro opera nel pieno rispetto della legge sulla privacy, garantendo ai suoi ospiti la massima tutela nel trattamento dei dati personali e sensibili.

Il pagamento del ticket avviene all'atto dell'accettazione con il conseguente rilascio di fattura.

4. INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA SANITARIA

Il Centro di Fisiopatologia della Riproduzione e PMA dell'ASL Ba, si trova all'interno del Presidio Ospedaliero di Conversano del quale utilizza le strutture, gli impianti, le apparecchiature, i servizi ed il personale di supporto.

Requisiti impiantistici

Le sale operatorie utilizzate sono dotate di condizionamento ambientale che assicura le seguenti caratteristiche idrotermiche:

- temperatura interna invernale ed estiva compresa tra 20-24° C.
- umidità relativa estiva e invernale 40-60%
- ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 20v/h
- filtraggio aria 99.97%
- Impianto di gas medicali e impianto di aspirazione di gas anestetici
- Stazione di riduzione della pressione per il reparto operatorio
- Impianto allarmi di segnalazione esaurimento gas medicali/tecnic

Sicurezza

La struttura è stata progettata secondo criteri di massima sicurezza per il paziente: ricambi dell'aria in sala operatoria, spazi separati dal resto della struttura mediante ambienti filtro, climatizzazione ad aria primaria con idonee condizioni di temperatura ed umidità, impianto elettrico con nodi equipotenziali, gruppo di continuità, gruppo elettrogeno, attrezzature tecnologicamente avanzate.

Il Centro di Fisiopatologia della Riproduzione e PMA è costituito da:

- Ambulatori
- Reparto di degenza
- Segreteria
- Sala Riunioni
- Andrologia

Gruppo operatorio:

- Spogliatoio
- Filtro operandi
- Lavaggio medici
- Sala di pre-anestesia
- Sala operatoria
- Stanze di risveglio/preparazione pazienti
- Stanza sosta medici
- Laboratori specifici: sala embriologica, sala preparazione liquido seminale, locale crioconservazione

5. PRESTAZIONI E TECNICHE OPERATIVE ADOTTATE

- Visita ginecologica
 - Visita andrologica
 - Ecografia ginecologica
 - Ecografia andrologica
 - Sonoisterosalpingografia
 - Isteroscopia diagnostica e operativa
 - Spermioγραμμα
 - Test di capacitazione e sopravvivenza nemaspermica
- IUI - Inseminazione intrauterina omologa)
 - FIVET- Fertilizzazione In Vitro e Trasferimento di Embrioni
 - ICSI- Iniezione Intracitoplasmatica dello Spermatozoo
 - TEFNA- Aspirazione Percutanea Testicolare/Epiddimaria degli Spermatozoi
 - TESE- Prelievo Testicolare degli Spermatozoi

Congelamento e crioconservazione di liquido seminale, ovociti ed embrioni.

Il Centro nel corso degli anni ha provveduto al continuo aggiornamento delle apparecchiature, del personale medico e paramedico.

Le attività ambulatoriali sono erogate in regime di convenzione con il SSR, le procedure di P.M.A I e II livello sono erogate secondo il **DGR 851/2014** Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 70 del 04-06-2014.

PRESTAZIONE	TARIFFA
MONITORAGGIO DELL'OVULAZIONE COMPRESIVO DI VALUTAZIONE CLINICA	€ 29,7 (tariffa unitaria per ecografia + valutazione clinica)
CAPACITAZIONE MATERIALE SEMINALE E INSEMINAZIONE INTRAUTERINA	€ 140,00 (comprensivo di eventuale spermioγραμμα)
CRIOCONSERVAZIONE DI SPERMATOZOI	€ 92,00
SCONGELAMENTO DI SPERMATOZOI	€ 110,00
AGOASPIRAZIONE DEI FOLLICOLI	€ 453,00
FIVET (comprensiva di trasferimento embrioni)	€ 433,00
ICSI (comprensiva di trasferimento embrioni)	€ 603,00
CRIOCONSERVAZIONE DI OVOCITI	€ 112,00
CRIOCONSERVAZIONE DI EMBRIONI	€ 112,00
SCONGELAMENTO DI OVOCITI	€ 139,00
SCONGELAMENTO DI EMBRIONI	€ 165,00
TARIFFA ANNUALE PER IL CONGELAMENTO (valida per dodici mesi)	€ 69,00
TESE	€ 268,00

TECNICHE OPERATIVE ADOTTATE

IUI Inseminazione intrauterina

L'inseminazione intrauterina (IUI) è la tecnica più semplice (I livello) di Procreazione Medicalmente Assistita. Per questa tecnica il liquido seminale, opportunamente preparato in laboratorio, viene depositato nella cavità uterina. Lo scopo della IUI è di incrementare la densità di gameti nel sito dove avviene in vivo la fecondazione.

Questa procedura richiede:

- assunzione da parte della paziente di farmaci per la crescita follicolare multipla di durata variabile tra i 7 e 10 gg
- monitoraggio ecografico e/o ormonale della crescita follicolare per definire i dosaggi farmacologici e il momento preciso della IUI
- trasferimento in utero per via tran-vaginale degli spermatozoi trattati tramite un sottile catetere

L' Inseminazione Intrauterina viene eseguita in regime ambulatoriale, è indolore e non richiede particolari accorgimenti successivi da parte della donna.

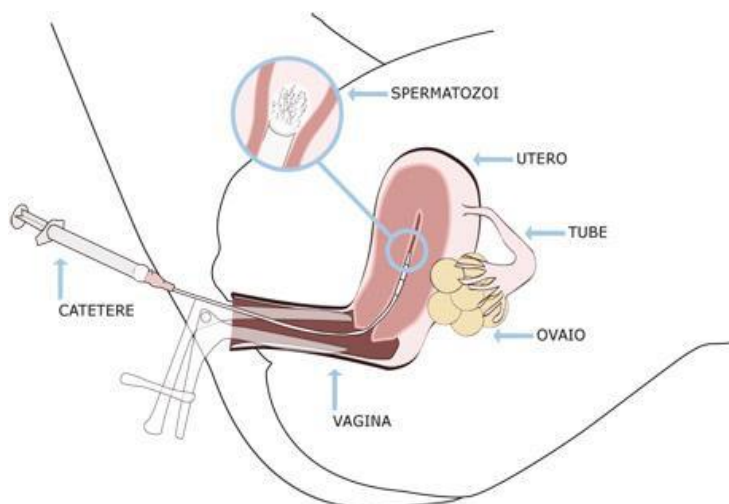
Questa tecnica può essere indicata in casi di:

- fattore psicologico
- disfunzione erettile
- eiaculazione retrograda
- vaginismo
- impotenza
- causa immunologica
- lieve e moderato fattore maschile
- infertilità idiopatica
- endometriosi lieve e moderata

E' comunque condizione necessaria la pervietà di una o entrambe le tube cioè l'assenza d'impedimenti strutturali a livello tubarico.

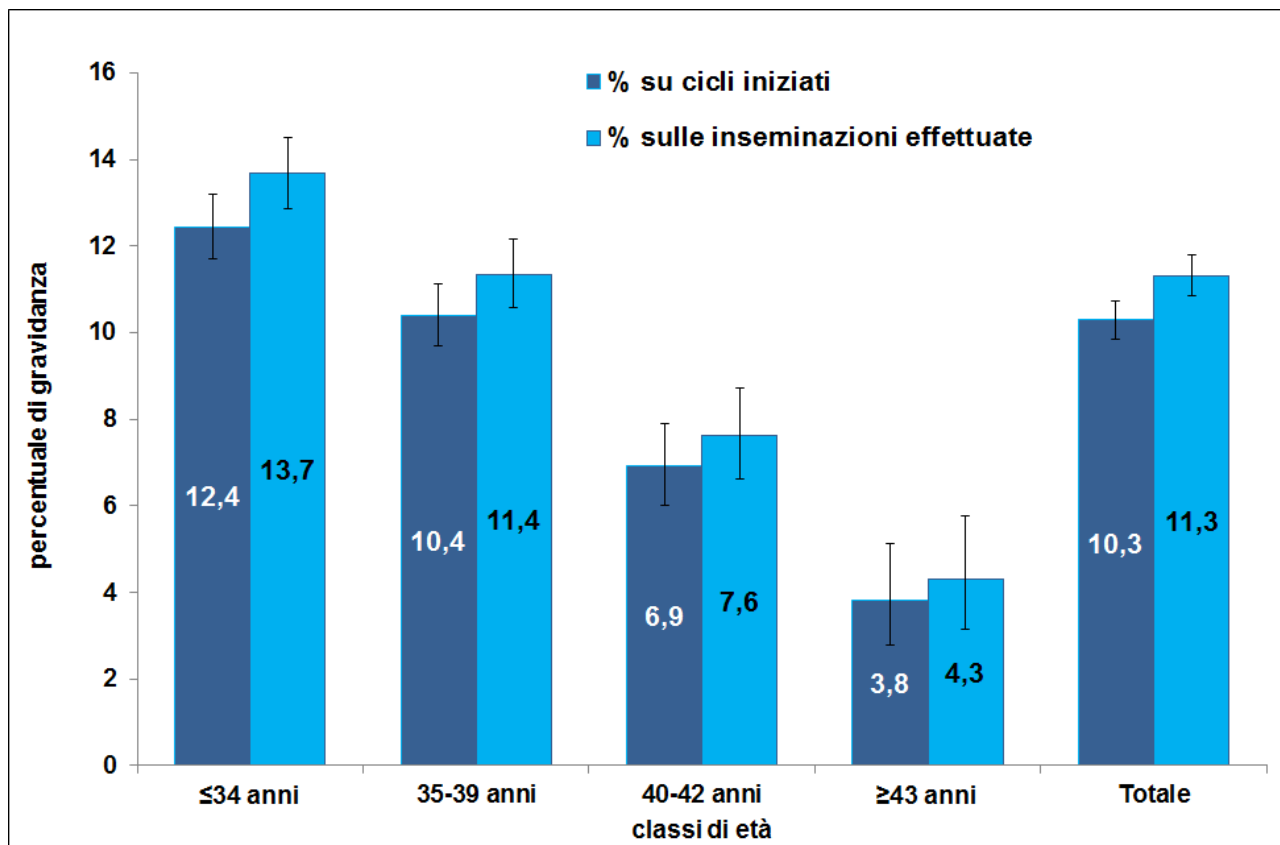
I risultati che si possono ottenere in termini di tasso di gravidanza variano tra il 5% e il 25% (3 cicli di trattamento) e dipendono da:

- età della donna
- numero di follicoli ottenuti dopo stimolazione ovarica
- eziologia e durata della infertilità
- qualità e numero di spermatozoi selezionati dopo preparazione (IMC inseminating motile count)



PROBABILITÀ DI SUCCESSO DELLA TECNICA

Dati estrapolati dal 13° Report Nazionale ISS: “ATTIVITÀ DEL REGISTRO NAZIONALE ITALIANO DELLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA”- 2017



Percentuali di gravidanza (e relativi intervalli di confidenza al 95%) da Inseminazione Semplice senza donazione di gameti nell’anno 2017, rispetto ai cicli iniziati ed alle inseminazioni effettuate secondo le classi di età della paziente.

FIVET (Fertilizzazione In Vitro e Trasferimento di Embrioni)

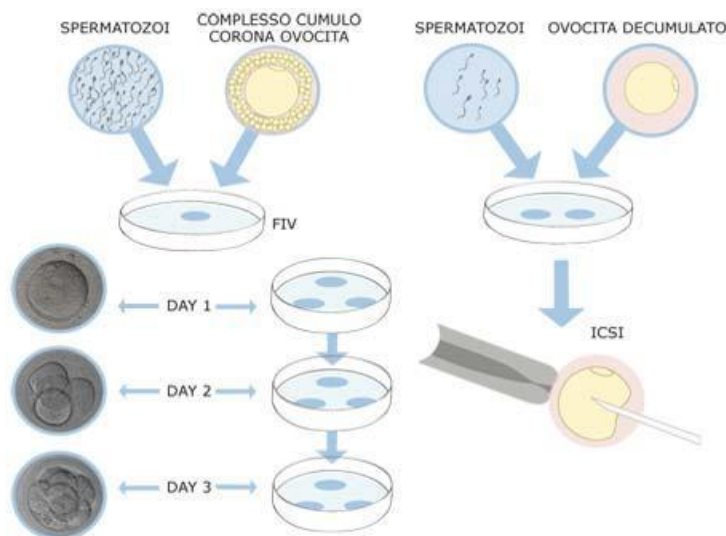
Il termine FIVET (PMA di II livello), indica una tecnica di laboratorio che consente l’incontro, in vitro, tra i gameti femminili ottenuti mediante aspirazione transvaginale del liquido follicolare e quelli maschili ottenuti in seguito alla preparazione del campione di liquido seminale. Gli embrioni ottenuti a seguito della fecondazione ovocitaria vengono trasferiti nella cavità uterina dopo 2 o 3 giorni dal prelievo dei gameti.

Le indicazioni principali per la FIVET sono:

- patologia tubarica
- fattore maschile di grado lieve o moderato
- endometriosi
- prematura riduzione della riserva ovarica
- ripetuti fallimenti di inseminazioni intrauterine
- fattore immunologico
- infertilità idiopatica

La tecnica FIVET prevede numerose fasi, ognuna delle quali è di fondamentale importanza per la buona riuscita del trattamento

1. Stimolazione ovarica
2. Prelievo ovocitario
3. Raccolta e preparazione del liquido seminale
4. Fertilizzazione in vitro degli ovociti
5. ICSI
6. Coltura e Trasferimento embrionale

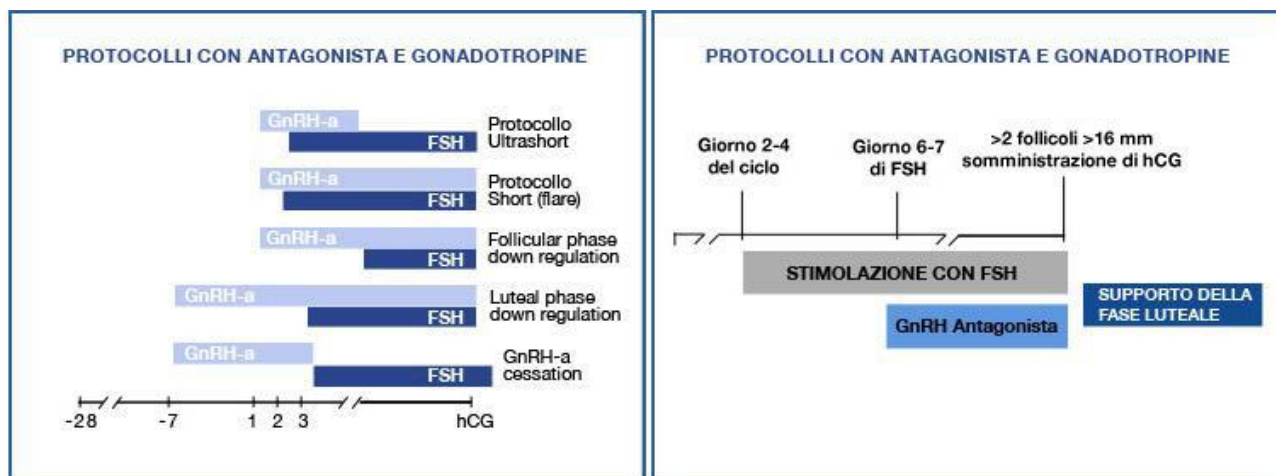


1. Stimolazione ovarica

Il trattamento richiede l'utilizzazione di farmaci mirati ad ottenere una crescita follicolare multipla. A seconda del protocollo di stimolazione utilizzato la durata dell'intero ciclo di stimolazione ovarica varia da 10 a 20 giorni. I diversi protocolli vengono scelti in base alle caratteristiche della riserva ovarica, dell'età e della storia clinica della paziente.

□ Nel protocollo agonista la paziente comincia dal 21° giorno del ciclo mestruale la somministrazione di un agonista del GnRH (GnRH-a) per bloccare transitoriamente la secrezione ipofisaria di FSH e LH, sincronizzare la crescita dei follicoli e impedire l'ovulazione spontanea. Il 3°-5° giorno del ciclo successivo la paziente inizia la vera stimolazione ovarica con gonadotropine. La crescita follicolare viene controllata mediante indagini ecografiche seriate per un totale di 3-5 volte e prelievi di sangue per i dosaggi ormonali. Questi controlli consentono di modulare su ogni singola paziente il dosaggio farmacologico in base alla risposta ottenuta.

□ Nel protocollo antagonista la paziente inizia direttamente dal 2°-4° giorno del ciclo la stimolazione ovarica con gonadotropine e i monitoraggi ecografici-ormonali. Quando si sono ottenuti dei follicoli >14mm, la paziente comincia un altro farmaco (antagonista del GnRH) per ridurre il rischio di ovulazione spontanea.



Una volta ottenuti 2 o più follicoli con un diametro superiore a 17-18mm si induce l'ovulazione multipla attraverso la somministrazione di HCG (gonadotropina corionica umana) 34-36 ore prima del prelievo ovocitario ecoguidato. Questo ormone contribuisce alla maturazione finale degli ovociti contenuti nei follicoli dal loro distacco dalla parete follicolare.

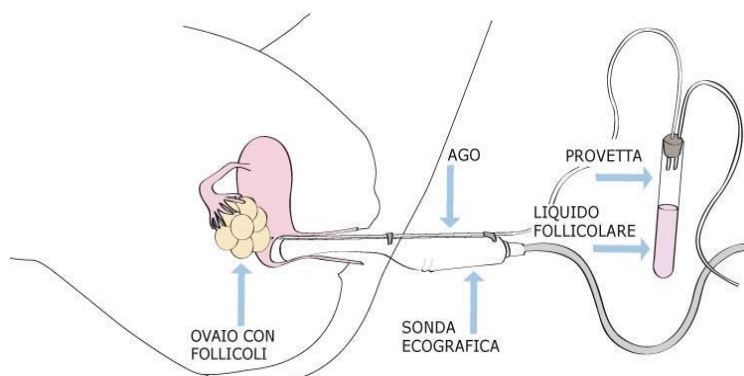
In casi selezionati il monitoraggio può avvenire seguendo la crescita dell'unico follicolo prodotto spontaneamente durante il ciclo naturale (o ciclo spontaneo) della paziente. La fecondazione assistita su ciclo spontaneo può essere una tecnica alternativa rivolta alle pazienti con una ridotta riserva ovarica che non producono molti ovociti con la stimolazione o che hanno affrontato diversi cicli di FIVET senza ottenere risultati. E' da sottolineare che in questi casi il trasferimento embrionario (di un solo embrione) si verifica nel 40-50% dei cicli iniziati.

1 Prelievo ovocitario

Il prelievo ovocitario richiede un breve ricovero presso i reparti di degenza della U.O.

L'accettazione avviene come descritto nella carta dei servizi della struttura.

L'intervento avviene per via trans-vaginale sotto controllo ecografico in anestesia locale o neuroleptoanalgesia su richiesta della paziente o come da indicazione medica. Durante questa procedura viene somministrata una profilassi antibiotica intraoperatoria e in certi casi anche Albumina umana per la prevenzione della Sindrome da Iperstimolazione Ovarica. Tutti i follicoli presenti, entro determinati diametri (>16mm), vengono aspirati e il liquido follicolare ottenuto viene controllato immediatamente al microscopio per la ricerca degli ovociti.



2 Raccolta e preparazione del liquido seminale

La mattina dell'intervento di prelievo ovocitario il partner maschile effettua la raccolta del liquido seminale. La raccolta avviene nel bagno dedicato il giorno dell'intervento dopo che l'equipe chirurgica si è accertata del buon esito del prelievo ovocitario. Il campione di liquido seminale viene quindi preparato in laboratorio con tecniche atte a favorire la capacità fecondante degli spermatozoi.

In caso di assenza di spermatozoi nell'ejaculato (azoospermia) o in caso di aneiaculazione gli spermatozoi potranno essere prelevati dal testicolo e/o dall'epididimo tramite procedure di recupero chirurgico (vedi TESE, TESA/PESA).

3 Fertilizzazione in vitro degli ovociti

Gli ovociti prelevati vengono prima classificati e quindi inseminati. La loro fecondazione in vitro può avvenire mediante tecnica classica FIVET o tecnica di micromanipolazione ICSI (vedi paragrafo ICSI). La

scelta della tecnica d' inseminazione viene valutata dai biologi il giorno dell'intervento. Potrà essere diversa da quella prestabilita in base alla qualità e al numero dei gameti (ovociti, spermatozoi) e all'eventuale congelamento ovocitario.

Nel 10-20% dei casi può comunque non avvenire la fecondazione e/o la divisione cellulare per cui non è possibile più procedere al trasferimento degli embrioni in utero.

La fecondazione in vitro classica (FIVET) consiste semplicemente nel mettere in contatto gli spermatozoi selezionati con gli ovociti prelevati ancora circondati dalle cellule del rivestimento esterno (cellule del cumulo e della corona radiata). Sono quindi gli spermatozoi a dovere attraversare da soli le barriere ovocitarie.

4 ICSI (Iniezione Intracitoplasmatica dello Spermatozoo)

L'ICSI è una tecnica di micromanipolazione introdotta nella pratica clinica per risolvere casi di infertilità dovuti soprattutto a un fattore maschile di grado severo, ma che trova indicazione anche in caso di precedenti fallimenti con tecnica FIVET ed in caso di limitazioni nel numero di uova disponibili per l'inseminazione. Non esistono sostanziali differenze nella preparazione di un ciclo di ICSI rispetto alla tradizionale FIVET, tranne per ciò che riguarda le procedure di laboratorio.

Questa tecnica consiste infatti nel rimuovere meccanicamente tutte le barriere ovocitarie, costituite dalle cellule del cumulo e della corona radiata, ed ad introdurre un singolo spermatozoo selezionato direttamente all'interno del citoplasma ovocitario. Per questa procedura è necessario uno strumento di laboratorio che prende il nome di micromanipolatore. Nel nostro centro sono presenti due micromanipolatori di ultimissima generazione provvisti di Laser, polarizzatore ed altissima definizione.

La ICSI offre l'enorme vantaggio di poter osservare e selezionare i gameti (ovociti e spermatozoi) prima del loro utilizzo.



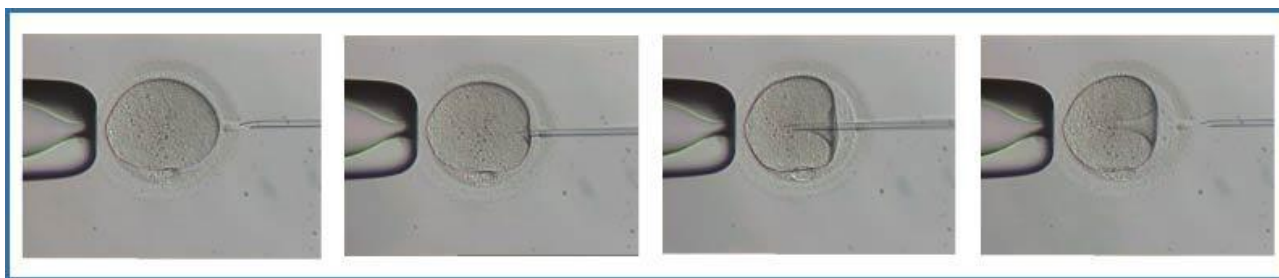
Valutazione dell'ovocita

L'ovocita viene valutato secondo due criteri: maturità nucleare ed aspetto morfologico.

L'ovocita viene considerato maturo (da un punto di vista nucleare), e quindi utilizzabile per una inseminazione *in vitro*, se ha raggiunto lo stadio di metafase II. In questo stadio nell'ovocita è presente il fuso meiotico (struttura birifrangente costituita da microtubuli che mantengono allineati i cromosomi ovocitari sul piano metafasico). Uno studio dai noi effettuato (Rienzi et al., 2003) ha dimostrato una correlazione tra la presenza e la posizione fuso meiotico, analizzato con un particolare strumento (Spindle View) e le potenzialità di sviluppo dell'ovocita sottoposto ad ICSI.

Il citoplasma ovocitario, da un punto di vista morfologico, può presentare diversi tipi di polimorfismi: granulosità, presenze di organelli o vescicole, accumulo di cisterne del reticolo citoplasmatico liscio, presenze di aree del citoplasma con assenza di organelli e/o vacuoli. Il nostro gruppo ha recentemente dimostrato una correlazione tra alcune di queste caratteristiche e la capacità di sviluppo degli ovociti (Rienzi et al., 2008). Nel nostro centro vengono quindi selezionati gli ovociti non solo in base alla loro maturità ma anche in base alla loro qualità.





Valutazione dello spermatozoo

Gli spermatozoi sono normalmente osservati e selezionati ad un ingrandimento di 400 volte.



5 Coltura e Trasferimento embrionale

In seguito alla fusione tra lo spermatozoo e l'ovocita si innesca una cascata di eventi che porta alla formazione dell'embrione. I segni dell'avvenuta fecondazione vengono espressi dopo 18-20 ore dall'inseminazione degli ovociti. All'interno della cellula fecondata (zigote) si osserva infatti la presenza di due nuclei che portano rispettivamente l'informazione genetica uno di origine materna e l'altro di origine paterna.

Dopo un ulteriore periodo di coltura in vitro (24-48 ore) si valuta il numero degli embrioni che si sono formati e la qualità embrionaria.

La classificazione degli embrioni allo stadio di 2-8 cellule si basa nel nostro centro su 4 criteri:

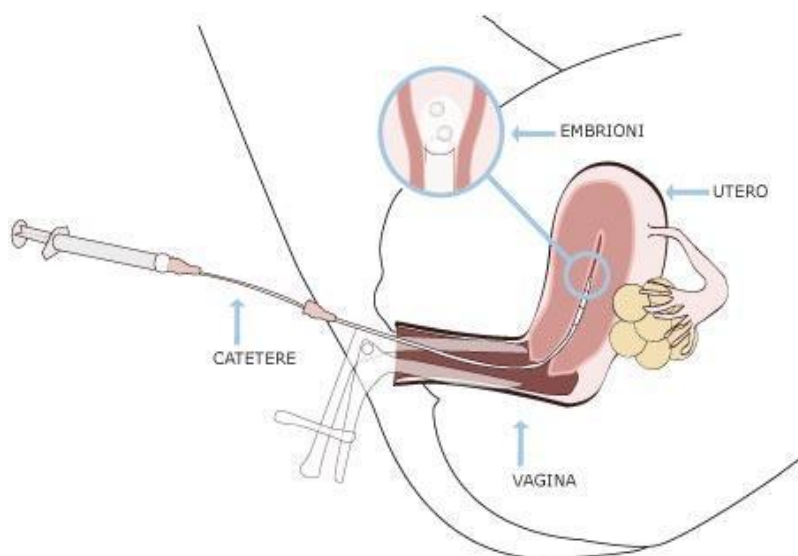
- numero di cellule presenti nell'embrione (velocità di crescita) - simmetria delle cellule - presenza di frammentazioni anucleate nello spazio perivitellino dell'embrione - identificazione del nucleo (o di eventuali multinucleazioni) presente in ogni cellula

La qualità di un embrione è data da un insieme di parametri che devono essere accuratamente valutati durante le varie fasi di sviluppo. L'accurata valutazione degli embrioni svolge un ruolo diagnostico fondamentale nel trattamento FIVET e deve quindi essere considerata di primaria importanza.

Di fondamentale importanza è altresì la qualità della coltura in vitro degli ovociti/zigoti/embrioni. Essa viene effettuata nel nostro laboratorio in condizioni ottimali di pH e temperatura mediante l'utilizzo di particolari mezzi di coltura e di un numero adeguato di incubatori idonei a fornire le condizioni migliori per lo sviluppo e la crescita embrionale.

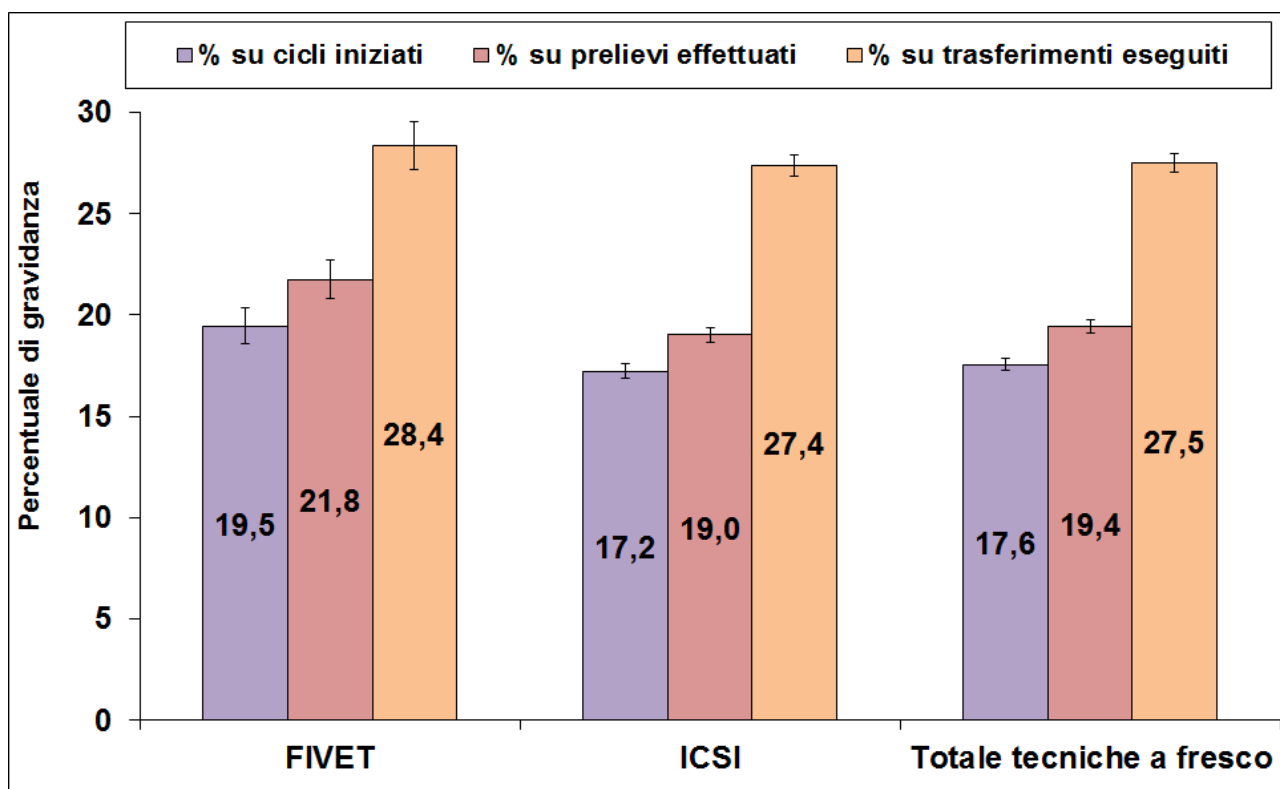
Il trasferimento embrionale viene effettuato nella sala operatoria del reparto PMA adiacente al laboratorio di embriologia. Gli embrioni vitali ottenuti vengono trasferiti in cavità uterina per via vaginale tramite un sottile catetere.

Questa procedura risulta essere indolore e non richiede pertanto anestesia ne ricovero. Il giorno successivo al transfer d'embrioni la paziente inizia la somministrazione di Progesterone naturale per via vaginale per il sostegno della fase luteale.



PROBABILITÀ DI SUCCESSO DELLA TECNICA

Dati estrapolati dal 13° Report Nazionale ISS: “ATTIVITÀ DEL REGISTRO NAZIONALE ITALIANO DELLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA”- 2017



Percentuali di gravidanze ottenute (e relativi intervalli di confidenza al 95%) calcolate sui cicli iniziati, sui prelievi effettuati e sui trasferimenti eseguiti, secondo le diverse tecniche a fresco utilizzate (FIVET e ICSI) senza donazione di gameti nell'anno 2017.

Prelievo chirurgico di spermatozoi (TEFNA, TESE)

Le azoospermie si dividono in ostruttive e non ostruttive (o secretorie) a seconda che l'assenza di spermatozoi nell'eiaculato sia causata rispettivamente da un'ostruzione dei dotti deferenti o ad un'alterazione primaria o secondaria della spermatogenesi.

Le azoospermie ostruttive possono essere:

- post-infettive
- post-chirurgiche (vasectomia)
- congenite (assenza bilaterale dei vasi deferenti)

In tutti questi casi la spermatogenesi è conservata ed è quindi possibile recuperare spermatozoi chirurgicamente

Le azoospermie secretorie possono essere dovute a:

- criptorchidismo
- orchiti
- trauma o torsioni testicolare
- radio o chemioterapia
- anomalie cromosomiche (47, xxy syndrome di Klinefelter, sindrome 47, xyy, 46, xy del, yq11)
- cause genetiche ignote

In base al quadro istologico si distinguono in:

1. ipospermatogenesi
2. sindrome a sole cellule del sertoli
3. arresto maturativi
4. sclerosi

Le probabilità di trovare spermatozoi maturi chirurgicamente è strettamente legata al suddetto quadro.

Nella pratica clinica sono state introdotte diverse tecniche chirurgiche per il recupero degli spermatozoi dagli epididimi e/o dal testicolo (PESA, TESE, FNA).

TEFNA (Aspirazione Percutanea Testicolare/Epididimaria degli Spermatozoi; Prelievo Microchirurgico Epididimario di spermatozoi)

Tali tecniche possono essere valide per quei pazienti in cui la produzione di spermatozoi da parte dei testicoli è normale, ma la loro emissione con l'eiaculazione è impedita da un'ostruzione che può essere localizzata a vari livelli delle vie seminali. Esse consistono nell'aspirare, previa anestesia locale, gli spermatozoi per via transcutanea a livello testicolare o dell'epididimo mediante un semplice ago da infusione endovenosa. Gli spermatozoi così recuperati vengono utilizzati per la fecondazione con tecnica ICSI.

TESE (Prelievo Testicolare di Spermatozoi)

L'intervento di TESE consiste nel prelevare piccolissimi frammenti di tessuto testicolare in uno o entrambi i testicoli. Questo intervento si può eseguire in anestesia locale. Questa tecnica viene indicata in caso di azoospermia ostruttiva quando l'aspirazione percutanea (TESA/PESA) fallisce o non è conveniente o in caso di azoospermia secretoria. Gli spermatozoi eventualmente recuperati possono essere utilizzati per la crioconservazione e/o la fecondazione con tecnica ICSI.

Rischi per la donna e per il/i natiurati collegati alla PMA

1. l'uso dei farmaci per la stimolazione ovarica espone ad un rischio di insorgenza della sindrome di iperstimolazione ovarica severa (OHSS) che può richiedere l'ospedalizzazione urgente. Tale sindrome comporta alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico ed emocoagulativo e si associa ad un abnorme aumento del volume delle ovaie, versamento ascitico, pleurico, possibile comparsa di fenomeni tromboembolici e

varie altre complicazioni. La letteratura riporta incidenze variabili dallo 0,5% al 5% (Hum Repr, 2002 8(6):559-577). Qualora il rischio di sviluppare tale condizione sia elevato i medici del centro potranno decidere di: sospendere il ciclo, crioconservare gli ovociti o, nei casi di insorgenza post-fertilizzazione, di non effettuare il trasferimento degli embrioni e di procedere alla crioconservazione degli stessi ed al loro trasferimento differito non appena le condizioni di salute lo permettano, come previsto (Art. 14 comma 3). Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione, e' consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile

2. In pazienti geneticamente predisposte per trombofilia, esiste un potenziale rischio di patologia trombotica a seguito della condizione di iperestrogenismo indotto dalla stimolazione ovarica ormonale.

3. la percentuale di gravidanze extrauterine riportata in letteratura è del 2.1% (Fertil Steril 2004 81(5) 1207-20);

4. se il prelievo degli ovociti viene eseguito in anestesia, implicando i rischi generici della procedura anestesiológica adottata, mentre le complicanze derivanti dal prelievo ecoguidato di ovociti sono percentualmente molto basse e comprendono infezioni pelviche (0,6%), complicanze di tipo emorragico sanguinamento addominale (0,07%), perforazione dei vasi iliaci (0.04%) che possono richiedere un ricovero ospedaliero urgente con eventuale intervento chirurgico laparoscopico o laparotomico (J. Assisted Reprod Genet 1993 Jan; 10(1): 72-7), rottura di corpo luteo e torsione ovarica (incidenza di 0,008%) che richiede un ricovero ospedaliero urgente con intervento chirurgico laparoscopico (Arch Gynecol Obstet 2002;267(1): 4-6.);

5. Esiste inoltre la possibilità che il prelievo ovocitario esiti in un mancato recupero di ovociti o nel recupero di soli ovociti immaturi o post maturi non utilizzabili per la inseminazione. Il rischio è circa dello 0.4% e costituisce un fallimento totale del trattamento.

6. non è esclusa la possibilità di complicanze infettive derivanti dal trasferimento intrauterino di embrioni.

7. Il trasferimento in utero di più di un embrione espone al rischio di gravidanza multipla (gemellare o trigemina), con un aumentato rischio di patologie durante la gravidanza (diabete, ipertensione, gestosi, rottura prematura di membrane) e la necessità di ricorrere quasi sempre ad un taglio cesareo. Anche il trasferimento di un singolo embrione può portare all'insorgere di gravidanza gemellare (circa 4%; Fertil Steril 2011) e molto raramente plurima. Ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita è vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge 22 maggio 1978, n.194. 5.

8. L'incidenza di aborto spontaneo è sovrapponibile a quella esistente in caso di concepimento naturale. Possibili rischi per il/i nascituro/i derivanti dalle tecniche di PMA:

9. La valutazione del rischio di anomalie, malformazioni, patologie neonatali è molto difficile e presenta diversi problemi che sono: l'età materna superiore rispetto alla media della popolazione, la possibile presenza di fattori genetici collegati all'infertilità. Secondo i dati di letteratura più recenti e più ampi per quanto riguarda i casi analizzati, il rischio di malformazioni è lievemente aumentato nei bambini nati da fecondazione assistita rispetto ai nati della popolazione normale. Viene riportato un aumento dal 4,6% nei bambini concepiti spontaneamente ad un 5,6% in quelli concepiti a seguito di FIVET o ICSI (Hum Repr 2001) o, in un più recente studio prospettico, 6,1% nei bambini concepiti spontaneamente e 8,7% in quelli concepiti a seguito di FIVET o ICSI (Fertil Steril 2004). I nati da ICSI per un fattore severo di infertilità maschile hanno un aumentato rischio di alterazioni cromosomiche (de-novo: 1.6% verso 0.5%; trasmesse: 1.4% verso 0.4% della popolazione normale). L'aumento sembra essere più correlato alla alterata qualità dei parametri seminali che non alla tecnica ICSI di per sé (Bonduelle et al.,2002). Tutti i dati relativi invece allo sviluppo cognitivo e psicomotorio sono concordi nel non rilevare alcuna differenza fra i concepiti spontaneamente o a seguito di FIVET e ICSI (Hum Repr 2003).

- Qualora si instauri una gravidanza gemellare (o trigemina) esiste un aumentato rischio che ciascuno dei gemelli abbia deficit fisici e/o mentali alla nascita.
- Non vi sono dati allo stato attuale che consentano di escludere completamente implicazioni a lungo termine sulla salute dei bambini nati con la fecondazione in vitro classica (e con la tecnica ICSI).

- Se un partner è portatore di un'infezione virale vi è la possibilità che venga trasmesso al prodotto di concepimento.

6. INFORMAZIONI SUL FUNZIONAMENTO DEL CENTRO

Il rapporto tra la coppia in trattamento e il personale della medicina della riproduzione

Se si tiene presente che un ciclo completo di procreazione medicalmente assistita (dalla preparazione dei terreni di coltura ai controlli di qualità, dai prelievi di sangue alla preparazione del materiale di laboratorio e di sala operatoria, dalle ecografie fino al prelievo degli ovociti e al trasferimento degli embrioni) implica 80-90 ore di lavoro è facile intuire come il rapporto tra i pazienti ed il medico sia solo la *punta di un iceberg* in termini di mole di lavoro che il Centro dedica ad ogni coppia che entra nel programma.

Poiché ogni incontro ha scopi specifici è conveniente, per l'ordinato funzionamento del lavoro, che le informazioni vengano chieste durante i colloqui con i medici.

Tuttavia per i dubbi che potessero insorgere in corso di trattamento riguardo ad aspetti del ciclo in atto, i medici del Centro sono a disposizione della coppia: basta telefonare allo 0804091269 esponendo il vostro quesito: nel caso non sia presente al momento chi possa rispondervi verrete richiamati al più presto da uno dei medici del Centro.

Possibilità di trattamento

Eseguiti gli esami prescritti al consulto preliminare, dovrete fissare un secondo appuntamento per rivedere un medico del Centro. Il colloquio durerà circa mezz'ora e dovranno essere presenti entrambi i partner.

Vi preghiamo di portare le copie (di modo che gli originali rimangano in vostro possesso) dei risultati degli esami eseguiti: discuterete con il medico gli esiti degli accertamenti fatti e la diagnosi di infertilità. Esiste la possibilità che vi vengano proposte ulteriori indagini diagnostiche, se necessario.

A questo punto lo scopo del programma è duplice:

- a) eliminazione dei fattori di sterilità: si prova ad eliminare i fattori disturbanti e ad ottimizzare i presupposti affinché una gravidanza possa iniziare. Non è necessario trattare tutti i fattori: a volte basta correggere/eliminare uno o due fattori per ottenere un concepimento spontaneo.
- b) avvio alla Procreazione Medicalmente Assistita: se le cause della sterilità rimangono ignote o se non possono essere eliminate, si cerca di ottenere una gravidanza sfruttando il potenziale fertile della coppia.

Pertanto durante la consulenza verranno concordati e spiegati i trattamenti idonei per la vostra coppia, compilando i moduli ed i consensi necessari e prenotata la visita anestesiológica con l'anestesista dedicato.

Consegna del piano terapeutico

Il piano terapeutico, che vi sarà necessario per procurarvi i farmaci per la stimolazione, vi verrà consegnato da un medico del centro, previa prenotazione telefonica. In questo modo potrete procurare *per tempo* i farmaci necessari, che dovrete conservare in frigo (compartimento verdure) fino alla loro utilizzazione.

Durante la consegna del piano terapeutico vi verranno fornite tutte le indicazioni relative a:

- modalità di utilizzo dei farmaci
- modalità di comunicazione con il Centro per le informazioni su esami da eseguire
- inizio e prosecuzione del trattamento

- chiarimento di dubbi

Le indagini diagnostiche, così come i trattamenti, potranno sembrarvi lunghi e complicati, ma con un po' di perseveranza i vostri sforzi potrebbero essere premiati con la gravidanza tanto desiderata. Anche per una coppia senza problemi di ipofertilità e che abbia dei rapporti sessuali regolari (circa 2 volte la settimana) possono passare 24 mesi prima di ottenere una gravidanza spontanea.

Il tasso di gravidanza di una coppia normalmente fertile è all'incirca del 25% per ogni ciclo mestruale. Per esempio, se si parte con una popolazione iniziale di 100 pazienti, il 25% di queste, cioè 25 pazienti, rimarranno gravide dopo il primo ciclo. Restano 75 donne, di cui il 25% saranno gravide dopo il secondo ciclo (ossia 19 pazienti).

Tuttavia le possibilità di gravidanza variano in base alla causa dell'ipofertilità. Questo ragionamento spiega perché il medico vi consiglierà di proseguire il trattamento per più cicli.

Se non otterrete la gravidanza dopo il numero di tentativi previsti, bisognerà rivalutare l'approccio terapeutico consigliatovi. Nonostante questo, una gravidanza può arrivare sin dal primo ciclo di trattamento.

La medicina della riproduzione cerca di riportare le possibilità di concepimento di una coppia a valori il più vicini possibile a quelli della natura. Siate sicuri che la nostra équipe farà il massimo per aiutarvi durante questo lungo percorso.

Ecografia per monitoraggio follicolare

L'ecografia viene effettuata tra le 9.00 e le 11.00 nell'**Ambulatorio**; se nello stesso giorno dovete sottoporvi anche ad un prelievo di sangue, recatevi **prima** a fare il prelievo e dopo venite da noi per l'ecografia. Ottenuti i risultati degli esami ormonali sarete contattati telefonicamente da un sanitario del Centro che vi comunicherà il proseguo della terapia.

Documentazione sul ciclo di trattamento

La relazione completa del ciclo eseguito contiene tutti i dati relativi alle varie fasi del trattamento. La documentazione viene fornita alla fine dello stesso.

7. INFORMAZIONI PER IL RICOVERO

INSEMINAZIONE INTRAUTERINA (IUI)

Durante il monitoraggio ecografico la coppia consegna al personale sanitario:

- CONSENSO INFORMATO**
- COPIA DEI DOCUMENTI DI IDENTITÀ DI ENTRAMBI I PARTNER**
- FOTOCOPIE DELLE ANALISI** eseguite in preparazione al trattamento di IUI

Partner femminile

Test di funzionalità ovarica:

Esami da eseguirsi **tra il 3° e il 5°** giorno del ciclo, anche se il flusso mestruale è già terminato:

FSH, LH, 17 estradiolo; AMH

Ecografia pelvica transvaginale con conta dei follicoli antrali;

- HbsAg, HBc-Ab, HCV, HIV, TPHA e VDRL (**90 giorni di validità**)
- Toxo-test, Rubeo-test
- CMV (Ig G, IgM)

- Gruppo sanguigno e fattore Rh
- Elettroforesi emoglobine patologiche
- Pap-test
- Tampone vaginale con ricerca di germi comuni e miceti
- Tampone cervicale con ricerca di Mycoplasma, Ureoplasma, Chlamydia Trachomatis
- Isterosonosalpingografia/Isterosalpingografia

Partner maschile

- HbsAg, HBc-Ab, HCV, HIV, TPHA e VDRL (**90 giorni di validità**)
- CMV (Ig G, IgM)
- Gruppo sanguigno e fattore Rh
- Elettroforesi emoglobine patologiche (se richiesto)

Non potrà essere eseguita l'inseminazione intrauterina in mancanza dei suddetti esami in pazienti a rischio, possono risultare necessari ulteriori esami di patologie infettive (i.e. malaria, T. cruzi, HTLV1...)

Il giorno indicato la coppia si presenta presso il reparto con documenti validi di identità che verranno presentati al personale sanitario al momento della donazione dei gameti. La raccolta del liquido seminale (è suggerita un'astinenza dai rapporti sessuali dai 3 ai 6 gg) può essere seguita anche in altra sede e consegnata dal paziente al Centro previa apposizione sul contenitore dei dati identificativi e autocertificazione firmata davanti al personale sanitario.

L'inseminazione intrauterina viene eseguita dopo preparazione del campione di liquido seminale circa due ore dopo la raccolta.

Alla dimissione vengono prescritti i farmaci da assumere fino al giorno prima del test di gravidanza e in caso di test positivo verranno proseguiti come da indicazione medica.

FIVET/ICSI

Durante il monitoraggio ecografico la coppia consegna al personale sanitario:

- CONSENSO INFORMATO**
- COPIA DEI DOCUMENTI DI IDENTITÀ DI ENTRAMBI I PARTNER**
- FOTOCOPIE DELLE ANALISI** eseguite in preparazione al trattamento di FIVET/ICSI

Partner femminile**Test di funzionalità ovarica:**

Esami da eseguirsi **tra il 3° e il 5°** giorno del ciclo, anche se il flusso mestruale è già terminato:

FSH, LH, 17 estradiolo; AMH

Ecografia pelvica transvaginale con conta dei follicoli antrali;

- HbsAg, HBc-Ab, HCV, HIV, TPHA e VDRL (**90 giorni di validità**)
- Toxo-test, Rubeo-test
- CMV (Ig G, IgM)
- Gruppo sanguigno e fattore Rh
- Elettroforesi emoglobine patologiche
- Ricerca Mutazioni Fibrosi Cistica (se richiesto)
- Cariotipo

- Pap-test
- Tampone vaginale con ricerca di germi comuni e miceti
- Tampone cervicale con ricerca di Mycoplasma, Ureaplasma urealyticum, Chlamydia Trachomatis.
- Isteroscopia

ESAMI PRE-OPERATORI (30 giorni di validità)

- Emocromo con formula
- Glicemia
- Azotemia, creatininemia
- Uricemia
- Elettroliti
- GOT, GPT, Fosfatasi Alcalina, Gamma GT
- Bilirubinemia totale e diretta
- Colinesterasi epatiche, n. di dibucaina
- Elettroforesi proteine
- PT, PTT, Fibrinogeno
- Elettrocardiogramma

Partner maschile

- HbsAg, HBc-Ab, HCV, HIV, TPHA e VDRL (90 giorni di validità)
- CMV (Ig G, IgM)
- Gruppo sanguigno e fattore Rh
- Cariotipo
- Elettroforesi emoglobine patologiche (se richiesto)
- Ricerca Mutazioni Fibrosi Cistica
- Ricerca microdelezioni del cromosoma Y- AZF (se richiesto)

ESAMI PRE-OPERATORI (30 giorni di validità) (in caso di biopsia testicolare)

- Emocromo con formula
- Glicemia
- Azotemia, creatininemia
- Uricemia
- Elettroliti
- GOT, GPT, Fosfatasi Alcalina, Gamma GT
- Bilirubinemia totale e diretta
- Colinesterasi epatiche, n. di dibucaina
- Elettroforesi proteine
- PT, PTT, Fibrinogeno
- Elettrocardiogramma

Non potrà essere eseguita l'inseminazione intrauterina in mancanza dei suddetti esami
In pazienti a rischio, possono risultare necessari ulteriori esami di patologie infettive (i.e. malaria, T. cruzi, HTLV1...)

Il giorno prima dell'intervento eseguire un microclisma (reperibile in farmacia già pronto) e la sera fare un pasto leggero. In caso di sedazione, mantenere un **digiuno totale** (solido e liquido) dalle ore 24.

Il **giorno del prelievo ovocitario** la coppia si presenta presso il Centro di PMA di Conversano con documenti validi di identità che verranno presentati al personale sanitario al momento della donazione dei gameti. La raccolta del liquido seminale (è suggerita un'astinenza dai rapporti sessuali dai 3 ai 6 gg) può

essere eseguita anche in altra sede e consegnata dal paziente previa apposizione sul contenitore dei dati identificativi e autocertificazione firmata davanti al personale sanitario.

Il **giorno successivo al prelievo ovocitario** sarete chiamati dal Centro per comunicare con i biologi che vi forniranno informazioni riguardo la fecondazione degli ovociti, il giorno e l'orario del trasferimento degli embrioni.

Il **giorno del trasferimento embrionale** la coppia si deve presentare presso il Centro di PMA con documenti di identità validi all'orario stabilito; la procedura avviene in regime ambulatoriale e non richiede nessuna preparazione.

Alla **dimissione** verrà consegnata relativa relazione con la prescrizione dei farmaci da assumere fino al giorno prima del test di gravidanza e in caso di test positivo verranno proseguiti come da indicazione medica.

8. SERVIZI ACCESSORI E CONFORT

Chiamate di emergenza

In casi di necessità è possibile chiamare il personale infermieristico attraverso l'utilizzo dell'apposito pulsante

L'assistenza psicologica

In caso di necessità può essere richiesto l'aiuto di uno psicologo.

L'assistenza infermieristica

Il servizio garantisce tutti gli aspetti relativi all'assistenza infermieristica, all'ospitalità degli utenti ed alla pulizia degli ambienti di degenza tramite il proprio personale.

L'utente e i suoi diritti

L'ospite ha diritto di chiedere informazioni complete riguardanti l'esecuzione della procedura e i risultati anche provvisori.

Inoltre potrà ottenere informazioni essenziali riguardanti l'organizzazione dei servizi, i compiti e le attribuzioni di amministratori ed operatori.

La pulizia e l'ordine

La pulizia di armadietti, letti e comodini viene effettuata da apposito personale.

La preghiamo di mantenere in ordine questi arredi e la sua stanza.

Interazione con i Pazienti

Il reparto di Procreazione Medicalmente Assistita dell' U.O.S.D. di Fisiopatologia della Riproduzione Umana della ASL Ba è stato particolarmente orientato alla soddisfazione del paziente attraverso un tentativo di costante miglioramento, grazie ad una attenta valutazione delle esigenze degli utenti.

A tale scopo è stato creato un questionario di soddisfazione che riguarda varie fasi dei servizi offerti;

- Prenotazione
- Accettazione amministrativa
- Ricovero in regime ambulatoriale

Obiettivo di tale questionario è quello di permettere la segnalazione di eventuali insoddisfazioni durante la erogazione del servizio.

In occasione del Riesame periodico della Direzione tali dati verranno presentati alla direzione generale della ASL BA per decidere in merito ad eventuali azioni correttive per rimuovere le cause di insoddisfazione.

Le stanze di degenza sono dotate di:

- impianto di aria condizionata,
- gabinetto di degenza dedicato,
- pulsante di chiamata infermieristica.

Sezione Terza
1. STANDARD DI QUALITA'

Il Centro di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita della ASL BA, ha individuato i seguenti indicatori per fornire servizi di alta qualità.

FATTORI DI QUALITÀ	INDICATORI DI QUALITÀ	STANDARD DI QUALITÀ
TEMPESTIVITÀ, PUNTUALITÀ E REGOLARITÀ DEL SERVIZIO		
TEMPI DI ACCETTAZIONE ED EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE RICHIESTA	Regolarità nella accettazione delle prestazioni da erogare	N° 30 minuti
	Tempo di attesa medio fra la richiesta e l'effettuazione della prima visita	N° 3 settimane
	Tempo di attesa per la risoluzione dei reclami	Per il 100% dei reclami presentati sono rispettati i tempi previste per la risoluzione
SEMPLICITÀ DELLE PROCEDURE		
PRESENTAZIONE DEI RECLAMI	Esistenza di moduli reclami e soddisfazione Pazienti	I moduli sono disponibili nel 100% dei casi
	Esistenza personale addetto a ricevere i reclami dei Pazienti	La Segreteria accettazione è disponibile nel 100% dei casi per tali esigenze
EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	Esistenza personale addetto all'accettazione	La Segreteria accettazione è disponibile nel 100% dei casi a tale scopo
ORIENTAMENTO ACCOGLIENZA E INFORMAZIONE SUI SERVIZI		
SERVIZI OFFERTI E INDAGINI DI SODDISFAZIONE	Disponibilità presso l'accettazione di materiali informativi comprensivi di scheda soddisfazione paziente, prestazioni erogate dalla Casa di Cura e modalità di accesso ai vari servizi e settori	Nel 100% dei casi sono disponibili le informazioni necessarie oltre ai questionari per verificare il grado di soddisfazione
COMPLETEZZA E CHIAREZZA DELL'INFORMAZIONE SANITARIA		
INFORMAZIONI SUI SERVIZI SANITARI EROGATI	Esistenza di personale medico preposto all'erogazione di informazioni per una corretta interpretazione della documentazione sanitaria	Nel 100% dei casi è presente personale medico in grado di svolgere tali attività
	Esistenza di modalità di comunicazione del personale medico ed infermieristico per illustrare gli scopi terapeutici	Nel 100% dei casi il personale medico e gli infermieri osservano le modalità di comunicazione previste
COMFORT, PULIZIA E CONDIZIONI DI ATTESA		
COMFORT DELLA SALA DI ATTESA	Esistenza di una sala di attesa con servizi	Posti a sedere in numero adeguato, Televisore, Servizi igienici adiacenti e dotati dei comfort e del grado di pulizia necessari
PERSONALIZZAZIONE ED UMANIZZAZIONE		
UMANIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI E TUTELA DEI DIRITTI	Esistenza di zone predisposte per il rispetto della privacy	La Struttura dispone di aree ed ambulatori specifici
	Esistenza di un'area tranquilla e gradevole per l'erogazione delle prestazioni	Il 100% delle aree adibite a tali attività sono tranquille e gradevoli
	Esistenza di risorse disponibili per l'assistenza alle persone ed ai parenti	100% della presenza delle risorse
	Riservatezza dei dati sensibili	Modalità atte ad assicurare la riservatezza delle informazioni sanitarie

Schede valutazione del grado soddisfazione paziente. Periodicamente, il Responsabile Gestione Qualità, analizza le Schede compilate, al fine di individuare eventuali scostamenti rispetto agli standard prefissati.

3. IMPEGNI E PROGRAMMI PER LA QUALITÀ

Il Centro garantisce a tutti i cittadini che usufruiscono delle prestazioni erogate:

- Completezza dell'informazione sul trattamento dei dati attraverso la relativa informativa e dichiarazione di consenso;
- Riservatezza e rispetto del Paziente nei trattamenti e nelle altre prestazioni sanitarie;
- Personalizzazione dell'assistenza per tutte le prestazioni erogate.

Il Centro si impegna a migliorare il servizio relativo all'accuratezza dei servizi erogati ed all'accoglienza mediante le seguenti azioni:

- Stabilire procedure il più possibile vicino alle esigenze dell'utenza relative alla gestione dell'accettazione;
- Aggiornare la formazione del personale non solo relativamente alla buona prassi professionale ma anche al miglioramento relazionale con i Pazienti;
- Raccogliere ed analizzare le Schede di valutazione al fine di orientare l'organizzazione in funzione dei bisogni dei Pazienti.

Sezione Quarta

1. Meccanismi di Tutela e Verifica

In caso di limitazione e/o esclusione dalla fruizione di prestazioni erogate e in generale per la segnalazione di disservizi il Paziente può utilizzare il modulo Reclamo messo a disposizione presso il punto di accettazione.

Quest'ultimo, compilato in ogni sua parte, deve essere consegnato all'accettazione.

La Direzione mensilmente analizza i reclami; in quanto responsabile della gestione di questi ultimi.

La Direzione, insieme con la Direzione Sanitaria, ha stabilito in 30 giorni (dalla presentazione del reclamo) il tempo massimo per l'eliminazione del disservizio, qualora il reclamo si rivelasse fondato.

Nel caso in cui tale scadenza non dovesse essere rispettata sarà compito del responsabile accettazione informare il Paziente, che ha sollevato il reclamo, dei motivi che hanno portato alla non risoluzione del problema entro i tempi prima indicati.

2. Indagine sulla Soddisfazione dei Clienti/assistiti

Periodicamente il Responsabile Gestione Qualità raccoglie le Schede Soddisfazione Paziente e le analizza attraverso l'uso di tecniche statistiche.

Con la collaborazione dei Responsabili delle aree risultate inefficienti dopo i sondaggi, vengono programmate le Azioni Correttive finalizzate all'eliminazione delle cause delle non conformità riscontrate dai Pazienti.

In sede di Riesame da parte della Direzione, come stabilito dalla Politica della Qualità, verranno stabilite le Azioni Correttive e/o Preventive necessarie all'eliminazione dei disservizi.