



AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
Dipartimento Strutturale
Salute della Donna e del Bambino



UOC Clinica Ginecologica e Ostetrica
Direttore: Prof. Dott. Giovanni Battista Nardelli
UOS/Aree Omogenee PMA
Responsabile: Dott.ssa Alessandra Andrisani

CENTRO PMA

Centro di
Procreazione
Medicalmente
Assistita

CARTA DEI SERVIZI

Piano Interrato, Clinica Ginecologica e Ostetrica
Tel. 049 8213413
Fax 049 8213409

PRESENTAZIONE

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 perfezionabile.

L'introduzione dei nuovi modelli organizzativi rappresenta il risultato di un processo di revisione effettuato con l'ausilio di un Sistema di Gestione per la Qualità conforme ai requisiti degli Standard UNI EN ISO 9001:2008, 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.

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 20% delle coppie europee. E' quindi un problema di dimensioni sociali. La sterilità 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 negli esami eseguiti: si parla allora di sterilità 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.

**Il Direttore dell'UOC Clinica Ginecologica e Ostetricia
Prof. Dott. Giovanni Battista Nardelli**

IL CENTRO PMA



L'Unità Operativa Semplice di Fisiopatologia della Riproduzione Centro PMA del Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda Ospedaliera e dell'Università di Padova nasce nel 1997 con l'istituzione del Centro Studio Sterilità e Procreazione Assistita svolgendo attività di I° livello. Dal 2002 vengono implementate tecniche di PMA di II e III livello.

È costituita da **tre sezioni fondamentali**:

- Ambulatori n° 11 e 12 localizzati al piano rialzato della Clinica Ginecologica e Ostetrica
- Gruppo operatorio - Degenza, al 2° piano della Clinica Ginecologica e Ostetrica
- Laboratorio di Medicina della Riproduzione al piano interrato della Clinica Ginecologica e Ostetrica

Contatti

Sede: Via Giustiniani, 3–35128 Padova

Telefono: 049 8213413

Fax: 049 8213409

email: sterility.ginecologia@unipd.it

Sito internet: www.ginecologia.unipd.it

PERSONALE

Prof. Dott. Giovanni Battista Nardelli	Direttore UOC Clinica Ginecologica e Ostetrica
--	---

EQUIPE MEDICA

Dott.ssa Alessandra Andrisani Responsabile Centro PMA
Ricercatore Universitario

Dott.ssa Arianna Riva Dirigente Medico

Dott.ssa Chiara Alessi Dirigente Medico

Medici in formazione specialistica in Ginecologia ed Ostetricia

EQUIPE OSTETRICA

EQUIPE DI LABORATORIO

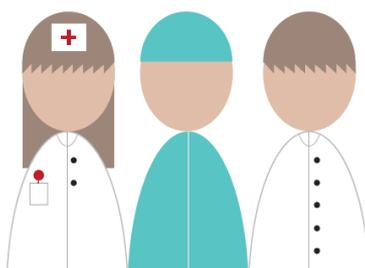
Dott.ssa Maria Lia Coronella Responsabile Laboratorio di PMA
Responsabile Qualità Laboratorio

Dott. Andrea Arcaro Tecnico di Laboratorio Universitario

Dott.ssa Manuela Della Vella Tecnico di Laboratorio Universitario

PSICOLOGO DI RIFERIMENTO

Dott.ssa Patrizia Trivellato Psicologa Aziendale



MODALITA' DI PRENOTAZIONE

Prenotazione Consulenze Ambulatoriali (CUP)

con impegnative del medico di base con le seguenti diciture:

- "Visita Ginecologica per sterilità di coppia"
- "Visita andrologica per sterilità di coppia"

Dal lunedì al venerdì
ore 07.30–17.00

Al numero 840.000.664

Per informazioni:

fax 049-821.3409

e-mail sterility.ginecologia@unipd.it

ACCETTAZIONE

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

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

Condizioni di accesso alle Procedure PMA di I e II Livello

(Delibera Giunta Regione Veneto n. 822 del 14.6.2011)

Età di accesso delle coppie:

- età femminile fino al compimento di 50 anni
- età maschile fino al compimento di 65 anni

Numero di cicli così determinato:

- n° 4 cicli di trattamento di I livello inseminazioni intrauterine (IUI) nei limiti di dosaggio previsti dalla Nota AIFA 74
- n° 3 cicli di trattamento di II livello (FIVET e ICSI) (per cicli effettuati si intende stimolazione ovarica fino a esecuzione di prelievo ovocitario con o senza recupero di ovociti) nei limiti di dosaggio previsti dalla Nota AIFA 74.

Gazzetta Ufficiale n. 113 del 17.05.10, p. 27

Determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 27.04.10-Modifica alla nota 74.

La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche, secondo modalità adottate dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:

- **trattamento dell'infertilità femminile:**
in donne di età non superiore ai 50 anni con valori di FSH al 3° giorno del ciclo non superiori a 30 mUI/ml
- **trattamento dell'infertilità maschile:**
in maschi con ipogonadismo-ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali e comunque con FSH non superiore a 8 mUI/ml.

Numero dei cicli erogabili

(Regione Veneto Prot.n. 421319 del 13.9.2011)

Il provvedimento decorre dalla data del 1 luglio 2011 e, per il principio generale di irretroattività dell'azione amministrativa, i cicli erogati prima di tale data NON possono concorrere alla determinazione del numero massimo stabilito nell'atto giuntale.

Erogazione delle prestazioni nei confronti di pazienti provenienti da altre regioni italiane

(Regione Veneto Prot.n. 421319 del 13.9.2011)

Costi economici dell'intera procedura

La spesa a carico del paziente riguarda:

ESAMI INIZIALI	COSTO
Esami preparatori per la diagnosi e per l'esecuzione delle tecniche PMA	costo variabile a seconda degli esami ritenuti necessari dal curante per una corretta diagnosi delle cause di infertilità.
Esami ematochimici ormonali in corso di trattamento n° 1 - 2 impegnative (ciascuna comprendente al massimo n° 8 dosaggi)	36,15 Euro per ogni impegnativa
Prima visita ginecologica Prima visita andrologica	n° 1 impegnativa di euro 20,50 n° 1 impegnativa di euro 20,50
Seconda visita e colloqui successivi	(n° 1 impegnativa di euro 14,25)
Selezione nemaspermatica del liquido seminale Spermiogramma Spermiogramma test di vitalità Ab anti spermatozoi adesi	n° 1 impegnativa euro 28,55
Capacitazione del liquido seminale	n° 1 impegnativa di euro 13,15
Consulenza psicologica (<i>facoltativa</i>)	n° 1 impegnativa di euro 23,45
TRATTAMENTO DI I LIVELLO (IUI)	
Inseminazione artificiale Intrauterina IUI Monitoraggio follicolare ecografico	n° 1 impegnativa di euro 36,15
Selezione nemaspermatica del liquido seminale Spermiogramma	n° 1 impegnativa euro 12,05
Capacitazione del liquido seminale	n° 1 impegnativa di euro 13,15
TRATTAMENTO DI II LIVELLO (FIVET-ICSI)	
Prelievo ovocitario Monitoraggio follicolare ecografico	n° 1 impegnativa di euro 36,15
FIVET/ICSI *	n° 1 impegnativa di euro 36,15
Trasferimento embrioni *	n° 1 impegnativa di euro 36,15

IMPIANTO DA DECONGELAMENTO	
Trasferimento embrioni *	n° 1 impegnativa di euro 36,15
Monitoraggio follicolare ecografico	n° 1 impegnativa di euro 23,45
CRIOCONSERVAZIONE OVOCITI/LIQUIDO SEMINALE	
Crioconservazione di cellule e tessuti per 1 anno	n° 1 impegnativa euro 33,55
FARMACI UTILIZZATI NEL PROGRAMMA DI STIMOLAZIONE	
Gonadotropine e farmaci per il sostegno della fase luteale sono prescrivibili a carico del SSN fascia A. Analoghi del GnRH prescrivibili in fascia C (a carico dell'utente)	

* Per queste prestazioni riconosciute dal SSR Regione Veneto (FIVET/ICSI e trasferimento embrioni) il costo del Ticket di euro 36,15 è riservato a:

- pazienti residenti in Veneto
- pazienti non residenti in Veneto purché in possesso di autorizzazione scritta della USL di appartenenza degli stessi.

I pazienti non residenti in Veneto e sprovvisi di autorizzazione scritta della USL di rispettiva appartenenza devono farsi carico dell'intero costo delle prestazioni:

Euro 600,00 per il trattamento FIVET/ICSI;

Euro 200,00 per il Transfer Embrioni.

Tutti i farmaci previsti per le pazienti con età superiore ai 45 anni.

NOTA BENE:

A partire dal 06/08/2011 con la delibera n. 1380 Regione Veneto viene applicata una maggiorazione: di euro 10,00 sulle ricette di specialistica ambulatoriale, ai soggetti non esenti con reddito complessivo lordo maggiore o uguale a euro 29.000,00; di euro 5,00 ai soggetti non esenti appartenenti a nuclei familiari con reddito complessivo lordo inferiore a euro 29.000,00, condizione che dovrà essere autocertificata.

Tecniche operative adottate

L'infertilità: un problema di coppia

Il numero di coppie con difficoltà ad avere bambini è molto alto (20%) ed è in costante aumento.

Una moderna struttura per il trattamento dell'infertilità offre un'ampia scelta di metodiche altamente specialistiche per poter dare una più ampia risposta ai problemi delle coppie, che si rivolgono ai Centri di Medicina della Riproduzione.

Dal tipo di sterilità, che gli accertamenti sono riusciti a mettere in evidenza, dipenderà la scelta del trattamento.

Ciò che i diversi trattamenti hanno in comune è lo scopo di facilitare l'incontro tra la cellula uovo e lo spermatozoo per dare origine ad un embrione e possibilmente, ad una gravidanza. Tali tecniche di trattamento sono comunemente conosciute come Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) oppure Riproduzione Assistita (dall'inglese ART: Assisted Reproduction Techniques).

Durante il primo incontro è fondamentale, al fine di intraprendere una terapia mirata, raccogliere una storia clinica precisa ed esauriente, che orienterà lo specialista verso indagini diagnostiche più approfondite da effettuare durante il percorso di PMA.

Cause di infertilità

Gli studi mostrano che le cause femminili rappresentano il 40% dei casi di infertilità e un altro 40% è determinato da cause maschili; solo circa il 20% resta inspiegato, ma anche in questi casi il trattamento può essere efficace. I test richiesti per individuare le cause dovranno valutare nella donna l'ovulazione, la funzionalità delle tube di Falloppio, l'esclusione di fattori cromosomici, di anticorpi antispermatozoo e la presenza di infezioni che hanno un ruolo negativo sulla fertilità (ad es. Micoplasma e Chlamydia); nell'uomo prevalentemente l'esame del liquido seminale.

Fattore maschile

La diagnosi si avvale, innanzi tutto, di un esame del liquido seminale, con il quale si valutano alcune caratteristiche importanti quali la concentrazione, la motilità e la morfologia degli spermatozoi, oltre alla presenza di eventuali infezioni.

L'iter diagnostico viene integrato con un esame andrologico, con eventuale ecografia scrotale ed eco-colordoppler testicolare, allo scopo di escludere patologie del distretto vascolare genitale e patologie testicolari e/o prostati-

che; è opportuno eseguire dei dosaggi ormonali, per mettere in luce eventuali deficit dell'asse ipotalamo - ipofisi - testicoli.

I trattamenti terapeutici dell'infertilità maschile possono includere trattamenti medici, quali terapie antibiotiche per le infezioni, trattamenti ormonali per implementare la produzione di spermatozoi, trattamenti chirurgici per correzione di un varicocele o di un ostruzione dei dotti.

Infine dopo aver tentato le terapie suddette si può ricorrere a tecniche di riproduzione assistita quali inseminazione intrauterina (IUI), oppure a tecniche di fecondazione in vitro (FIV.ET. ed ICSI).

Fattore femminile

Nell'ambito dei fattori femminili di infertilità distinguiamo:

- fattore endocrino-ovarico
- fattore tubarico
- fattore uterino
- fattore peritoneale-endometriosi
- fattore cervicale

Fattore endocrino-ovulatorio

I disordini legati all'ovulazione o ad un'anomalo funzionamento del sistema endocrino sono responsabili di circa il 40% dei casi di sterilità femminile. Queste alterazioni sono riconducibili fondamentalmente a disturbi dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio, della funzionalità tiroidea e/o a cause genetiche.

Lo studio di questi fenomeni si avvale di una serie di metodiche che vanno dall'esecuzione di dosaggi ormonali plasmatici, al monitoraggio ecografico dell'ovulazione. L'approccio terapeutico viene stabilito sulla base dei risultati delle indagini sopra menzionate e prevedendo diversi livelli di intervento.

Fattore tubarico

Poiché le tube sono assolutamente necessarie per il concepimento, i test atti a valutare la pervietà tubarica sono importanti. Si calcola infatti, che il fattore tubarico sia responsabile di circa il 15% delle infertilità femminili.

Le cause che possono determinare alterazione della funzionalità tubarica sono riconducibili soprattutto a PID (pelvic inflammatory disease) ed endometriosi.

Le indagini di elezione per lo studio della pervietà tubarica sono la sonosalpingoisterografia, l'isterosalpingografia la LPS con cronosalpingografia.

Il trattamento di queste condizioni può essere chirurgico, per via laparoscopica; tuttavia i risultati non sono sempre apprezzabili. Pertanto le pazienti con fattore tubarico sono candidate di elezione per le Tecniche di Riproduzione Assistita (ART) di 2° livello (FIVET, ICSI).

Fattore uterino

Una cavità uterina irregolare per la presenza di setti, fibromi o alterazioni su base congenita, costituisce un ostacolo all'impianto dell'embrione. Il fattore uterino incide per circa il 5% dei casi di sterilità.

La diagnosi di sospetto viene posta sulla base di una indagine ecografica oppure sonoisterografica effettuata nel periodo immediatamente post-mestruale, e confermata da una isteroscopia, durante la quale si può effettuare anche la correzione chirurgica di alcune anomalie.

Endometriosi

L'endometriosi si caratterizza per la presenza di tessuto endometriale in sedi diverse dalla cavità uterina e rappresenta il 25-35% delle cause di infertilità femminile. Le localizzazioni possono essere ovariche, tubariche, peritoneali, vescicali ed intestinali.

Questo tessuto si comporta esattamente come il normale endometrio, e quindi va incontro a fenomeni di desquamazione mensile, provocando dolori pelvici di notevole intensità. E' questo, insieme all'infertilità, il sintomo più caratteristico di questa patologia. L'endometriosi è responsabile di infertilità per alterazioni indotte della funzionalità ovarica, oltre che per la comparsa di sindromi aderenziali che possono alterare la pervietà e/o la funzionalità tubarica.

La diagnosi di questa patologia è essenzialmente laparoscopica; con questa metodica si può anche precisare il grado di diffusione della malattia e, contemporaneamente, si possono asportare endometriomi ovarici e procedere alla lisi delle aderenze, soprattutto peri-tubariche.

Le pazienti affette da endometriosi grave diventano candidate naturali ad un ciclo FIVET, in quanto il tessuto endometriale localizzato in sede eterotopica determina alterazioni non solo anatomiche, ma anche biochimiche a livello pelvico, che rendono spesso impossibile la fecondazione "naturale".

Fattore cervicale

La cervice può contribuire, anche se raramente costituisce la sola causa, all'infertilità. La cervice produce il muco cervicale, sostanza che, per prima, interagisce con gli spermatozoi.

Le alterazioni qualitative e quantitative del muco, possono determinare problemi al passaggio degli spermatozoi nelle vie genitali femminili.

In condizioni di normalità il muco cervicale, durante il periodo ovulatorio presenta caratteristiche che agevolano il passaggio degli spermatozoi in utero. In condizioni patologiche nel muco si può riscontrare un basso numero di spermatozoi mobili talora imputabile a disordini immunologici, con la comparsa di anticorpi anti-spermatozoi.

L'approccio terapeutico prevede la somministrazione di antibiotici, farmaci ormonali e, nei casi più gravi, l'inseminazione intrauterina.

Indagini preliminari

La terapia per l'infertilità di coppia prevede una serie di indagini diagnostiche, a cui entrambi i partner **devono** sottoporsi, prima di essere ammessi al ciclo di trattamento. Gli esami che la coppia dovrà eseguire verranno indicati durante la visita ambulatoriale in base ai dati clinici, agli esami già effettuati, ai precedenti trattamenti, al tipo di sterilità e al tipo di trattamento da effettuare e, generalmente, rientrano tra quelli sotto indicati, salvo condizioni specifiche da approfondire.

Per la donna:

Esami ematochimici ed urinari:

- Gruppo sanguigno e test di Coombs indiretto, emocromo, rubeotest, toxotest, anticorpi anti HIV 1 e 2, TPHA e VDRL (prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dal costo -COD ESENZIONE 400- in funzione preconcezionale);
- HbsAg, anti HBc, anti HCV, anti CMV; il D.Lgs.16/2010 prevede l'obbligo di eseguire gli esami sierologici (HIV 1-2, TPHA, VDRL, HbsAg ,antiHBc, anti HCV, entro i 90 giorni precedenti la "donazione" dei gameti (validità 3 mesi per il 1° trattamento e 6 mesi per i trattamenti successivi);
- HTLV-I

L'esame degli anticorpi HTLV-I deve essere effettuato per i pazienti/coppie provenienti da regioni ove L'HTLV-I è endemico nelle isole tropicali (Giamaica, Martinica, Seychelles, Tumaco, Barbados, Guadalupa, Haiti, Madagascar, Hawaii, Caraibi, ecc.) e in Papua, Nuova Guinea, Kenya, India meridionale, Florida, Panama, Nuovo Messico, Giappone, Brasile, Venezuela."

- AST, ALT, colesterolo totale e HDL, trigliceridemia, glicemia, esame urine completo (validità un anno);
- Emoglobine anomale e resistenza osmotica eritrocitaria;
- TSH;
- PT, PTT

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 beta-estradiolo;
- AMH;
- Ecografia pelvica transvaginale con conta dei follicoli antrali

Esami per la valutazione della funzionalità tubarica:

- Sonoisterosalpingografia o Isterosalpingografia

Esami genetici:

- Cariotipo (*dicitura*: "Coltura di linfociti periferici. Cariotipo");

- Test di fibrosi cistica (*dicitura*: “Estrazione DNA. Analisi mutazione DNA per test genetico di fibrosi cistica”)

Indagini microbiologiche e strumentali:

- Tampone vaginale ed endocervicale con ricerca di virus, batteri e miceti (ed eventuale antibiogramma);
- Colpocitologia (prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dal costo -COD ESENZIONE 400- in funzione preconcezionale);
- Esame clinico-strumentale della mammella

Esami di approfondimento di 2° livello:

- Antitrombina III, D-dimero, Proteina S, Proteina C, resistenza alla proteina C attivata, Fattore V Leiden, Omocisteina, variante protrombinica, polimorfismi MTHFR;
- Anticorpi anticardiolipina, anti b2glicoproteina I, anti nucleo, LAC;
- FT3, FT4, anticorpi antitireoglobulina, anticorpi antiperoossidasi tiroidea;
- Colposcopia;
- Isteroscopia diagnostica

Per l'uomo:

Visita Andrologica

Esami ematochimici ed urinari:

- Gruppo sanguigno, anticorpi anti HIV 1 e 2, TPHA e VDRL (prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dal costo -COD ESENZIONE 400- in funzione preconcezionale);
- HbsAg, anti HBc, anti HCV, D.Lgs.16/2010 prevede l'obbligo di eseguire gli esami sierologici (HIV 1-2, TPHA,VDRL, HbsAg ,antiHBc, anti HCV, entro i 90 giorni precedenti la “donazione” dei gameti (validità 3 mesi);
- HTLV-I

L'esame degli anticorpi HTLV-I deve essere effettuato per i pazienti/coppie provenienti da regioni ove L'HTLV-I è endemico nelle isole tropicali (Giamaica, Martinica, Seychelles, Tulumaco, Barbados, Guadalupa, Haiti, Madagascar, Hawaii, Caraibi, ecc.) e in Papua, Nuova Guinea, Kenya, India meridionale, Florida, Panama, Nuovo Messico, Giappone, Brasile, Venezuela.”

Esami genetici:

- Cariotipo (*dicitura*: “Coltura di linfociti periferici. Cariotipo”);
- Test di fibrosi cistica (*dicitura*: “Estrazione DNA. Analisi mutazione DNA per test genetico di fibrosi cistica”)

•

Esame seminale:

- Spermioγραμμα diagnostico;
- Test di capacitazione.

Accertamenti supplementari:

- Spermicoltura con eventuale antibiogramma;
- FSH, LH, Testosterone libero, PRL, FT4, TSH;
- Emoglobine anomale e resistenza osmotica eritrocitaria (in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie)

Esami di approfondimento di 2° livello:

- Analisi microdelezioni del cromosoma Y (in caso di oligozoospermia severa (<5 milioni/ml o azoospermia) (Linee Guida 11/4/2008 Legge 40/2004);
- Analisi dei geni AR, INSL3, LGR8 (in casi specifici);
- Valutazione di aneuploidie spermatiche (in caso di ripetuti fallimenti o pregressi trattamenti chemio-radioterapici);
- Test di frammentazione del DNA;
- Ricerca HPV nel liquido seminale;
- Ecografia prostata e vescichette seminali

TECNICHE DI RIPRODUZIONE ASSISTITA (ART)

Inseminazione intrauterina (IUI)

L'obiettivo della IUI è quello di introdurre una determinata quantità di liquido seminale opportunamente trattato nell'utero della donna.

La IUI trova indicazione in pazienti con normale riserva ovarica e pervietà delle tube di Falloppio. Si è dimostrata molto utile anche in quelle coppie senza un'evidente causa di sterilità. Questa tecnica di I livello può essere utilizzata in donne con disordini ovulatori, ammesso che rispondano ad una adeguata terapia farmacologica.

In alcuni casi l'ovulazione può essere indotta mediante una stimolazione ormonale controllata.

Il monitoraggio del trattamento è effettuato mediante il dosaggio dei valori ormonali plasmatici nonché l'esecuzione di eco seriate per valutare lo sviluppo dei follicoli ovarici. Lo sviluppo di più follicoli comporta la maturazione di molti ovociti e aumenta quindi il rischio di gravidanze multiple, per cui l'obiettivo della stimolazione è di indurre la maturazione di non più di tre ovociti.

Quando due o tre follicoli hanno raggiunto la misura idonea, l'ovulazione viene indotta con una iniezione di ormone (gonadotropina corionica umana o hCG) e il campione di liquido seminale del partner, opportunamente trattato, viene depositato nel fondo dell'utero della paziente mediante un sottile tubicino sterile e atossico (catetere).

I rischi della IUI sono pochi. Nei casi in cui più di tre follicoli raggiungano una certa grandezza, esiste il rischio di gravidanza multipla, perciò può essere opportuno l'abbandono del trattamento nel ciclo in corso.

L'inseminazione intrauterina è una metodica semplice, ambulatoriale, che non necessita di anestesia. La percentuale di gravidanza per ciclo di trattamento è del 8-10%.

Fecondazione in vitro ed embrio transfer (FIVET)

La FIVET è una tecnica di PMA di II livello. Alla FIVET possono ricorrere tutte le coppie in cui esiste un fattore tubarico di infertilità, patologie cervicali e fattore maschile lieve-moderato.

A questa tecnica vengono indirizzate, inoltre, tutte quelle coppie che non hanno ottenuto risultati con le tecniche di inseminazione intrauterina (IUI).

Le percentuali di gravidanza con una FIVET si aggirano intorno al 25%, con variazioni legate all'età e ai problemi di base della coppia.

La FIVET consiste in:

Induzione farmacologica della crescita follicolare multipla, mediante una stimolazione ormonale con controllo ecografico e dosaggi ormonali seriati.

Prelievo ovocitario, dopo 34-36 ore dalla somministrazione dell'ultima dose di farmaco del protocollo di stimolazione, mediante aspirazione dei follicoli per via vaginale, sotto guida ecografica, in sala operatoria, con paziente sottoposta a sedazione profonda.

Fertilizzazione in vitro degli ovociti prelevati mediante messa in coltura con un'adeguata quantità di spermatozoi ottenuti dal partner maschile lo stesso giorno del prelievo ovocitario.

Controllo dell'avvenuta fecondazione il giorno successivo

Trasferimento in utero degli embrioni dopo 2/3 o 5/6 giorni dall'aspirazione dei follicoli mediante apposito catetere, con procedura ambulatoriale semplice che non necessita di anestesia.

Controllo e supporto della fase luteale mediante somministrazione di progesterone ed eventualmente di altri farmaci per aiutare lo sviluppo dell'endometrio e quindi favorire l'impianto embrionale.

Dopo 10-14 giorni dal transfer si effettua il test di gravidanza su sangue (dosaggio del BHCG).

Iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI)

La tecnica ICSI ovvero la microiniezione intracitoplasmatica di spermatozoi, consente di trattare coppie con un fattore di sterilità maschile particolarmente grave.

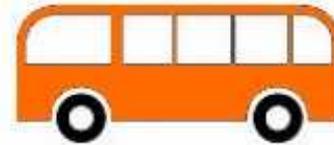
Questa tecnica di micromanipolazione permette, infatti, di introdurre direttamente all'interno del citoplasma dell'ovocita un singolo spermatozoo, superando tutte le barriere naturali, che normalmente circondano l'ovocita. In alcuni casi, il recupero degli spermatozoi per la ICSI avviene mediante biopsia del testicolo (TESE, microTESE) o per aspirazione dal testicolo (TESA) o aspirazione dall'epididimo (PESA) o aspirazione microchirurgica (MESA).

La ICSI è una tecnica di laboratorio che si differenzia dalla FIVET solo per la fase che riguarda la fertilizzazione in vitro. Infatti nella FIVET gli spermatozoi penetrano spontaneamente all'interno dell'ovocita, mentre nella ICSI sono selezionati e introdotti dal biologo embriologo nel citoplasma ovocitario con una micropipetta.

COME RAGGIUNGERCI

AUTOBUS

- Linea 6
- Linea 14
- Linea 15
- Linea 24
- Linea 41 (solo festivo)
- Linea 43 (solo festivo)



TAXI

- Radiotaxi Padova
tel. 049 651333 (h24)
- Servizio di bus navetta "AirService"
prenotabile al numero 049 8704425
- SmsTaxi

È un servizio disponibile per tutti i cellulari tradizionali, senza connessione ad internet. Il servizio permette di chiamare il taxi con un breve sms di testo:

- 1) Comporre un Sms con l'indirizzo di prelievo nel formato: città via e numero civico (es: Padova Piazza Garibaldi 8);
- 2) Inviare al numero 33 88 44 2000;
- 3) In pochi secondi si riceve un SMS di risposta che comunica la sigla del taxi che sta arrivando ed il tempo previsto.

Maggiori informazioni sono disponibili nel sito: www.smstaxi.it

PARCHEGGIO (a pagamento)

- Parcheggio Autosilos Busonera, Via Gattamelata 60
- Via Sografi
- Prato della Valle (piazza Rabin; disponibile Bus navetta a P.zza del Santo)
- Piovego, Via Trieste
- Via Orus (angolo Via S. Massimo)
- Padova Centro Park, Via Trieste 50





UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Offre **informazioni, indicazioni** sull'organizzazione dell'Azienda,
riceve **richieste o segnalazioni**.
Fornisce indicazioni sull'**accoglienza dei parenti dei malati**.

L'ufficio è aperto presso:

Piano Rialzato Monoblocco (Azienda Ospedaliera di Padova - Via Giustiniani 2 - 35128 Padova)
dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.30; tel. 049 821 3200 - fax: 049 821 3364
E-MAIL: urponline@sanita.padova.it

Ultimo aggiornamento: 19.05.2016