

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO "SANTA MARIA"
DIPARTIMENTO MATERNO – INFANTILE
Direttore: Prof. Filippo Maria Boscia

CENTRO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Responsabile Medico: Dr. Pasquale Totaro

Dichiarazione di consenso informato per tecniche di PMA di II livello (FIVET-ICSI) ai sensi della Legge 40/2004 e della Sentenza della Corte Costituzionale 151/2009.

Noi sottoscritti

Sig.ra nata a il.....

Sig. nato a il.....

dichiariamo di essere legalmente coniugati conviventi

accettiamo di essere sottoposti a un ciclo di FIVET-ICSI per trovare, attraverso questa terapia, una possibile soluzione alla nostra infertilità/sterilità di coppia dopo aver compiuto un iter diagnostico al fine di identificare le cause e le possibili alternative terapeutiche alla procreazione assistita

dichiariamo di avere preliminarmente effettuato uno o più colloqui con i Medici della struttura sopra indicata,

Dr....., Dr....., Dr.....,

dove siamo stati informati, in modo chiaro ed esaustivo, in merito ai seguenti punti:

1. possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita;
2. conseguenze giuridiche della procreazione medicalmente assistita per la donna, per l'uomo e per il nascituro di cui agli articoli 8, 9 e 12, comma 3, della legge n. 40/2004 di seguito descritti:

articolo 8 (Stato giuridico del nato)

1. I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6 della legge 40/2004.

articolo 9 (Divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre)

1. Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'articolo 235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, né l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice.

2. La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del regolamento di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396.

3. In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi.

articolo 12 (Divieti generali e sanzioni)

3. Per l'accertamento dei requisiti di cui al comma 2 il medico si avvale di una dichiarazione sottoscritta dai soggetti richiedenti. In caso di dichiarazioni mendaci si applica l'articolo 76, commi 1 e 2, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

3. possibilità di revoca del consenso da parte di ciascuno dei soggetti della coppia richiedente, fino al momento della fecondazione dell'ovulo di cui all'articolo 6, comma 3 della legge n. 40/2004 di seguito descritto:

La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo le modalità definite con decreto dei ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo.

4. possibile decisione del medico responsabile della struttura di non procedere alla procreazione medicalmente assistita di cui all'articolo 6, comma 4 della legge n. 40/2004 di seguito descritto:

Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario.

5. illustrazione della tecnica specifica proposta, in ogni fase della sua applicazione:

*Solitamente si utilizza il protocollo definito "ciclo lungo" che prevede una preliminare **soppressione temporanea** dell'attività ormonale ovarica attraverso la somministrazione di un farmaco. Si effettua circa un mese prima del previsto trattamento; si usano i cosiddetti analoghi del GnRH (Gonapeptyl depot, Decapeptyl, Enantone, ...). Gli effetti collaterali principali sono quelli di una menopausa medica (vampate, sudorazioni, ...). A distanza di circa 15-20 giorni si valuta se la soppressione ha avuto effetto (prelievo di sangue + ecografia transvaginale). È utile ricordare che la somministrazione di questo farmaco non ha lo scopo di bloccare il ciclo mestruale; per gli esiti del trattamento non ha alcuna importanza se si verifica o meno la mestruazione, tantomeno il periodo in cui ciò dovesse accadere. Successivamente si passa alla **stimolazione ovarica**, cioè si induce la crescita di più follicoli a livello ovarico mediante la somministrazione di farmaci induttori dell'ovulazione affinché si ottengano più follicoli e quindi più ovociti maturi invece di uno come avviene naturalmente ogni mese. La durata di questa fase è mediamente di circa 12 giorni, ma può variare. In alcuni casi selezionati le pazienti vengono sottoposte al cosiddetto "ciclo corto" o flare up; in queste pazienti non viene effettuata la soppressione preliminare, ma contemporaneamente alla soppressione si procede con la stimolazione. La risposta alla terapia viene controllata mediante prelievi di sangue ed indagini ecografiche seriate (**monitoraggio**), in genere a partire dal 4°-6° giorno di stimolazione, consentendo quindi di decidere su eventuali variazioni terapeutiche. Quando i follicoli sono cresciuti adeguatamente ed il valore del 17-beta estradiolo è giunto a livelli sufficienti, alla paziente vengono comunicati l'orario di somministrazione della gonadotropina corionica che induce l'ovulazione (circa 36 ore prima del prelievo ovocitario) ed il giorno del ricovero per il prelievo ovocitario. Il **prelievo ovocitario** viene effettuato per via transvaginale (in alcuni casi per via transaddominale) sotto guida ecografica in anestesia generale, non necessita di intubazione, il risveglio è immediato e già dopo alcuni minuti la paziente è in perfetto benessere. Contemporaneamente il partner maschile provvede alla **raccolta del liquido seminale**; in alcuni casi vengono usati gli spermatozoi scongelati o recuperati chirurgicamente dal testicolo o dall'epididimo. Il liquido follicolare aspirato viene immediatamente osservato al microscopio dai biologi per la ricerca degli ovociti. Questi ultimi sono messi nell'incubatore in un mezzo nutritivo in attesa dell'inseminazione. Il numero degli ovociti non sempre corrisponde al numero dei follicoli e non tutti gli ovociti prelevati sono maturi. L'ovocita viene messo a contatto con gli spermatozoi in provetta (FIVET) oppure viene microiniettato da uno spermatozoo (ICSI). Trascorrono 18 ore prima che si completi la fecondazione ed altre 12 per ottenere un embrione a due cellule. In effetti è solo il 2° giorno dal prelievo degli ovociti che si può confermare la formazione o meno degli embrioni. A questo punto gli embrioni sono in genere allo stadio di 2-4 cellule e sono pronti per essere inseriti nella cavità uterina, procedura chiamata "**embriotransfer**" ed eseguita senza anestesia. In genere le pazienti arrivano al transfer piene di ansia e di angoscia; buona parte di questo è dovuto al fatto che pensano che questa pratica sia particolarmente dolorosa. Il 95% delle volte il transfer è assolutamente indolore, al massimo si può sentire un po' di fastidio per la presenza dello speculum. Il 5% delle volte è necessario usare una piccola pinza per tenere fermo il collo dell'utero o per allinearli con il corpo dell'utero facendo una lieve trazione e questo si traduce in una modica dolenzia di tipo mestruale.*

6. problemi bioetici connessi all'utilizzo della tecnica:

Il ricorso alle tecniche di PMA può avere implicazioni in merito alla sensibilità etica individuale soprattutto in ragione del fatto che la fecondazione dei propri gameti avvenga al di fuori del corpo umano e che ci possano essere meno garanzie nella tutela dell'embrione.

7. possibili effetti collaterali sanitari conseguenti all'applicazione della tecnica:

Dopo oltre 40 anni di uso routinario dei farmaci per l'induzione dell'ovulazione non esiste a tutt'oggi evidenza che questi possano aumentare il rischio di tumori all'ovaio e alla mammella.

L'eventuale instaurarsi di una gravidanza può aggravare patologie già presenti nella donna (es. diabete, cardiopatie, nefropatie, etc.) in misura analoga ad un concepimento naturale ed in misura maggiore in caso di gravidanza multipla.

8. possibili effetti psicologici conseguenti all'applicazione della tecnica:

La maggior parte delle coppie riesce a far fronte alla condizione di infertilità con le proprie risorse, ma c'è chi, in qualche momento del percorso terapeutico e soprattutto dopo vari insuccessi, ha necessità di un aiuto psicologico.

La consapevolezza dell'infertilità, sia nella donna che nell'uomo, è accompagnata da una sofferenza emotiva che si esprime prepotentemente sul piano delle relazioni: relazioni all'interno della coppia, con le famiglie di origine, relazioni della donna con le altre donne, relazioni della coppia nell'ambito più vasto del gruppo sociale.

Siamo a conoscenza che l'iter terapeutico della fecondazione in vitro è spesso riportato da entrambi i membri della coppia come un'esperienza emotivamente e psicologicamente stressante.

La consultazione psicologica (a disposizione presso codesto Centro PMA) può aiutare a far emergere questa sofferenza per elaborarla e contenerla, favorendo l'espressione delle emozioni e delle cause dell'ansia; può inoltre aiutare la coppia a fare bilanci corretti ed evitare i pericoli dell'accanimento terapeutico.

Per quanto riguarda lo sviluppo psico-affettivo del nuovo nato, i dati della letteratura sembrano confermare che non sia diverso da quello dei nati da concepimento spontaneo.

9. probabilità di successo della tecnica:

Nessuna tecnica di procreazione medicalmente assistita garantisce l'ottenimento di una gravidanza. Le percentuali di successo dei trattamenti (mediamente tra il 20 e il 30%) sono legate all'età della donna, alla patologia esistente e possono variare notevolmente da coppia a coppia e da ciclo a ciclo.

Nell'Allegato n.1 vengono riportati i risultati ottenuti nel nostro Centro PMA. I dati sono espressi in relazione all'età della donna che risulta essere il fattore più importante nel predire il successo in termini di gravidanza.

10. possibili rischi per la donna derivanti dalla tecnica:

1) *L'uso dei farmaci per la stimolazione ovarica espone ad un rischio di insorgenza della **sindrome da iperstimolazione ovarica (OHSS)**. La sua forma severa richiede l'ospedalizzazione urgente e comporta alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico ed emocoagulativo e si associa ad un abnorme aumento del volume delle ovaie, versamento ascitico, possibile comparsa di fenomeni tromboembolici e varie altre complicazioni. La letteratura riporta incidenze variabili dallo 0,5% al 5%. Qualora il rischio di sviluppare tale condizione sia elevato il medico responsabile del centro può decidere di sospendere il ciclo, di crioconservare gli ovociti oppure, 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 dall'articolo 14, comma 3. Quest'ultima procedura si attua anche quando interviene una grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione (es. una complicanza durante il prelievo ovocitario, etc.).*

2) *Il prelievo degli ovociti viene eseguito in anestesia generale senza intubazione oro-tracheale, implicando così i rischi generici della procedura anestesiológica adottata.*

3) ***Le complicanze derivanti dal prelievo ecoguidato degli ovociti sono in percentuale molto basse, ma a volte molto serie;*** esse comprendono infezioni pelviche (0,6%), rottura di corpi lutei o torsione ovarica (0,008%), oppure complicanze di tipo emorragico come sanguinamento ovarico in addome (0,07%) o perforazione dei vasi iliaci (0,04%), che richiedono un ricovero ospedaliero urgente con eventuale intervento chirurgico laparoscopico o laparotomico e/o emotrasfusione.

4) *Il trasferimento in utero di più di un embrione espone al rischio di **gravidanza multipla** (bigemina o trigemina), con un aumentato rischio di patologie durante la gravidanza (diabete, ipertensione, gestosi, rottura prematura delle membrane, etc.) e la necessità di ricorrere quasi sempre ad un taglio cesareo.*

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) *La percentuale di **gravidanze extrauterine** riportata in letteratura è del 1-2%.*

6) *L'incidenza di aborto spontaneo è sovrapponibile a quella esistente in caso di concepimento naturale.*

11. possibili rischi per il/i nascituro/i derivanti dalla tecnica:

- 1) *Qualora si instauri una **gravidanza plurima** esiste come sempre un aumentato rischio di patologia neonatale dovuto principalmente al parto prematuro, qualunque sia la causa che lo ha generato.*
- 2) *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 genitoriali collegati alla sterilità, la valutazione di tali patologie che non è univoca e che è sicuramente più accurata e protratta nel tempo nei bambini nati da fecondazioni assistite. Considerato tutto questo, 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 (4,1% versus 3,1%, Sepulveda 2005).
I nati da ICSI per un fattore severo di infertilità maschile hanno un aumentato rischio di alterazioni cromosomiche, dovuto più alla alterata qualità dei parametri seminali che non alla tecnica ICSI di per sé (Hum Reprod 2002).*
- 3) *Non vi sono dati allo stato attuale che consentano di escludere completamente **implicazioni a lungo termine** sulla salute dei bambini nati con la fecondazione assistita; siamo a conoscenza che esistono esami diagnostici (villocentesi e amniocentesi) in grado di mettere in evidenza la maggior parte di anomalie cromosomiche durante la gravidanza.
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 Reprod 2003, Pediatrics 2005).*

12. grado di invasività della tecnica, specificato per le varie fasi, nei confronti della donna e dell'uomo:

- 1) *L'invasività della tecnica è modesta e riguarda sostanzialmente l'intervento per via transvaginale ecoguidata del prelievo oocitario in anestesia generale.*
- 2) *Nel caso in cui il recupero degli spermatozoi richieda una biopsia del testicolo questa viene effettuata in anestesia locale o generale e comporta generalmente un periodo di riposo del paziente di circa una settimana salvo complicazioni.*
- 3) *Il trasferimento degli embrioni avviene mediante introduzione del catetere in cavità uterina attraverso il canale cervicale e presenta un grado molto basso di invasività.*

13. limiti dell'applicazione della tecnica sugli embrioni di cui all'articolo 14 della legge 40/2004 di seguito descritti:

articolo 14 (limiti dell'applicazione delle tecniche sugli embrioni)

1. *è vietata la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.*
2. *le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'articolo 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre.*
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.*
4. *ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita e' vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.*
5. *i soggetti di cui all'articolo 5 sono informati sul numero e, su loro richiesta, sullo stato di salute degli embrioni prodotti da trasferire nell'utero.*
6. *la violazione di uno dei divieti e degli obblighi di cui ai commi precedenti e' punita con la reclusione fino a tre anni e con la multa da 50.000 a 150.000 euro.*
7. *e' disposta la sospensione fino ad un anno dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno dei reati di cui al presente articolo.*
8. *e' consentita la crioconservazione dei gameti maschile e femminile, previo consenso informato e scritto.*
9. *la violazione delle disposizioni di cui al comma 8 e' punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 euro.*

14. possibilità di crioconservazione a proprie spese dei gameti maschili e femminili:

Vedi informativa da ritirare in segreteria

15. costi economici dell'intera procedura:

Vedi informativa da ritirare in segreteria

Inoltre siamo stati informati, in modo chiaro ed esaustivo, anche in merito ai seguenti punti:

- Anche se i parametri del monitoraggio sono normali esiste il rischio che il prelievo ovocitario esiti in un mancato recupero di ovociti o nel recupero di soli ovociti immaturi o anomali non utilizzabili per la inseminazione.
- Anche se i parametri ormonali e biologici riguardanti il gamete maschile ed il gamete femminile risultassero ottimali non può essere garantita né la fecondazione degli ovociti inseminati né la divisione degli ovociti fecondati.
- Qualora vengano osservate delle anomalie negli ovociti prelevati o negli embrioni ottenuti non si procederà al loro utilizzo.
- Sebbene molto raramente, si possono reperire più embrioni di quelli trasferiti. Ciò è da attribuire a gravidanza/e spontanea/e in concomitanza a quella/e indotta/e in conseguenza dell'ovulazione multipla.
- Qualora la risposta alla stimolazione ovarica dovesse essere ritenuta in qualche modo inadeguata il ciclo potrà essere sospeso in ogni momento dal Responsabile del Centro; in tal caso non ci sarà il ricovero della paziente ed il costo dei monitoraggi ecografici ed ematici effettuati sino a quel momento sarà a spese della paziente (questo evento si è verificato finora con una percentuale del 2-3%).

Sentenza della Corte Costituzionale n.151/2009

La legge 40/2004 permetteva la fecondazione di massimo tre ovociti e, in caso di ottenimento di tre embrioni, obbligava l'impianto di tutti e tre gli embrioni in un unico trasferimento, svantaggiando così sia le pazienti giovani (con rischio di gravidanza trigemina), sia le pazienti in età avanzata (con lo scarto di ovociti preziosi) ed inducendo inoltre il medico a trattare tutte le coppie nello stesso modo, senza tenere conto della unicità della singola coppia infertile.

La sentenza della Corte ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 14 della legge 40/2004, comma 2 e comma 3, cioè la parte che prevede "un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre" (comma 2) e la parte che non prevede che il trasferimento degli embrioni debba essere effettuato senza pregiudizio della salute della donna (comma 3), riaffermando così l'autonomia del medico che, con il consenso della paziente, opera le necessarie scelte professionali nel rispetto della salute della donna.

Dopo la sentenza della Corte quindi gli ovociti fecondabili non sono solo tre, ma tutti quelli utili per ottenere un numero di embrioni necessari per un serio tentativo di concepimento, permettendo anche il congelamento degli embrioni in sovrannumero ed abbassando così il rischio di gravidanza trigemina, con pregiudizio per la salute della donna.

In base all'età della donna, ai nostri risultati e a quelli della letteratura, al fine di ridurre drasticamente la gravidanza trigemina, noi consigliamo:

- **2 embrioni fino a 37 anni.**
 - Accettiamo la suddetta proposta
 - Non accettiamo la suddetta proposta e richiediamo invece il trasferimento di 1 embrione.
- **2 embrioni da 38 a 40 anni.**
 - Accettiamo la suddetta proposta
 - Non accettiamo la suddetta proposta e richiediamo invece il trasferimento di 3 embrioni.
 - Non accettiamo la suddetta proposta e richiediamo invece il trasferimento di 1 embrione.
- **3 embrioni da 41 anni in su.**
 - Accettiamo la suddetta proposta
 - Non accettiamo la suddetta proposta e richiediamo invece il trasferimento di un numero **inferiore** di embrioni e precisamente di n° _____ embrioni.

Quanto sopra considerato, si esprime **consapevolmente** la propria volontà di accedere alla tecnica di procreazione medicalmente assistita proposta che verrà applicata non prima di sette giorni dal rilascio della presente dichiarazione.

Le spiegazioni sono state esaurienti ed abbiamo potuto fare domande alle quali è stato risposto in modo esauriente.

Autorizziamo per finalità di ricerca (che non comporti la fecondazione) l'utilizzo di ovociti/spermatozoi soprannumerari non utilizzati nel corso del trattamento ed i dati scientifici che ne derivano. Consentiamo al trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante il Codice in materia di protezione dei dati personali. Ci impegniamo infine a comunicare al Centro i dati relativi al parto o all'aborto in caso di gravidanza.

Rivolto esclusivamente ai maschi che hanno il seme congelato

Autorizzo l'utilizzo del materiale seminale congelato in caso di necessità.
Firma

Firma del medico _____

Questo consenso ci è stato consegnato il giorno

Riconsegniamo questo consenso il giorno

Firma (partner femminile)

Firma (partner maschile)

Firma congiunta del medico che accetta il consenso

Abbiamo letto il consenso per la crioconservazione degli ovociti/embrioni e lo abbiamo consegnato firmato in quanto siamo interessati.

Abbiamo letto il consenso per la crioconservazione degli ovociti/embrioni e **NON** siamo interessati.

Il medico che ha effettuato il 1° colloquio _____

Il medico che ha effettuato il 2° colloquio _____

Il medico che ha effettuato il 3° colloquio _____

Verifica dell'esatta compilazione del consenso

Il medico responsabile
Dr. Pasquale Totaro

Allegato 1

ANNO	ETA' PAZIENTI	CICLI INIZIATI	CICLI SOSPESI	CICLI REALI	NUMERO GRAVIDANZE	TIPO GRAVIDANZE
2007	<= 34	308	5	303	75	63s 8bi 4tr
"	35-39	306	6	300	45	36s 9bi
"	40-42	112	4	108	9	9s
"	=>43	48	2	46	2	2s
TOTALE		774	17	757	131	110s 17bi 4tr

Su 131 gravidanze 101 parti - 28 aborti - 2 gravidanze extrauterine
 Su 101 parti 80 tagli cesarei - 21 parti spontanei
 Su 101 parti 119 nati vivi (85 da singole - 28 da bigemine - 6 da trigemine) (59 M - 60 F)

ANNO	ETA' PAZIENTI	CICLI INIZIATI	CICLI SOSPESI	CICLI REALI	NUMERO GRAVIDANZE	TIPO GRAVIDANZE
2008	<= 34	328	8	320	71	50s 14bi 7tr
"	35-39	287	8	279	44	30s 14bi
"	40-42	118	5	113	9	9s
"	=>43	33	2	31	0	0
TOTALE		766	23	743	124	89s 28bi 7tr

Su 124 gravidanze 93 parti - 30 aborti - 1 gravidanza extrauterina
 Su 93 parti 79 tagli cesarei - 14 parti spontanei
 Su 93 parti 122 nati vivi (68 da singole - 42 da bigemine - 12 da trigemine) (51 M - 71 F)

ANNO	ETA' PAZIENTI	CICLI INIZIATI	CICLI SOSPESI	CICLI REALI	NUMERO GRAVIDANZE	TIPO GRAVIDANZE
2009	<= 34	304	7	297	79	56s 17bi 6tr
"	35-39	287	7	280	57	43s 11bi 3tr
"	40-42	151	8	143	10	9s 1bi
"	=>43	38	3	35	1	1s
TOTALE		780	25	755	147	109s 29bi 9tr

Su 147 gravidanze 121 parti - 24 aborti - 2 gravidanze extrauterine
 Su 121 parti 98 tagli cesarei - 23 parti spontanei
 Su 121 parti 164 nati vivi (85 da singole - 58 da bigemine - 21 da trigemine) (67 M - 97 F)

ANNO	ETA' PAZIENTI	CICLI INIZIATI	CICLI SOSPESI	CICLI REALI	NUMERO GRAVIDANZE	TIPO GRAVIDANZE
2010	<= 34	259	7	252	73	47s 21bi 5tr
"	35-39	319	8	311	72	53s 16bi 3tr
"	40-42	158	7	151	16	15s 1bi
"	=>43	67	6	61	1	1s
TOTALE		803	28	775	162	116s 38bi 8tr

Su 162 gravidanze 133 parti - 24 aborti - 5 gravidanze extrauterine
 Su 133 parti 109 tagli cesarei - 24 parti spontanei
 Su 133 parti 178 nati vivi (90 da singole - 67 da bigemine - 21 da trigemine) (83 M - 95 F)

ANNO 2011

ETA' PAZIENTI	CICLI INIZIATI	CICLI SOSPESI	CICLI REALI	EMBRYO TRANSFER	NUMERO GRAVIDANZE	% GRAVID. PER TRANSFER	TIPO GRAVIDANZE
<= 34	276	26	250	224	77	34,4%	47s 24bi 6tr
35-39	275	25	250	210	45	21,4%	34s 10bi 1tr
40-42	176	15	161	132	13	9,8%	11s 2bi
=>43	95	16	79	53	1	1,9%	1s
TOTALE	822	82	740	619	136	22,0%	93s 36bi 7tr

Su 136 gravidanze 113 parti - 21 aborti - 2 gravidanze extrauterine
 Su 113 parti 86 tagli cesarei - 27 parti spontanei
 Su 113 parti 148 nati vivi (81 da singole - 52 da bigemine - 15 da trigemine) (82 M - 66 F)

ANNO 2012

ETA' PAZIENTI	CICLI INIZIATI	CICLI SOSPESI	CICLI REALI	EMBRYO TRANSFER	NUMERO GRAVIDANZE	% GRAVID. PER TRANSFER	TIPO GRAVIDANZE
<= 34	240	10	230	206	68	33,0%	45s 18bi 4tr
35-39	266	19	247	205	45	22,0%	37s 7bi 2tr
40-42	133	7	126	109	13	11,9%	13s
=>43	74	14	60	44	2	4,5%	2s
TOTALE	713	50	663	564	128	22,7%	97s 25bi 6tr

Su 128 gravidanze 99 parti - 26 aborti - 3 gravidanze extrauterine
 Su 99 parti 71 tagli cesarei - 28 parti spontanei
 Su 99 parti 125 nati vivi (73 da singole - 46 da bigemine - 6 da trigemine) (56 M - 69 F)

ANNO 2013

CICLI FRESCHI	ETA' PAZIENTI	CICLI INIZIATI	CICLI SOSPESI	CICLI REALI	EMBRYO TRANSFER	NUMERO GRAVIDANZE	% GRAVID. PER TRANSFER	TIPO GRAVIDANZE
	<= 34	147	12	135	121	55	45,5%	33s 20bi 2tr
	35-39	146	13	133	108	34	31,5%	27s 6bi 1tr
	40-42	85	9	76	61	7	11,5%	6s 1bi
	=>43	49	10	39	20	0	0,0%	
TOTALE CICLI FRESCHI		427	44	383	310	96	31,0 %	
scongela mento	embrioni	8	0	8	7	1	14,3 %	1s
	ovociti	15	0	15	12	3	25,0 %	2s 1bi
TOTALE (freschi + scongelati)		450	44	406	329	100	30,4 %	69s 28bi 3tr

Su 100 gravidanze 85 parti - 15 aborti - 0 gravidanze extrauterine
 Su 85 parti 55 tagli cesarei - 30 parti spontanei
 Su 85 parti 109 nati vivi (62 da singole - 41 da bigemine - 6 da trigemine) (38 M - 71 F)

ANNO 2014

CICLI FRESCHI	ETA' PAZIENTI	CICLI INIZIATI	CICLI SOSPESI	CICLI REALI	EMBRYO TRANSFER	NUMERO GRAVIDANZE	% GRAVID. PER TRANSFER	TIPO GRAVIDANZE
	<= 34	109	6	103	98	32	32,7%	22s 10bi
	35-39	141	12	129	113	46	40,7%	38s 7bi 1tr
	40-42	89	16	73	63	10	15,9%	10s
	=>43	54	6	48	32	3	9,4%	3s
TOTALE CICLI FRESCHI		393	40	353	306	91	29,7 %	
scongela mento	embrioni	23	0	23	21	7	33,3 %	4s 3bi
	ovociti	23	0	23	22	8	36,4 %	8s
TOTALE (freschi + scongelati)		439	40	399	349	106	30,4 %	85s 20bi 1tr

Su 106 gravidanze 84 parti - 21 aborti - 1 gravidanza extrauterina
 Su 84 parti 59 tagli cesarei - 25 parti spontanei
 Su 84 parti 104 nati vivi (65 da singole - 36 da bigemine - 3 da trigemine) (51 M - 53 F)

Legenda: s = singola M = maschi
 bi = bigemina F = femmine
 tr = trigemina