



DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Direttore Prof. Riccardo Lubrano

GUIDA AI SERVIZI U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Direttore Dott. Francesco Antonino Battaglia



Coordinamento Guida ai Servizi Dott.ssa Annalisa Sebastianelli

Con la collaborazione della UOC Comunicazione e il contributo di tutto lo Staff della UOS di Fisiopatologia della Riproduzione e PMA e dei dirigenti medici della UOC coinvolti al fine di fornirVi le informazioni necessarie relative ai Servizi offerti

Rev-02 del 27/09/2021

INDICE

- 1. Responsabili e Personale Medico (Staff)
- 2. Presentazione della UOC Ostetricia e Ginecologia
- 3. Modalità di accesso
- 4. Orari ed attività di Reparto
- 5. La dimissione
- 6. Come contattarci
- 7. Elenco Servizi:
- **Sezione 1**: UOS Fisiopatologia della Riproduzione e PMA
- **Sezione 2**: Ambulatorio Tutela della Salute e della Donna Nell'Età Infantile nell'adolescenza
- **Sezione 3**: Screening e Diagnosi Prenatale
- Sezione 4: Ambulatorio Endometriosi-Adenomiosi e Dolore Pelvico
- **Sezione 5:** UAP Applicazione Legge 194/78

1

1-STAFF

Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia

Dott. Francesco Antonino Battaglia

Dirigenti Medici

Dott. Ianiri Palmiero

Dott. Costantino Antonino

Dott.ssa Di Troia Luciana

Dott. Frieri Angelo

Dott.ssa Lambiasi Antonella

Dott.ssa Lazzari Paola

Dott.ssa Marcucci Immacolata

Dott.ssa Pacini Nicolina

Dott.ssa Pallante Debora

Dott.ssa Pane Cristina

Dott.ssa Perugini Angela

Dott.ssa Quattrociocchi Angela

Dott. Rossitto Vittorino

Dott. Salacone Pietro

Dirigenti Biologi

Dott.ssa Caponecchia Luisa

Dott.ssa Sebastianelli Annalisa

Personale Infermieristico/Ostetrico

Sig. Carosi Simona (*Coordinatrice Infermiere*)

Sig. Pistilli Sabrina (Coordinatrice Ostetriche)

22 Ostetriche e 14 Infermiere

1 tecnico di laboratorio Biomedico

2-PRESENTAZIONE

La UOC di Ostetricia e Ginecologia-DEA II livello (DCA U00247/2014) opera nel contesto dell'Ospedale Santa M. Goretti della ASL di Latina. La visione strategica della UOC è orientata a garantire, lo stesso elevato livello di salute per tutti i bambini, gli adolescenti e le donne della Regione Lazio, direttamente o indirettamente svolgendo il ruolo di hub di II livello per la rete perinatale del Lazio, che comprende 3 punti nascite consultori e poliambulatori. La UOC ha un volume di 1500 parti/l'anno, è dotato di tutti i servizi h24 per l'emergenza e urgenza, dispone di 2 sale operatorie collocate nello stesso ambiente della sala parto operative h24, personale medico e risorse strumentali adeguate per l'assistenza a neonati di età gestazionale >34 settimane. La struttura assicura l'erogazione di prestazioni diagnostiche a tutti i cittadini della provincia di Latina, della regione Lazio ed extraregionali, compresi i cittadini stranieri. Oltre ad attività clinica, viene svolta attività didattica agli studenti di medicina, ai medici in formazione specialistica, e attività di ricerca. La Mission della UOC è impegno nella salvaguardia della salute della donna e del nascituro e assicura:

- ✓ Il trattamento in regime di degenza ordinaria ai pazienti affetti da malattie acute mediche/chirurgiche;
- ✓ Il trattamento in regime di day hospital/day surgery;
- ✓ Attività e prestazioni specialistiche ambulatoriali; con l'obiettivo di ripristinare e mantenere lo stato di salute e benessere, migliorare l'aspettativa di vita, minimizzare gli esiti invalidanti.

L'<u>attività dell'UOC</u> si distingue in diverse Sezioni:

- Diagnostica Ecografica
- Diagnostica Isteroscopica
- Diagnostica Prenatale
- Chirurgia Mini invasiva
- Percorso nascita
- Fisiopatologia della Riproduzione

Elenco processi

1.assistenza sanitaria:

- ✓ Ricovero
- √ day hospital e day surgery
- ✓ ambulatorio
- ✓ 2. didattica

Presso i reparti e i servizi della UOC vengono effettuate le attività didattiche guidate dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, del Corso di Laurea Triennale in Ostetricia, Corso in Tecnici di laboratorio Biomedico, del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche e del Master biennale in Management Infermieristico per le funzioni di Coordinamento dell'Università "la Sapienza di Roma" Polo Pontino.

3.Ricerca

Nell'ambito della Clinica Ginecologica e Ostetricia si seguono le seguenti linee di ricerca: Oncologia ginecologica, Endoscopia ginecologia, Fecondazione Assistita, Diagnosi Prenatale, Menopausa, Infezioni in gravidanza, Ginecologia dell'età adolescenziale e dell'età pre-pubere, Endometriosi.

Le **principali patologie trattate** sono le seguenti:

- Tumori dell'apparato genitale femminile
- Endometriosi pelvica
- Patologia uterina ed annessiale benigna
- Gravidanze a rischio
- Sterilità di coppia (uomo e donna)

Le maggiori procedure effettuate sono:

- Chirurgia pelvica per via vaginale, laparotomica e laparoscopica
- Isteroscopia diagnostica e operativa, laparoscopia diagnostica e operativa
- Studio urodinamico, ecografia pelvica addominale e transvaginale
- Assistenza al parto, assistenza gravidanza a rischio
- Procedure di Procreazione Medicalmente Assistita (eseguite nella UOS di Fisiopatologia della Riproduzione e PMA)

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Visite ginecologiche: prima visita di controllo, consulenze, post degenza, oncologia ginecologica, urologia ginecologica, fisiopatologia della riproduzione (eseguite nella UOS Fisiopatologia della Riproduzione e PMA)

Visite ostetriche: prima visita, di controllo, consulenze, post degenza, gravidanza a rischio, gravidanza a termine, riabilitazione perineale in gravidanza e puerperio

Visite anestesiologiche per pazienti ginecologiche, visite anestesiologiche per pazienti ostetriche

Consulenze presso altri reparti

Visite andrologiche

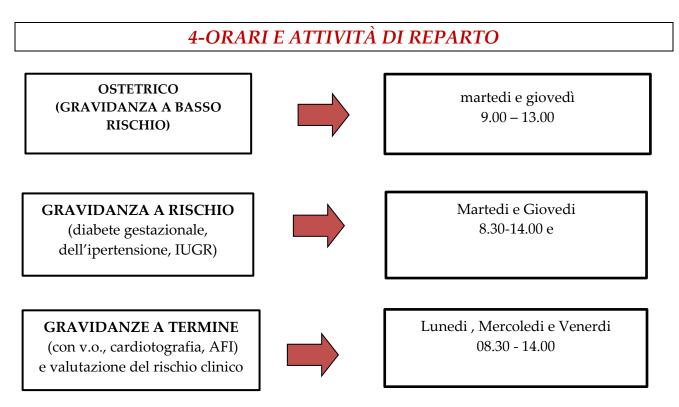
Esami strumentali e/o invasivi e piccoli interventi:

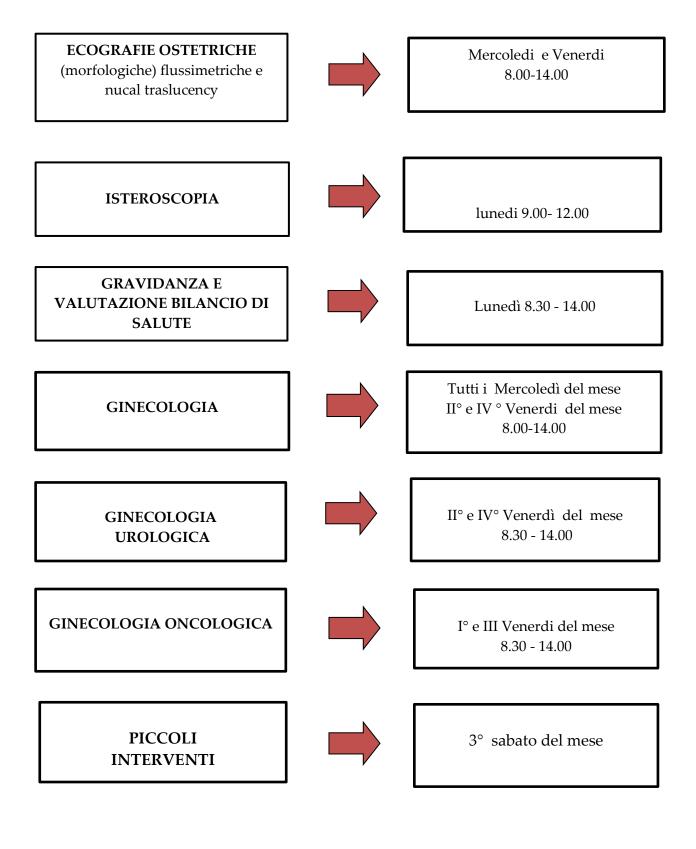
- Colposcopia, citologia cervico vaginale (pap test) citologia endometriale,
- Biopsia endometriale, biopsia portio sotto guida colposcopica, biopsia parete vaginale, biopsie vulvare, asportazione di condilomi vulvari, anali e perianali, prelievo per microbiologia (tampone vaginale, cervicale, anale)
- Isteroscopia diagnostica ed operativa (polipectomia endometriale), polipectomia del canale cervicale
- Prove urodinamiche (cistomanometria, uroflussometria, profilo pressorio uretrale), cistoscopia

Esami di diagnostica seminologica e banca del seme

3-MODALITÀ DI ACCESSO

Il Reparto è situato al 3° piano dell'Ospedale Santa Maria Goretti di Latina, via Guido Reni s.n.c.. Le pazienti in urgenza è ricoverata tramite Pronto Soccorso. Per i ricoveri ordinari gli accessi sono regolamentati attraverso la gestione di una lista di attesa secondo le disposizioni di legge e previa visita specialistica ambulatoriale.





5-LA DIMISSIONE

La dimissione avviene di norma la mattina dopo la visita di tutti i giorni, compresi i festivi. All'atto della dimissione la paziente verrà informata dettagliatamente circa le cure da seguire e le sarà rilasciato un documento riassuntivo relativo al ricovero. I medici del reparto sono a disposizione per informazioni e colloqui tutti i giorni al termine della visita

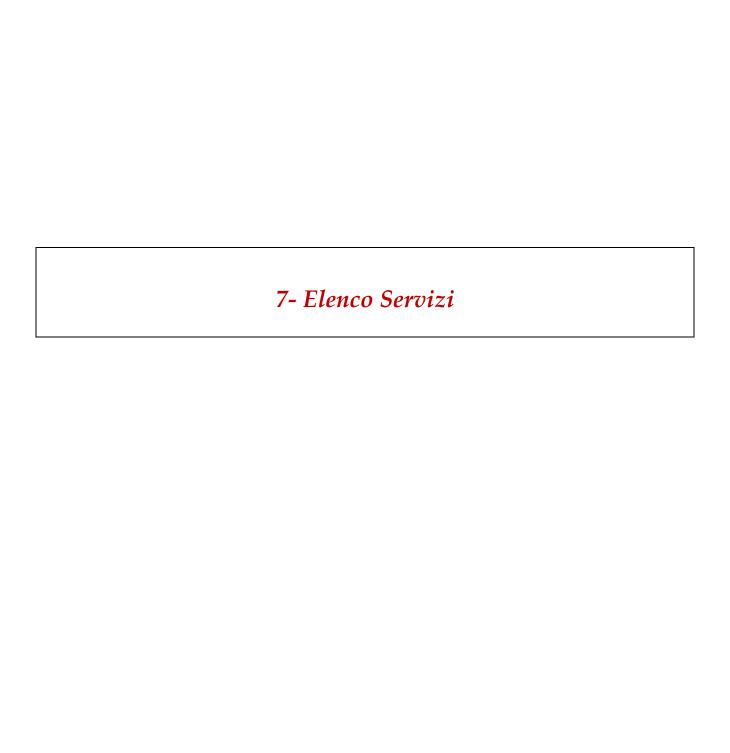
6-COME CONTATTARCI

Centralino Ospedale S. M. Goretti: 07736551;

CUP Regione Lazio: 069939;

Segreteria del Reparto UOC: 0773-655 3872

Caposala Infermieri : 0773-6553871 Caposala Ostetrica : 0773-6553784



Sezione 1

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Direttore Dott. Francesco Antonino Battaglia

U.O.S. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE E PMA

Responsabile Dott. Pietro Salacone



Staff

Dirigenti Medici

Dott. Pietro Salacone (andrologo)

Dott.ssa Immacolata Marcucci (ginecologa)

Dott.ssa Nicolina Pacini (ginecologa)

Dott.ssa Paola Lazzari ginecologa)

Dirigenti Biologi

Dott.ssa Annalisa Sebastianelli – Procreazione Medicalmente Assistita Dott.ssa Luisa Caponecchia- Banca seme e seminologia

Tecnici di Laboratorio Biomedico

Dott.ssa Cristina Fiori Dott.ssa Roberta Sacchetto (in condivisione con UOC Patologia Clinica PO Nord)

Personale Infermieristico

Sig.ra Marina Arduini (Collaboratrice Caposala) Sig.ra Stefania Bauco Sig.ra Fausta Pagani

Destinatari: Medici e Personale Sanitario dell' ASL Latina, Medici di Medicina Generale, Specialisti Ambulatoriali, Pazienti con problematiche di infertilità di coppia e preservazione della fertilità.

Rev-05 del 22/09/2021

PREMESSA: INFERTILITA' DI COPPIA

L'ultimo rapporto ISTAT sullo stato demografico sottolinea, nel nostro Paese, un preoccupante trend negativo della natalità, con un progressivo declino della fertilità comune a molti altri paesi industrializzati. Gli studi scientifici evidenziano come possibili cause e/o fattori di rischio, oltre alle problematiche sociologiche, anche mancate o tardive diagnosi, modificazioni ambientali, stili di vita, inquinamento e malattie sessualmente trasmissibili. L'infertilità è definita, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), come l'incapacità di concepire dopo almeno 12 mesi di rapporti sessuali regolari e non protetti; la sterilità, invece, è una condizione fisica permanente, propria di uno o di entrambi i partner, che rende impossibile ottenere una gravidanza. L'infertilità o la sterilità sono sempre espressione di uno stato che riguarda la coppia e non il singolo individuo, per questo devono essere analizzate con una visione unitaria del problema. Sempre secondo l'OMS, circa il 15-20% delle coppie in età fertile è affetto da infertilità ed è fondamentale che si comprendano i fenomeni fisiopatologici che sottendono alla stessa con una corretta gestione clinico-diagnostica dell'uomo e della donna. Il Registro Nazionale di PMA dell'Istituto Superiore di Sanità conferma l'origine multifattoriale dell'infertilità di coppia indicando come il fattore maschile ne sia responsabile per circa il 32%, quello femminile per il 35%, quello misto per il 17,6% e nel restante 15% delle coppie l'eziologia rimane sconosciuta. L'orientamento diagnostico di una coppia infertile deve iniziare con un'anamnesi completa e un esame obiettivo accurato, al quale possono seguire specifici ed appropriati esami strumentali e laboratoristici. Qualora si accerti un ostacolo riproduttivo in uno dei due membri o in entrambi i membri della coppia e, non sussistano altre soluzioni terapeutiche alla risoluzione del problema, si può ricorrere alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). La PMA, sebbene si avvalga di strumentazione complessa e sofisticata, ha una percentuale di successo che varia tra il 10% ed il 40%, in relazione alla tecnica utilizzata ed inversamente proporzionale all'età della donna. Il ricorso a tali procedure dovrebbe essere graduale e favorire l'utilizzo di metodiche meno invasive. Presso il nostro Centro è presente un team multidisciplinare composto da andrologi, ginecologi e biologi, altamente specializzato con esperienza pluriennale nel campo della Medicina della Riproduzione. I professionisti coinvolti condividono i criteri di appropriatezza, gradualità e ragionamento clinico per garantire alle coppie infertili il miglior percorso diagnostico terapeutico da seguire.

COME RAGGIUNGERE IL CENTRO

La sede del Centro è situata al piano terra dell'Ospedale Santa Maria Goretti di Latina, via Guido Reni s.n.c. La struttura è dotata di un accesso autonomo e consta di: una sala di attesa/accoglienza, tre ambulatori per attività cliniche e di diagnostica strumentale; laboratori di seminologia ed embriologia, una criobanca per la crioconservazione di gameti ed embrioni, un ambulatorio chirurgico e una sala osservazione pazienti secondo le modalità previste dal *D.L* 40/2004.

COME CONTATTARCI

Centralino Ospedale S. M. Goretti: 07736551; CUP Regione Lazio: 069939; Segreteria della UOS: 07736553743; Laboratori: 07736553799

La segreteria della UOS è aperta al pubblico dalle 8.30 alle 14.00 dal lunedì al venerdì per informazioni relative all'accesso al Centro, appuntamenti successivi alla 1° visita e ritiro referti (nei giorni ed orari stabiliti). Telefonicamente dalle 12.00 alle 13.00 per informazioni e prenotazioni visite successive.

LE ATTIVITA'

Presso il Centro sono attivi quotidianamente ambulatori specialistici ginecologici ed endocrinologici/andrologici. E' possibile effettuare visite ginecologiche per infertilità di coppia, valutazione ecografica della riserva ovarica, della morfologia della cavità uterina e pervietà tubarica mediante sonoisterosalpingografia e monitoraggi ecografici dell'ovulazione. L'ambulatorio endocrinologico/andrologico effettua visite per infertilità di coppia, disfunzioni sessuali e problematiche endocrinologiche.

Nel Centro è attivo un laboratorio specialistico di seminologia per l'esecuzione dello spermiogramma che costituisce l'indagine di laboratorio di primo livello per definire la potenzialità fecondante del partner maschile di una coppia. E' inoltre possibile effettuare test di selezione degli spermatozoi, test per la ricerca di anticorpi antispermatozoo, test di vitalità all'eosina, ricerca spermatozoi nelle urine, crioconservazione del seme.

Il Centro è regolarmente iscritto al Registro Nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di PMA presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dal 2005 con n° 120041. Si occupa delle problematiche inerenti la sessualità maschile e femminile nei suoi vari aspetti e della infertilità di coppia attraverso attività specialistiche ambulatoriali, laboratoristiche e di diagnostica strumentale fino all'esecuzione di tecniche di PMA di I

livello "Inseminazione Intrauterina" (IUI) e di II livello "Fecondazione in Vitro e Embryo-Transfer" (FIVET) e "Iniezione Intracitoplasmatica dello spermatozoo" (ICSI) .

La IUI è una tecnica che consiste nel trasferire il seme del partner, opportunatamente trattato, all'interno della cavità uterina, nel periodo periovulatorio individuato mediante monitoraggio ecografico follicolare; ciò può essere effettuato con o senza stimolazione ormonale farmacologica dell'ovulazione.

La FIVET prevede: induzione farmacologica multipla dell'ovulazione, prelievo ovocitario eco guidato in sedazione (pick-up), coltura degli spermatozoi capacitati con gli ovociti (complesso cumulo-ovocita) e successiva incubazione per 2-5 gg, transfer sotto guida ecografica degli embrioni evolutivi in utero. La **ICSI** è simile alla FIVET per preparazione della donna (stimolazione, monitoraggi, prelievi ormonali), pick up e transfer, differisce perché l'operatore microinietta lo spermatozoo direttamente nell'ovocita precedentemente decumulato; questo comporta anche una valutazione della morfologia e maturazione ovocitaria prima della ICSI. Gli ovociti maturi (con stadio MII dopo la decumulazione) e con morfologia idonea, rimasti inutilizzati dopo ICSI/FIVET possono essere congelati .

Presso il Centro, è attiva dal 2005 una Banca del seme per la preservazione della fertilità maschile. La crioconservazione del seme rappresenta uno strumento standardizzato ed efficace per i pazienti che si devono sottoporre a trattamenti chirurgici, antiblastici e radioterapici che possono danneggiare irreversibilmente la spermatogenesi compromettendone la paternità futura. E', inoltre, indicata per i pazienti affetti da patologie che necessitano di interventi chirurgici all'apparato urogenitale e per coloro che mostrano un severo e progressivo peggioramento dei parametri seminali nell'attesa di intraprendere un trattamento di PMA. E' prevista, inoltre, per tutti i pazienti neoplastici una visita andrologica durante il follow-up dedicato.

Dal 2015 il Centro fa parte della Breast Unit dell'Ospedale inserito nel percorso diagnostico assistenziale per il tumore al seno al fine di consentire alle donne affette da tumore mammario, ancora in età potenzialmente fertile di crioconservare i propri ovociti prima di sottoporsi a trattamenti farmacologici potenzialmente dannosi per la loro fertilità futura.

Dal 2016 l'Unità ha ottenuto l'accreditamento dalla Società Italiana di Andrologia e Medicina della Riproduzione (SIAMS) come "Centro di assistenza in Andrologia endocrinologica, Medicina della Riproduzione, Malattie rare, Andrologia chirurgica, Laboratorio di Seminologia e crioconservazione del seme"

CRITERI DI ELEGGIBILITA'

- ✓ il/la Paziente/coppie con problematiche di infertilità
- ✓ Coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, <u>in età</u> <u>potenzialmente fertile</u> (art.5 DL40 /04) desiderose di avere un figlio:
- ✓ la Paziente affetta da patologie neoplastiche che necessita di trattamenti genotossici e che vuole preservare la sua fertilità attraverso la crioconservazione dei gameti umani femminili
- ✓ Il Paziente con patologie e disfunzioni andrologiche
- ✓ Il/la Paziente con patologie e disfunzioni endocrinologiche

Per BANCA DEL SEME:

- ✓ affetti da patologie neoplastiche o autoimmuni che necessitano di trattamenti genotossici o in grado di indurre danni transitori o permanenti alla spermatogenesi
- ✓ affetti da patologie che necessitano di interventi chirurgici all'apparato uro-genitale potenzialmente in grado di compromettere la funzione eiaculatoria.
- ✓ affetti da patologie genetiche che alterano la spermatogenesi (es.S.Klinefelter)
- ✓ pazienti che mostrano un severo e progressivo peggioramento dei parametri seminali
- ✓ pazienti con lesioni del midollo spinale
- ✓ pazienti criptozoospermici
- ✓ pazienti che potrebbero essere impossibilitati alla raccolta al momento di effettuare la fecondazione assistita presso il nostro Centro

ACCESSO AI SERVIZI OFFERTI DAL CENTRO

APPUNTAMENTO PER:

1° VISITA GINECOLOGICA



COME FARE:

Telefonare al CUP Regione Lazio **069939** con impegnativa del medico curante "visita ginecologica per sterilità di coppia"

1º VISITA ANDROLOGICA



Telefonare al CUP Regione Lazio **069939** con impegnativa del medico curante "visita andrologica"

VISITA ANDROLOGICA ONCOLOGICA

Specifica per i pazienti oncologici e per il follow up di coloro che hanno crioconservato nella Banca Seme del Centro



Telefonare presso il CUP
Regione Lazio **069939** con impegnativa del
medico curante "*visita andrologica oncologica*" e codice di esenzione 048.

Telefonare al CUP Regione Lazio 069939 1° VISITA con impegnativa del medico curante **ENDOCRINOLOGICA** "visita endocrinologica" Appuntamento programmato direttamente 2° VISITA con lo specialista durante la prima visita, **GINECOLOGICA** oppure telefonare allo 07736553743 dal lunedì al venerdì 12.00-13.00 2° VISITA Appuntamento programmato direttamente **ANDROLOGICA** con lo specialista durante la prima visita. Telefonare allo 0773/6553743 2° VISITA dal lunedì al venerdì **ENDOCRINOLOGICA** 12.00-13.00 **DIAGNOSTICA STRUMENTALE** Direttamente con lo specialista **MASCHILE DIAGNOSTICA STRUMENTALE** Telefonare allo 0773/6553743 **FEMMINILE** dal lunedì al venerdì (Monitoraggio dell'ovulazione, 12.00-13.00 sonoisterosalpingografia, valutazione della riserva ovarica) Per il solo spermiogramma telefonare a

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO SEMINOLOGICO



Per il solo spermiogramma telefonare a CUP Regione Lazio 069939 con impegnativa del medico curante "liquido seminale esame morfologico" o direttamente allo 0773/6553799 dal lunedì al venerdì 12.00-13.00; per le altre analisi telefonare allo 0773/6553799 dal lunedì al venerdì 12.00-13.00

CRIOCONSERVAZIONE GAMETE MASCHILE



Telefonare direttamente in Laboratorio seminologia (carattere d'urgenza) allo 0773/6553799 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.00 con impegnativa "esame del liquido seminale e crioconservazione del seme"

CRIOCONSERVAZIONE GAMETE FEMMINILE PAZIENTE ONCOLOGICA



Telefonare direttamente al Centro per visita ginecologica (carattere d'urgenza) allo 0773/6553743 dal lunedi al venerdi dalle 9.00 alle 14.00

FUNZIONIGRAMMA

Prenotazioni, accoglienza e assistenza alle coppie



Marina Arduini, Stefania Bauco, Fausta Pagani dal lunedì al venerdì 8.30-14.00

I VISITA GINECOLOGICA/ANDROLOGICA/ENDOCRINOLOGICA

Diagnosi e terapia dell'infertilità femminile



AMBULATORIO GINECOLOGICO lunedì e giovedì 8.30-14.00 (Dott.ssa I. Marcucci, Dott.ssa N. Pacini, Dott.ssa P. Lazzari)

Diagnosi e Terapia per:

- ✓ disturbi della sfera sessuale
- ✓ infertilità maschile

Prevenzione andrologica:

- ✓ in età adolescenziale
- ✓ nell'anziano e nei soggetti a rischio (diabete, ipertensione, ipertrofia prostatica)
- ✓ per infertilità maschile
- ✓ pz.oncologici



AMBULATORIO ANDROLOGICO dal martedì al venerdì 8.30-14.00

(Dott. P. Salacone)

Diagnosi e trattamento delle malattie endocrine, metaboliche e malattie rare (S.Klinefelter, S.Kalmann)



AMBULATORIO ENDOCRINOLOGICO lunedì –mercoledì 8.30-14.00

(Dott. P. Salacone)

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI STRUMENTALI FEMMINILI

- ✓ Sono-isterografia per studio della cavità uterina
- ✓ Sono-istero-salpingografia per studio della pervietà tubarica
- ✓ Ecografia ovarica per monitoraggio follicolare
- ✓ Ecografia pelvica per studio della riserva ovarica
- ✓ Ecografia pelvica per studio generale dell'apparato riproduttivo



AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA ECOGRAFICA FEMMINILE

dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.00 (Dott.ssa I. Marcucci, Dott.ssa P.Lazzari)

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI STRUMENTALI MASCHILI

Ecografia testicolare e Ecocolor doppler dei vasi spermatici



AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA ECOGRAFICA MACHILE

lunedì –giovedì 8.30-14.00 (Dott. I.Marcucci)

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI MASCHILI

- ✓ Esame standard del liquido seminale (WHO 2010)
- ✓ Test di vitalità all'eosina
- ✓ Ricerca anticorpi antispermatozoo adesi
- ✓ Ricerca anticorpi antispermatozoo liberi
- ✓ Test di Selezione nemaspermica
- ✓ Ricerca spermatozoi nelle urine
- ✓ Crioconservazione del liquido seminale



LABORATORIO DI SEMINOLOGIA E BANCA del SEME dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.00

Dott.ssa L. Caponecchia, Dott.ssa A. Sebastianelli, Dott.ssa C. Fiori, Dott.ssa R. Sacchetto

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

- ✓ Counselling della coppia
- ✓ Induzione dell'ovulazione
- ✓ Monitoraggio follicolare
- ✓ *IUI* (*Inseminazione intrauterina*)



PMA I LIVELLO

dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.00

Dott. P. Salacone, Dott.ssa I. Marcucci, Dott. P.Lazzari

✓ Agoaspirato testicolare



dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 13.00

Dott. P. Salacone, biologi e personale infermieristico

- ✓ Counselling della coppia
- ✓ Induzione dell'ovulazione
- ✓ Monitoraggio follicolare
- ✓ Pick up ovocitario
- ✓ Agoaspirato testicolare
- ✓ Embriotransfer ecoguidato



PMA II LIVELLO

dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.00

Dott. P. Salacone, Dott.ssa I. Marcucci, Dott. ssa P.Lazzari e personale del comparto

- ✓ *FIVET* (Fecondazione In Vitro ed Embrio transfer)
- ✓ *ICSI* (Iniezione Intracitoplasmatica dello Spermatozoo)
- ✓ *IMSI* (Iniezione Intracitoplasmatica dello Spermatozoo morfologicamente selezionato)
- ✓ Coltura gameti ed embrioni
- ✓ Crioconservazione ovociti
- ✓ Crioconservazione embrioni



LABORATORIO DI EMBRIOLOGIA

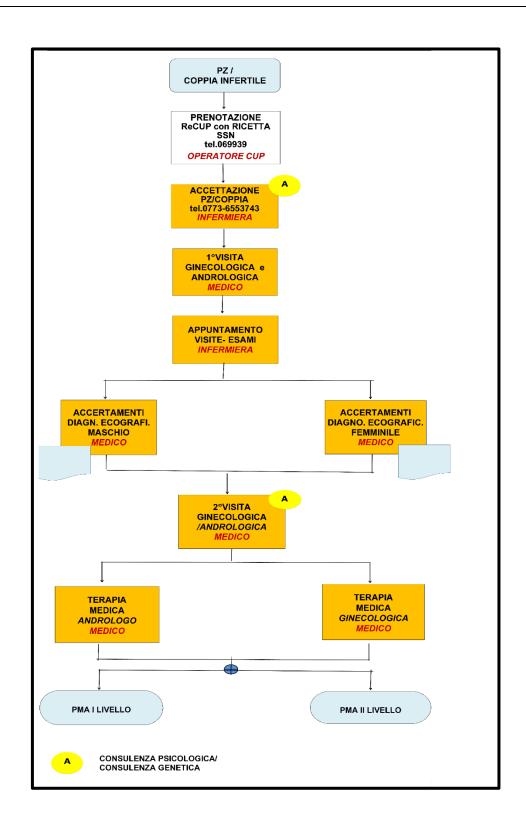
dal lunedì al venerdì dalle 8.30 a fine lavori

Dott.ssa A. Sebastianelli, Dott.ssa L. Caponecchia, Dott.ssa C. Fiori, Dott.ssa R. Sacchetto

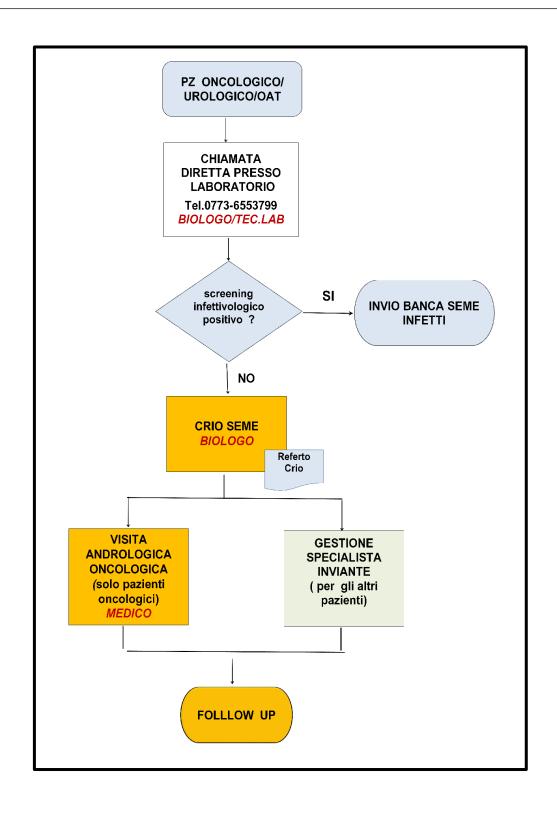
BIBLIOGRAFIA

*D.Lgs n.*40 19/02/04 *G.U n.*45 *del* 24/02/04: Norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita *WHO Laboratory* Manual for the Examination and processing of human Semen. 6th Edition. WHO Press, 2021

FLOW-CHART DEL PERCORSO PMA



FLOW-CHART DEL PERCORSO PRESERVAZIONE FERTILITA' MASCHILE - BANCA del SEME-



TARIFFARIO PER PRESTAZIONI DI LABORATORIO E DIAGNOSTICA STRUMENTALE

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	CUR	N. PRESTAZ IONI	EURO (*)		
Liquido seminale esame morfologico (spermiogramma)	90.31.4	1	5,12		
Ricerca anticorpi antispermatozoi adesi (IgG e IgA)	90.54.1_3	2	7,76 x 2		
Ricerca anticorpi antispermatozoi liberi liquido seminale (IgG e IgA)	90.54.2_2	2	8,53 x 2		
Ricerca anticorpi antispermatozoi liberi siero di sangue (IgG e IgA)	90.54.2_3	2	8,53 x 2		
Ricerca anticorpi antispermatozoi liberi siero di sangue (IgG e IgA) nella donna	90.54.2_3	2	8,53 x 2		
Capacitazione del materiale seminale	69.92.1	1	15,48		
Crioconservazione del liquido seminale (crioconservazione in azoto liquido di cellule e tessuti)	91.36.3	1	39,93		
Sonoisterosalpingografia (insufflazione tube sotto guida ecografica)	66.8_2	2	26,04 x 2		
Ecografia ovarica per monitoraggio ovulatorio	88.78.1	1	22,98		
Ecografia transvaginale	88.79.7	1	43,38		
Ecografia testicolare	88.79.6	1	43,38		
Ecocolor doppler dei vasi spermatici	88.77.2	1	43,38		
TARIFFARIO DER DRECTAZIONI					

TARIFFARIO PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	CUR	N. PRESTA ZIONI	EURO (*)
Visita Ginecologica per sterilità (primo accesso)	89.26_2	1	20,66
Visita Ginecologica (accesso successivo)	89.01_23	1	12,91
Visita Andrologica (primo accesso)	89.26_4	1	20,66
Visita Andrologica (accesso successivo)	89.26_4	1	20,66
Visita Endocrinologica (primo accesso)	89.7_18	1	20,66
Visita Endocrinologica (accesso successivo)	89.01_18	1	12,91

^{*} n.b.: ticket stabilito nel tariffario del SSN, privo di eventuali costi aggiuntivi secondo disposizioni regionali

TARIFFARIO PER PRESTAZIONI PMA DI I LIVELLO

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	CUR	N. PRESTA ZIONI	EURO (*)
Liquido seminale esame morfologico			
(spermiogramma)	90.31.4	1	5,12
Capacitazione del materiale seminale	69.92.1	1	15,48
Inseminazione Intrauterina (non comprensiva dei			
monitaraggi ecografici)	69.92	1	46,15
Visita Ginecologica per sterilità (accesso successivo)	89.01_23	1	12,91
Ecografia ovarica per monitoraggio ovulatorio (il			
numero dei monitoraggi varia in base alla risposta			
ovarica individuale)	88.78.1	1	22,98

TARIFFARIO PER PRESTAZIONI PMA DI II LIVELLO

(DA DEFINIRE)

* n.b.: ticket stabilito nel tariffario del SSN, privo di eventuali costi aggiuntivi secondo disposizioni regionali

Sezione 2

AMBULATORIO TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA NELL'ETA' INFANTILE E NELL'ADOLESCENZA



STAFF

Dirigenti Medici

Dott.ssa C. Pane (ginecologa)

Dott.ssa P. Lazzari (ginecologa)

Dott.ssa I. Marcucci (ginecologa)

Dott.ssa D. Pallante (ginecologa)

Dott.ssa Talone (ginecologa)

Dott.ssa Maria Teresa Sanseviero (pediatra)

Personale Infermieristico/Ostetrico

Personale Infermieristico/ostetrico della UOC (a turnazione)

Destinatari: Medici e Personale Sanitario dell' ASL Latina, Medici di Medicina Generale, Specialisti Ambulatoriali , Adolescenti con problematiche ginecologiche e bambine in età pre-pubere

CONSULENZE SPECIALISTICHE

Dott.ssa L. Maietta e Dott.ssa Ghedin: problematiche psiche dell'adolescenza
Dott.ssa C. Potenza : consulenza dermatologica
Dott. Ambrogi: radiografia ossea
Dott.ssa R. Marrocco e Dott.ssa Belvisi: consulenza infettivologica
Prof. Pizzuti : consulenza genetica (in via di definizione)

Svolto da ginecologhe competenti nel settore e iscritte alla SIGIA (Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza).

PREMESSA

La visita ginecologica effettuata con uno specialista dell'infanzia e dell'adolescenza, è un'occasione importante per agire soprattutto con interventi di prevenzione e di educazione, oltre che di diagnosi e cura laddove necessario.

In età pediatrica, le motivazioni che conducono ad effettuare una visita ginecologica, possono essere di natura infettiva-infiammatoria, malformativa e /o genetica, traumatica o funzionale: aspetto anomalo dei genitali, secrezioni, pruriti, bruciori, sanguinamenti, traumi, sviluppo precoce o ritardato. A queste si può aggiungere, seppur rara in questa fascia di età, la patologia mammaria. L'intervento chirurgico è indicato in meno del 5% di tutte le pazienti. Patologia infettiva-infiammatoria e sinechie delle piccole labbra sono i più frequenti motivi di ricorso all'ambulatorio nella fascia d'età sotto i 10 anni.

Ci sono poi bambine che si sottopongono a visita ginecologica per problemi di pubertà precoce o ritardata, che richiedono un corretto inquadramento diagnostico, generalmente condotto d'intesa con gli endocrinologi, o per problemi malformativi e/o genetici che possono richiedere un approccio multispecialistico.

Per le adolescenti, invece, è frequente il ricorso al ginecologo a scopo contraccettivo, per problematiche legate al ciclo mestruale (assente, frequente, doloroso, abbondante, irregolare) cisti ovariche o per infezioni. In accordo con quanto indicato dall'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) nelle proprie linee-guida sulla salute femminile in assenza di problematiche specifiche, la prima visita dal ginecologo dovrebbe comunque avvenire tra i 13 e i 15 anni. L'adolescenza rappresenta un periodo molto delicato in cui avviene il completamento della maturazione neuro-ormonale che conduce dalla vita infantile alla vita fertile. Dal corretto sviluppo della regolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio, che governa la vita riproduttiva nella donna, deriva una normale ciclicità mestruale e fertilità fino all'età del climaterio. Per questo motivo seguire, ed eventualmente guidare, il corretto funzionamento dell'asse riproduttivo fin nei primi anni dalla comparsa del menarca all'adolescenza, è di fondamentale importanza, e permette la precoce identificazione delle patologie che più frequentemente colpiscono le ragazze in questa fase della vita.

CRITERI DI ELEGGIBILITA'

Bambine in età prepubere (da 4 a 13anni)

- Quadri patologici di sviluppo della crescita (pubertà precoce, ritardo puberale)
- Dermatiti-vulviti
- Disordini dello sviluppo sessuale (DSD),
- Malformazioni Apparato genitale (MAG) e disordini sviluppo sessuale
- Maltrattamento e abuso sessuale
- Patologie della mammella (alterato sviluppo mammario)

Adolescenti (da 13 a 21 anni)

- Alterazione ciclo mestruale (Amenorrea I e II, irregolarità mestruale, flussi abbondanti ...)
- Dismenorrea, Endometriosi, sindrome premestruale
- Infezioni a trasmissione sessuale, vulvovaginiti
- Maltrattamento e abuso sessuale
- Contraccezione
- Patologie della mammella (alterato sviluppo mammario)
- Disturbi del comportamento alimentare

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

- visita ginecologica
- ecografia pelvica / tansvaginale
- vulvoscopia/colposcopia
- visita senologica ed eco mammaria
- Rx polso mano non dominante per valutazione maturità ossea
- counselling con genetista
- visita endocrinologica
- visita dermatologica
- Colloquio psicologico
- Consulenza nutrizionista

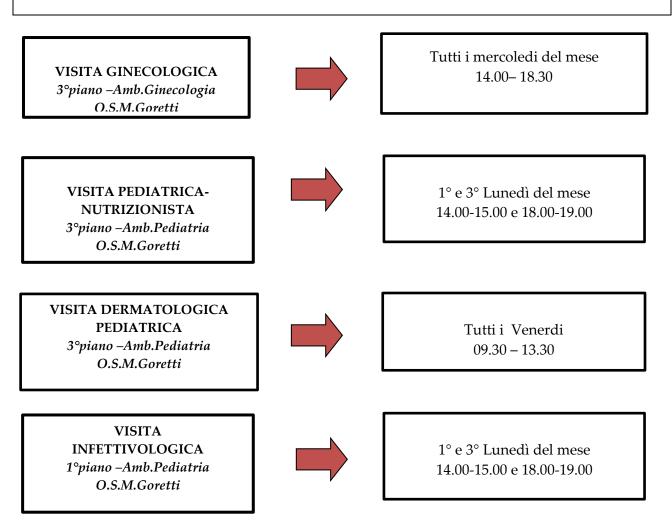
COME SI ACCEDE

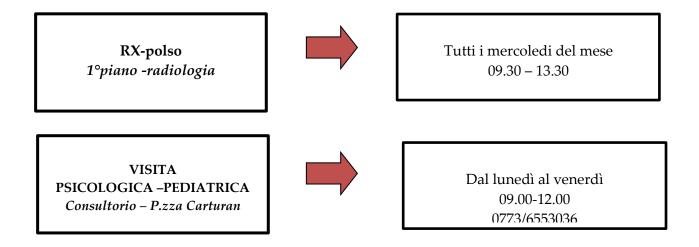
Il Servizio viene svolto al 3° piano negli ambulatori del Reparto di Ostetricia e Ginecologia DEA II Liv. Ospedale S.M.Goretti. Presidio Nord ASL Latina. Le visite ginecologiche pediatriche vengono eseguite **tutti i mercoledì del mese dalle 15.00 alle 19.00.**

Per prenotazioni tramite CUP 069939:

- Prima visita con ricetta con dizione "visita ginecologica pediatrica"
- **Visita di controllo** con ricetta con dizione "visita ginecologica pediatrica di controllo"
- **Visite per consulenza** direttamente per accesso diretto nei vari reparti con impegnativa del medico specialista
- **Per visite urgenti** contattare direttamente i medici dedicati al numero 0773-6556158 del Reparto di Ostetricia e Ginecologia.

ORARI E ATTIVITA' DEGI AMBULATORI SPECIALISTICI





BIBLIOGRAFIA

Carta Servizi ASL Latina

DDG $N^{\circ}906$ del 18/10/2018: Adozione facsimile modulistica aziendale, nomina Responsabili Interni del Trattamento, costituzione Team Aziendale privacy.

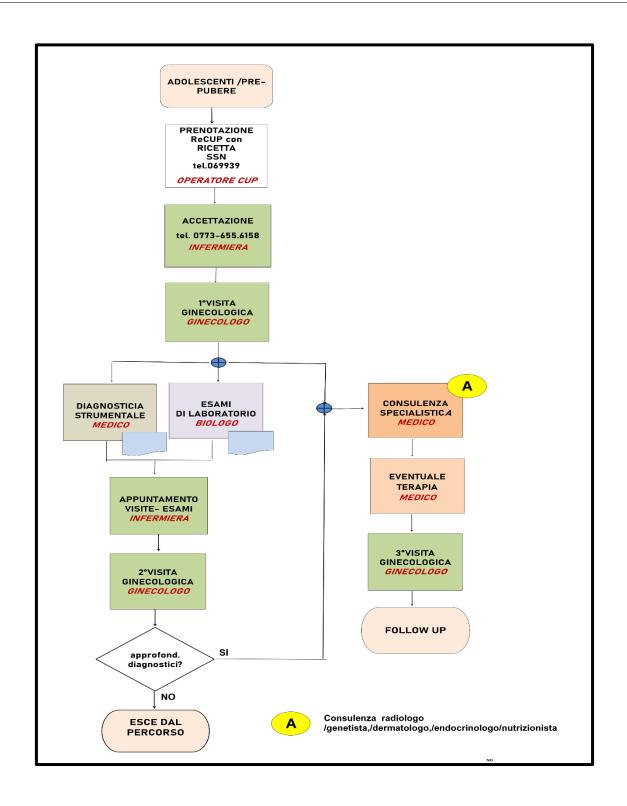
ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists): Linee Guida sulla salute femminile

D.Lgs n. 24 08/03/17 G.U n.64 17/03/17 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

DM 12/01/17 G.U n.65 18/03/17 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Raccomandazioni per l'assistenza alla donna vittima di violenza sessuale –SIGO,luglio 2019

FLOW-CHART DEL PERCORSO AMBULATORIO SALUTE DELLA DONNA NELL'ETA' INFANTILE E NELL'ADOLESCENZA



Sezione 3

SERVIZIO SCREENING E DIAGNOSI PRENATALE



STAFFSERVIZIO SCREENING DEL 1° TRIMESTRE

Dott.ssa F. Modafferi Dott.ssa L. Di Troia Dott.ssa I. Marcucci Dott.ssa A. Perugini

SERVIZIO DI ECOGRAFIE OSTETRICHE E SCREENING II TRIMESTRE (PATOLOGIE MORFOLOGICHE FETALI)

Dott.ssa L. Di Troia Dott. A. Frieri Dott. V. Rossitto

SERVIZIO DI ECOGRAFIE GINECOLOGICHE TRANSVAGINALI

Dott.ssa L. Di Troia Dott. A. Frieri Dott.ssa P. Lazzari Dott.ssa I. Marcucci Dott.ssa C. Pane Dott.ssa D. Pallante Dott.ssa S. Ricci Dott. V. Rossitto

Destinatari: Medici e Personale Sanitario dell' ASL Latina, Medici di Medicina Generale, Specialisti Ambulatoriali , donne in età fertile

CONSULENZE SPECIALISTICHE (IN VIA DI DEFINIZIONE):

Prof. Riccardo Lubrano: per patologia fetale e neonatale

Dott. Ventriglia: consulenza cardiologica fetale-neonatale (ecocardiografia fetale)

Dott. Iozzino: consulenza patologica encefalo fetale neonatale (RM fetale)

Prof.Pizzuti: consulenza per analisi genetica (Policlinico Umberto I in convenzione)

PREMESSA

L'incidenza dei difetti congeniti nella popolazione generale è complessivamente del 3% circa. Non tutti i difetti congeniti sono diagnosticabili e non esiste un unico esame in grado di dirci se il bambino sarà sano o meno. Tali patologie si distinguono in malattie di "origine non genetica" come malformazioni maggiori (anomalie dello sviluppo di un organo, ritardo di crescita intrauterino , infezioni ecc,) e "malattie di origine genetica" come le anomalie cromosomiche o aneuplodie (in particolare Sindrome di Down o Trisomia 21).

Le anomalie cromosomiche più frequenti sono la trisomia 21, 18 e 13 che costituiscono da sole circa il 50-70% delle anomalie del cariotipo-(Figura.1) La loro frequenza dipende dall'età materna. La trisomia 21, o la sindrome di Down (1:800) è caratterizzata dalla presenza di un cromosoma 21 in più, associata ad un aumentato rischio di malformazioni congenite ; rappresenta la causa maggiore di ritardo mentale. La trisomia 21 si può presentare in due modi: 1) insorgenza ex-novo (96%): sono presenti 47 cromosomi con 3 cromosomi 21 separati (condizione non ereditata dai genitori); 2) traslocazione sbilanciata (4%): il cromosoma 21 soprannumerario è traslocato su un altro cromosoma. In circa la metà dei casi, la condizione è ereditata da uno dei due genitori che presenta una traslocazione bilanciata, ovvero senza perdita o guadagno del materiale, del cromosoma 21. Anche la trisomia 18 (o sindrome di Edwards) e trisomia 13 (o sindrome di Patau) sono anomalie dei cromosomi dovute alla presenza di un cromosoma soprannumerario in sede 18 e 13 rispettivamente. Entrambe le condizioni sono il più delle volte letali, caratterizzate da un grave ritardo mentale e da malformazioni multiple.

✓ Le **anomalie dei cromosomi sessuali** sono alterazioni in eccesso o in difetto del loro numero, dando le seguenti condizioni : **polisomie**: 47XXX, 47XXY, 47XYY. Questo tipo di anomalie cromosomiche sono generalmente associate ad una sintomatologia lieve o nessuna sintomatologia; **monosomie**: 45X0 o *sindrome di Turner*, condizione in cui manca un cromosoma X, che può presentare uno spettro variabile di manifestazioni cliniche

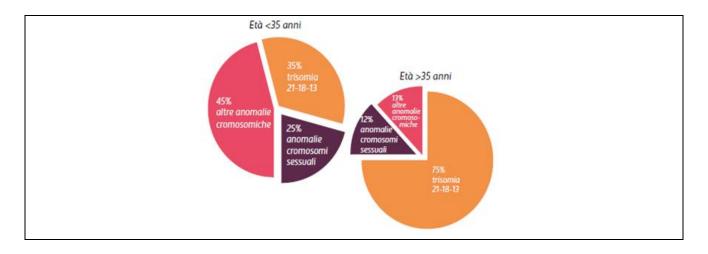


Fig.1 Le trisomie 13, 18 e 21 sono le piu frequenti e rappresentano circa il 50-70% delle anomalie del cariotipo. La loro frquenza varia in funzione dell'età materna.

Anomalie strutturali: derivano da vari tipi di rottura del cromosoma, con conseguente modificazione della sua forma caratteristica. Le anomalie strutturali sono di vario tipo, ma quelle più frequenti sono le traslocazioni. Tutti i vari tipi di riarrangiamento strutturale possono essere collegati a forme patologiche (tipo sbilanciato) o essere silenti in un individuo perfettamente sano (tipo bilanciato).

I *test di screening* consentono di selezionare, nella popolazione generale, un ristretto gruppo di donne ad alto rischio a cui riservare l'offerta dei test diagnostici.

Che cosa sono i test di screening e i test diagnostici?

<u>Le anomalie cromosomiche</u> possono essere diagnosticate in epoca prenatale mediante lo studio del cariotipo da cellule fetali ottenute con:

- la villocentesi (Chorionic Villus Sampling, CVS);
- l'amniocentesi.

Trattandosi di procedure invasive (rischio di aborto : circa 1 % di rischio aggiuntivo), sono offerte alle donne che presentano un rischio specifico. Tra le strategie di screening prenatale per le anomalie cromosomiche, prevalentemente per la trisomia 21, attualmente offerto dal SSR è il Test combinato (o Bitest), che viene eseguito in generale tra l'11°e la 14° settimana di gravidanza. Negli ultimi anni si è aggiunto un nuovo test NIPT (Non Invasive Prenatal Testing) attualmente non facente parte dei nuovi LEA, che ricerca e valuta il DNA libero fetale nel circolo materno .È un test che si esegue sul sangue materno da cui viene estratto e analizzato il DNA fetale presente nel siero materno, ossia il cellfree DNA (cfDNA). L'informazione pre-screening (Counselling) viene offerta a tutte le donne al primo contatto con l'operatore sanitario, medico e/o ostetrica, illustrando i vantaggi, i rischi gli aspetti tecnici della procedura proposta.

Il sanitario informa la paziente/coppia in merito all'entità del rischio di cromosomopatia a priori come : tipologia, modalità di effettuazione e tempistica dei test di screening; test di screening in situazioni particolari quali la gemellarità o le tecniche di fecondazione assistita; patologie per le quali è calcolato il rischio; limiti (falsi positivi/falsi negativi) e potenzialità (sensibilità); esistenza di un percorso diagnostico successivo; modalità di comunicazione dei risultati, in particolare di quelli "positivi", cioè di rischio aumentato; accesso alla diagnosi prenatale invasiva secondo le disposizioni vigenti (DM 1998 oppure delibere regionali); scelte disponibili in caso di positività dell'esame diagnostico. Non è sempre facile introdurre e spiegare il concetto di "rischio : un rischio di l su l00 significa che solo 1 feto su 100 con quello stesso risultato del test è affetto, mentre 99 su 100 sono sani e che l'unico modo per sapere se è veramente malato è fare un test diagnostico (es. nel caso della sindrome di Down, è lo studio del cariotipo fetale su tessuto coriale o su liquido amniotico). L'indicazione più

frequente è lo studio del cariotipo fetale che fornisce informazioni circa il numero e la morfologia dei cromosomi del feto.

La donna, informata sul suo rischio, può quindi decidere se eseguire uno o più test di screening che permettano l'identificazione delle patologie per cui è risultata positiva e proseguire il percorso o decidere di non proseguire.

CRITERI DI ELEGGIBILITA'

Attualmente le indicazioni all'esecuzione della diagnosi prenatale invasiva includono:

- ✓ Aumentato di rischio di aneuploidia fetale:
 - riscontro positivo ai tests di screening prenatale (**bi-test** con rischio superiore a 1:250 o **NIPT** positivo per aneuploidia),
 - riscontro ecografico di anomalia fetale sospetta di cromosomopatia,
 - anamnesi ostetrica positiva per aneuploidia fetale.
- ✓ Età materna avanzata (> 35 anni) da sola non costituisce una sufficiente indicazione alla diagnosi prenatale invasiva. Tuttavia nelle gravidanze ottenute tramite ICSI su indicazione di oligospermia è opportuno informare i genitori dell'esistenza di un aumentato rischio di anomalie cromosomiche degli spermatozoi, responsabili dell'infertilità paterna e trasmissibili a feti di sesso maschile.
- ✓ Familiarità per patologia genetica ereditaria dovuta a mutazioni genetiche o difetti metabolici in anamnesi.
- ✓ Malattie infettiva materna a trasmissione fetale , in caso di infezione materna primaria o sieroconversione da toxoplasma , citomegalovirus , rosolia , per confermare o escludere passaggio del virus -batterio nel liquido amniotico e la trasmissione dell'infezione al feto. Prima di eseguire una procedura di diagnosi prenatale invasiva viene eseguito un approfondito counselling con la coppia effettuato dallo specialista che effettuerà l'esame e dal genetista oppure da un'ostetrica adeguatamente formata.

Nel corso del counselling con la coppia vengono approfonditi i seguenti argomenti: rischi e benefici della diagnosi prenatale rispetto allo screening, differenze tra amniocentesi e villocentesi in termini di accuratezza delle due metodiche, complicanze legate alla metodica, tempistica di esecuzione delle procedure ed in caso di esito positivo percorso di scelta.

La coppia viene informata anche dei tassi di insuccesso dell'analisi delle tempistiche necessarie per avere il referto del laboratorio delle modalità di comunicazione dell'esito dell'esame da parte della struttura, ed infine sull'opportunità di eseguire immunoprofilassi post procedura per tutte le pazienti Rh negative non immunizzate.

PRESTAZIONI ESEGUITE

- ✓ Bi-test (test combinato);
- ✓ Amniocentesi;
- ✓ *Ecografia ostetrica (I trimestre)*
- ✓ Ecografia ostetrica morfologica (II trimestre);
- ✓ Ecografia ostetrica di accrescimento (III trimestre)
- ✓ Ecografia ginecologica transvaginale

BI-TEST (Test combinato)

E' un esame non invasivo, eseguito insieme alla misurazione della Traslucenza Nucale, che si effettua tra **l'11°** e la **13°** settimana di gestazione. Consiste in un semplice prelievo di sangue dalla futura mamma per valutare la concentrazione di due proteine :

- La PAPP-A, o Proteina-A plasmatica associata alla gravidanza prodotta dalla placenta in crescita;
- La hCG, o Proteina Gonadotropina corionica umana, ormone prodotto dal trofoblasto, cioè la placenta.

Si sospetta Sindrome di Down o altra anomalia congenita quando la concentrazione sierica dell'hCG è più elevata alla norma (circa doppia) nella gravidanza con feto affetto (*Merkats et al.*), mentre la PAPP-A risulta invece inferiore alla media (del 60% circa) nelle gravidanze con feto affetto (*Malone FD et al.*). Valori bassi della PAPP-A associati a valori alti dell'hCG possono determinare la necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici di solito di tipo invasivo, come villocentesi o amniocentesi, per escludere la presenza di malattie genetiche. Si precisa che, in caso **di NT > 3.5 mm**, anche in donne che non abbiano effettuato il prelievo per i markers biochimici (PAPP-A + Beta HCG libera), verrà offerta la Diagnosi Prenatale Invasiva mediante Villocentesi e/o Amniocentesi.

AMNIOCENTESI

Consiste nel prelievo di una piccola quantita' di liquido aminiotico direttamente dall'addome materno tra la **16°e la 18° settimana di gestazione**. Il prelievo viene effettuato con un ago attraverso l'addome della donna sotto diretto controllo ecografico;

Ci sono rischi per la madre?

L'amniocentesi, eseguita ormai da molti anni, comporta rischi molto bassi per la donna, non superiori a quelli di un piccolo intervento chirurgico. Al momento dell'inserzione dell'ago si prova una sensazione simile a quella di un'iniezione intramuscolare e, durante l'esame, si avverte la presenza dell'ago. Nei giorni successivi al prelievo si possono manifestare, in alcuni casi, perdite vaginali ematiche e/o di liquido amniotico; è più frequente che si verifichino contrazioni uterine.

Ci sono rischi per il feto?

Non esistono rischi di danni fetali legati alla procedura se il prelievo è effettuato dopo 15 settimane compiute di età gestazionale. Il rischio aggiuntivo di aborto conseguente all'amniocentesi è complessivamente stimato intorno all'1%.

Dopo quanto tempo vi è il risultato?

Dipende dalle analisi che vengono eseguite sul campione prelevato. Per lo studio del cariotipo fetale il risultato è disponibile dopo circa 4 settimane, il dosaggio dell' α -fetoproteina dopo circa 10 giorni. E' possibile effettuare il Test Rapido per i cromosomi 13, 18 e 21 utilizzando tecniche di valutazione del DNA come la QF-PCR e/o la FISH che non richiedono coltura delle cellule.

L'esito del test non verrà comunicato telefonicamente. Solo nei casi sia necessario un ulteriore controllo si verrà contattati dal medico/ostetrica del Servizio SeDP entro le 72 ore dall'esecuzione del prelievo.

Se il test combinato risulterà **a basso rischio** (più basso di 1/1000), non sarà necessario eseguire ulteriori indagini di Diagnosi Prenatale (invasiva o non).

In caso **di alto rischio** per trisomie (< 1/300), la signora sarà prenotata per **amniocentesi** presso la nostra struttura .

Il prelievo di liquido amniotico viene inviato presso il laboratorio di genetica del Policlinico Umberto I-Roma (*IN ATTIVAZIONE*)

In caso di **rischio intermedio (> 1/300 e < 1/1000)**, si potranno valutare ulteriori markers ecografici fetali (come il flusso nel Dotto Venoso o quello attraverso la Valvola Tricuspide), per correggere il rischio già calcolato presso il Centro di terzo livello .

Se la paziente acconsente ai test genetici non invasivi sul DNA fetale circolante nell'organismo materno contestualmente verrà prenotato presso la nostra struttura un esame ecografico pre-morfologico ed un attento esame ecografico morfologico nel secondo trimestre.

In caso di **NT compresa tra 3,0 e 3,5 mm,** indipendentemente dai parametri biochimici, si dovrà sempre valutare nel test combinato i marcatori aggiuntivi (dotto venoso e valvola tricuspide) presso un centro di terzo livello. Se la paziente decide di non approfondire la diagnosi mediante test invasivo (amniocentesi) sarà opportuno dopo dettagliato counselling consigliare nel percorso diagnostico di completare lo studio morfologico del cuore fetale mediante esame ecocardiografico fetale alla 26 settimana.

ECOGRAFIA I TRIMESTRE

È un'ecografia che consente di verificare la corretta posizione intrauterina della camera gestazionale, la vitalità dell'embrione/feto, la biometriae quindi d i evidenziare un'eventuale discrepanza (possibile in caso di irregolarità mestruali) tra l'epoca di amenorrea calcolata in base all'ultima mestruazione e l'epoca gestazionale effettiva.

ECOGRAFIA OSTETRICA II TRIMESTRE

Lo scopo principale di una ecografia di routine del secondo trimestre è quello di fornire informazioni diagnostiche accurate, che consentano di offrire cure prenatali adeguate e il conseguimento dei migliori esiti possibile per madre e feto. L'esame ecografico viene usato per determinare l'età' gestazionale ed eseguire le misurazioni fetali per diagnosticare in modo tempestivo anomalie di crescita che potrebbero rendersi manifeste nelle fasi più' avanzate di gravidanza. Altri obiettivi comprendono il rilevamento di malformazioni congenite e di gravidanze multiple. L'esame di screening prenatale include le seguenti valutazioni:

- ✓ attività cardiaca
- ✓ numero di feti (e corialità qualora si tratti di una gravidanza multipla)
- ✓ età fetale/ dimensioni fetali
- ✓ anatomia fetale
- ✓ aspetto e localizzazione della placenta

Sebbene sia possibile identificare molte malformazioni, è possibile che alcune di esse non vengano riconosciute anche nel caso in cui lo strumento ecografico sia usato da un operatore esperto, così come è possibile che si sviluppino in fasi più tardive della gravidanza. Prima di iniziare l'esame, l'operatore sanitario offre un counselling specifico alla paziente o alla coppia sui potenziali benefici e sui limiti dell'ecografia del secondo trimestre. Anche detta Ecografia morfologica, si esegue tra la 20°-22° settimana di età' gestazionale. Alcune patologie genetiche possono sfuggire ai normali test di screening del primo trimestre e dare evidenza di sè in epoca più tardiva, attraverso la comparsa di malformazioni fetali più' o meno accentuate: l'ecografia morfologica consente di riscontrare tali malformazioni e può' servire come indicatore per la coppia che voglia approfondire l'alterazione fetale evidenziata con esami specifici, genetici o di imaging (amniocentesi tardiva, risonanza magnetica ecocardiografia fetale). L'ecografia morfologica può' anche essere anticipata alle 16°-18° diciottesima settimana di epoca gestazionale in casi selezionati per alto rischio malformativo. In tale circostanza l'esame ecografico viene denominato esame premorfologico e, nonostante fornisca indicazioni approfondite sull'anatomia fetale, non sostituisce la valutazione morfologica classica.

L'ecografia si esegue per sovrapubica (sonda transaddominale)

ECOGRAFIA III TRIMESTRE

È un'ecografia che consente di valutare la presentazione fetale, la crescita del feto (biometria con stima del peso fetale), la quantità di liquido amniotico e la localizzazione placentare. È possibile, a giudizio del ginecologo e in base all'epoca gestazionale in cui l'esame viene

eseguito, approfondire l'esame con la valutazione della flussimetria materno fetale. L'esame viene eseguito per via addominale (la sonda viene appoggiata sull'addome della paziente).

ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINALE

L'Ecografia Transvaginale è un esame ecografico dell'apparato genitale femminile (utero, ovaia, tube) eseguita con una sonda ecografica introdotta in vagina. E' possibile visualizzare strutture delle dimensioni dell'ordine del millimetro e, tramite lo studio flusso metrico (Color/Power Doppler), diagnosticare le neoformazioni dell'apparato genitale, anche agli stadi iniziali. L' ecografia transvaginale eseguita secondo criteri IOTA (International Ovarian Tumor Analysisis) consente non solo di confermare il sospetto clinico e porre diagnosi della presenza di una massa , ma anche di stimare la benignità/malignità attraverso la valutazione di determinati parametri. L'indagine è indolore non richiede preparazione intestinale e non necessita del riempimento vescicale. La paziente viene fatta sdraiare sul lettino ginecologico e la sonda ecografica, avvolta da un involucro sterile, viene introdotta in vagina in modo da esplorare i genitali interni.

COME SI ACCEDE

Il Servizio viene svolto al 3° piano, negli Ambulatori Ginecologici del Reparto di Ostetricia e Ginecologia.- Presidio Nord Ospedale S.M.Goretti ASL Latina. I pazienti possono contattarci per effettuare prenotazioni o per assistenza in caso di emergenza al numero 0773-655 6158 o recandosi direttamente il lunedì dalle 9.00 alle 13.00.

<u>Per il BI-TEST</u>: Prescrizione medica e prenotazione diretta presso l'ambulatorio dedicato o telefonado al numero 0773-655 6158 dalle ore **9.00 alle 13.00 del lunedi' mattina**. La segreteria provvederà a fissare un primo appuntamento preferibilmente alla 10° settimana di gravidanza (a partire da 9 settimane + 1 giorno) presso il Laboratorio di analisi dell'O.S.M.Goretti dalle **8.00-10.00 il martedi o giovedi.**

Non si potrà effettuare il prelievo in strutture private né in altri centri prelievo della ASL di Latina.

PER L' ECOGRAFIA OSTETRICA I TRIMESTRE: Prescrizione medica "Ecografia Ostetrica del I trimestre" + "Visita Ostetrica", codice esenzione M12 e prenotazione diretta dalle 8.00 -15.00 nei giorni martedì e giovedi. L'appuntamento viene in genere fissato contestualmente alla prenotazione del prelievo per gli esami di laboratorio preferibilmente alla 12° settimana di gravidanza (e comunque fino al massimo entro le 13 settimane + 6 giorni)

PER l'AMNIOCENTESI (il Servizio e' in via di definizione)

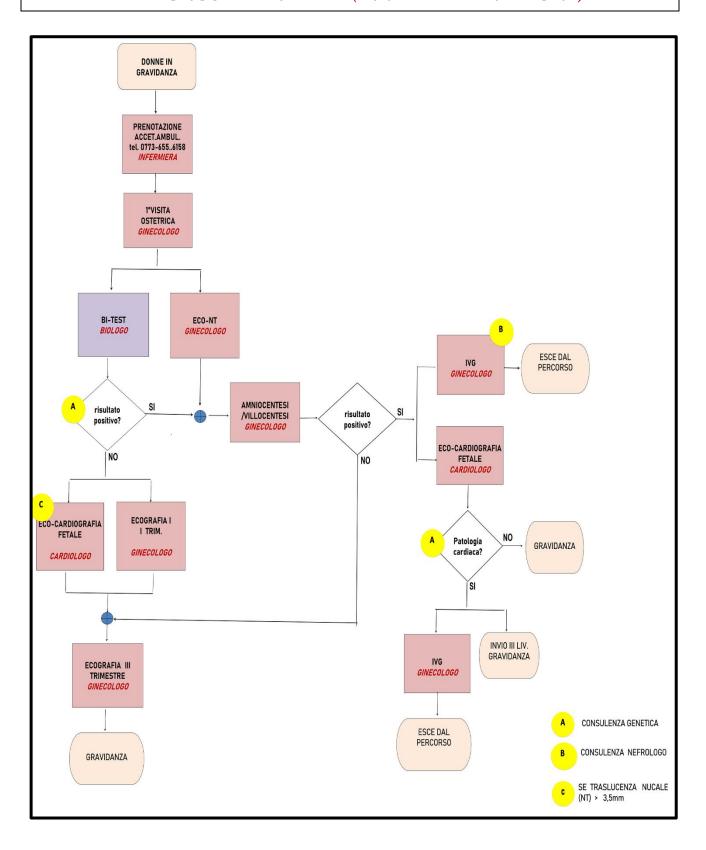
BIBLIOGRAFIA:

The Fetal Medicine Foundation: Certificate of Competence Nucal Transluceny Scan; Linee Guida SIEG 2016 Linee Guida ISUOG 2016

Merkatz IR, Nitowsky HM, Macri JN, Johnson WE. An association between low maternal serum alphafetoprotein and fetal chromosomal abnormalities. Am. J. Obstet. Gynecol., 1984; 148: 886-94. Livello V (ACOG II-2)

Malone FD, Berkowitz RL, Canick JA, D'Alton ME. First-trimester screening for aneuploidy: research or standard of care? Am. J. Obstet. Gynecol., 2000; 182: 490-6. Livello V (ACOG III)

FLOW-CHART DEL PERCORSO SCREENING E DIAGNOSI PRENATALE (IN VIA DI ATTIVAZIONE)



Sezione 4

AMBULATORIO ENDOMETRIOSI-ADENOMIOSI E DOLORE PELVICO CRONICO



STAFF

Dirigenti Medici

Dott.ssa I. Marcucci (ginecologa)

Dott.ssa D. Pallante(ginecologa)

Dott. P. Ianiri (ginecologo-Chirurgo Laparoscopista esperto)

Dott.ssa A. Lambiasi (ginecologa- Chirurgo Laparoscopista esperto)

Dott.ssa Deborah Guttadoro (pediatra-nutrizionista)

Dott.ssa Maria Teresa Sanseviero (pediatra-nutrizionista)

Personale Infermieristico/Ostetrico

Personale Infermieristico/ostetrico della UOC (a turnazione)

CONSULENZE SPECIALISTICHE (IN VIA DI DEFINIZIONE)

(Dott. M.Iozzino: RMN)

(Dott.F.Sacchi: chirurgia generale)

(Prof.Pellegrini: consulenza urologica)

(Prof. F. De Cicco: Centro di riferimento Endometriosi -Policlinico Gemelli)

Dott.Pietro Salacone:consulenza endocrinologia

STAFF PMA

Destinatari: Medici e Personale Sanitario dell' ASL Latina, Medici di Medicina Generale, Specialisti Ambulatoriali , donne con problematiche ginecologiche

PREMESSA

L'endometriosi e una patologia infiammatoria cronica benigna, caratterizzata dalla presenza e dalla proliferazione di tessuto endometriale al di fuori della cavità uterina. Il tessuto endometriosico è estrogeno dipendente e va incontro processi infiammatori acuti e cronici, che possono coinvolgere più organi e non solo unicamente la pelvi. L'ormono dipendenza giustifica la regressione della patologia con la menopausa e negli stati di amenorrea.

L'endometriosi si riscontra nel 10% delle donne in età fertile e fino al 50% in donne che presentano infertilità.

La malattia endometriosica ha un notevole impatto sulla qualità della vita sia per la sintomatologia (dolore pelvico cronico, dismenorrea, dispareunia, disuria, di schezia) sia per il potenziale impatto negativo sulla ferilità. L'eziologia dell'endometriosi non è nota, ma è ampiamente riconosciuto che le cellule endometriali, tramite mestruazione retrograda, si impiantano nella pelvi e proliferano. L'endometriosi rappresenta una sfida diagnostica e terapeutica, perché molte donne rimangono senza una diagnosi precisa a volte per molti anni. Studi osservazionali di piccole dimensioni hanno rilevato un ritardo diagnostico di 4-10 anni con conseguente peggioramento della qualità di vita e progressione della patologia. Tale ritardo diagnostico non è limitato alla donne adulte, visto che l'endometriosi rimane spesso non diagnosticata anche nelle adolescenti.

La patologia endometriosica è una condizione cronica e progressiva pertanto richiede un management prolungato ed è inoltre importate considerare nella sua scelta le caratteristiche e le esigenze di ogni singola paziente : età della donna, potenziale di fertilità , qualità di vita. La malattia endometriosica si differenzia a seconda della sede coinvolta in :

- endometriosi ovarica
- endometriosi peritoneale superficiale
- endometriosi peritoneale profonda (compartimento anteriore e posteriore)

in molti casi coesistono i vari tipi di lesione, tuttavia tale suddivisione è utile per l'orientamento diagnostico e terapeutico.

CRITERI DI ELEGGIBILITA'

Sospetta endometriosi nelle donne (incluse quelle di età inferiore a 17anni) che presentano uno o più dei seguenti sintomi :

- dolore pelvico cronico
- dismenorrea che influenza in maniera rilevante attività quotidiane e qualità di vita
- dolore profondo durante i rapporti sessuali

- sintomi gastrointestinali durante il ciclo mestruale o ciclici, in particolare peristalsi dolorosa
- sintomi urologici durante il ciclo mestruale o ciclici, in particolare ematuria o dolore alla minzione

PRESTAZIONI

- visita ginecologica
- ecografia pelvica / tansvaginale (endocavitaria) /ecografia transvaginale 3D
- RM pelvica
- consulenza psicologica
- consulenza chirurgica-gastroenterologica
- consulenza urologica
- consulenza neurologica (valutazione del dolore)
- consulenza anestesiologica (terapia antalgica)
- consulenza nutrizionista (Dieta e stili di vita)
- consulenza endocrinologica
- Percorso dedicato PMA

COME SI ACCEDE

Il Servizio viene svolto al piano Terra presso UOS Fisiopatologia della Riproduzione e PMA - UOC Ostetricia e Ginecologia - Ospedale S.M. Goretti di Latina. Le visite ginecologiche vengono eseguite **tutti i martedi dalle 15.30 ALLE 19.00.**

Per prenotazioni tramite **CUP 069939**:

- ✓ Prima visita tramite CUP 069939 con ricetta con dizione "visita ginecologica per endometriosi"
- ✓ **Visita di controllo** tramite CUP o Segreteria Ginecologia con ricetta con dizione "visita ginecologica endometriosi/adenomiosi dolore pelvico cronico di controllo"
- ✓ Consulenze richieste tramite la Segreteria di Ginecologia 0773 655 3872

BIBLIOGRAFIA

Carta Servizi ASL Latina

DDG N°906 del 18/10/2018 : Adozione facsimile modulistica aziendale, nomina Responsabili Interni del Trattamento, costituzione Team Aziendale privacy.

Linee guida per la diagnosi e il trattamento della endometriosi. A. Cartabellotta, AS Laganà F. Ghezzi Evidence Best practice Novembre 2017 Vol 9 e 1000172

Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, et al. Diagnostic Delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. Hum Reprod 2012; 358:358:3412-6

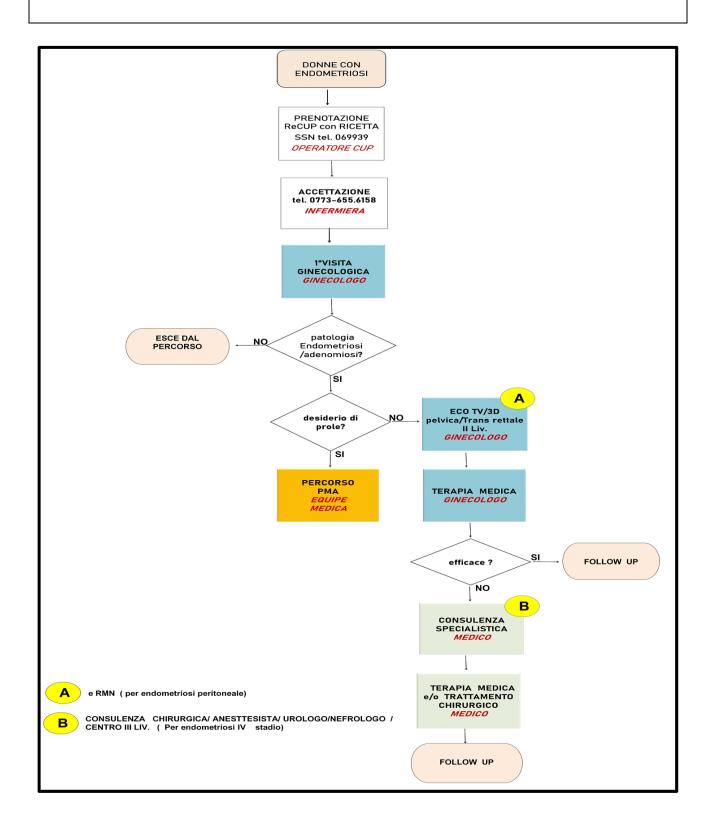
Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's exsperience of reaching diagnosis of endometriosis. Fertil Steril 2006; 358:1296-301

Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, et al. World Endometriosis Research FoundationGlobal Study of Women's Health consortium. Impact of endometriosis on quality of lifeand work productivity: a multicenter study across ten countries. FertilSteril 2011; 358:366-373.

D'Hooghe TM, Debrock S. Endometriosis, retrograde menstruation and peritoneal inflammation in women and in baboons. Hum Reprod Update 2002; 358:84-8.

Greene R, Stratton P, Cleary SD, Ballweg ML, Sinaii N. Diagnostic experience among4,334 women reporting surgically diagnosed endometriosis. FertilSteril 2009; 358:32-9 Giudice LC Clinical Practice. Endometriosis N Engl J med 2010 Jun 24;362

FLOW CHART PERCORSO ENDOMETRIOSI



Sezione 5

UAP – APPLICAZIONE LEGGE 194/78

(Interruzione Volontaria di Gravidanza)

STAFF

Dirigenti Medici

Dott.Vittorino Rossitto (ginecologo) Dott.ssa Luciana Di Troia (ginecologa) Dott.ssa F.Modafferi(ginecologa)

Personale Infermieristico/Ostetrico

Personale Infermieristico/ostetrico della UOC (a turnazione)

RESPONSABILI STRUTTURE COINVOLTE

Dott. C. Cosentino : UOC Anestesia e Rianimazione PO Nord Dott.S. Nardi : UOC Anatomia Patologica P.O.Nord Dott.ssa P. Fioravanti: Dipartimento Salute Mentale

Dott.ssa Ostetrica Anna Maria Chiodi : Coordinamento Provinciale per l'applicazione della L.194/78-Consultorio famigliare di Terracina

Destinatari: Medici e Personale Sanitario dell'ASL Latina, Medici di Medicina Generale, Specialisti Ambulatoriali , donne con richiesta di interruzione di gravidanza

PREMESSA

L'interruzione volontaria di gravidanza (I.V.G) è regolata dalla legge n.°194 del 1978. Il luogo istituzionale di applicazione della Legge è il Consultorio Famigliare mentre l'Ospedale il luogo istituzionale per l'esecuzione dell'intervento. La complessità del comportamento sessuale individuale e della corretta applicazione dei metodi contraccettivi implicano che una parte di gravidanze indesiderate sia inevitabile: l'IVG rimane pertanto una necessità assistenziale che deve essere garantita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La legge mantiene ferma l'illiceità dell'aborto che continua a perseguire penalmente, ma ha allargato le indicazioni degli interventi interruttivi della gravidanza, che ora sono possibili;

- entro i 90 giorni : fino a 12 settimane + 6 giorni di gravidanza
- dopo i 90 giorni di gravidanza <u>solo</u> quando la loro prosecuzione comporta grave pericolo per la vita della donna o in caso di grave malformazioni fetali documentate.

CRITERI DI ELEGGIBILITA'

Donne adulte o minorenni che si rivolgono direttamente in Ospedale o inviate dai Consultori famigliari, MMG, specialisti ginecologi, ambulatori ginecologici della ASL di Latina .

COME SI ACCEDE

Il Servizio viene svolto presso l'ambulatorio di IVG situato al 3° piano del Reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale S.M.Goretti .

Per IVG entro i 90 gg

L'intervento viene effettuato in regime di DAY HOSPITAL limitato alle sole ore della giornata, dalle ore 8.00 alle ore 20.00. Il percorso avviene in tre tappe:

- 1. 1° accesso -Inquadramento: durante il quale viene fatta una prima valutazione dell'idoneità ed anamnesi della paziente, esami biochimici,ECG, controllo eventuale conformità ecografica
- 2. visita anestesiologica
- 3. Giornata di intervento.

Gli accessi per IVG vengono eseguite il **martedì e venerdì dalle 8.00 alle 19.00** . Le donne al momento della richiesta devono presentare:

- Certificazione di gravidanza rilasciato dal medico consultoriale o dal medico di base o dallo specialista ginecologo;
- Eventuale documentazione clinica riferibile ad altre patologie preesistenti;
- Carta d'identità o altro documento di riconoscimento
- Tessera di iscrizione al SSN e codice fiscale.

Per IVG dopo i 90 gg

Le donne, alla prima visita ginecologca devono presentare oltre a quanto richiesto per l'VG prima dei 90 giorni

- Esame ecografico per l'accertamento dell'età gestazionale;
- Referti relativi a diagnosi prenatale invasiva e non
- Eventuale consulenza genetica e/o psichiatrica eseguite;

Nota importante per :

- *pz non italiane* appartenenti alla comunità europea devono presentare tessera sanitaria europea (TEAM) o il Modello E112;
- *pz dei Paesi extracomunitari* devono presentare la Tessera sanitaria o la polizza assicurativa o permesso di soggiorno.
- *pz minorenne* dovra' essere accompagnata da entrambi i genitori esercenti la patria potestà; se i genitori sono separati occorre l'assenso di entrambi. In caso di assenza dei genitori e/o supporto familiare viene richiesta l'autorizzazione del Giudice Tutelare.

METODI DI ESECUZIONE DELL' IVG

- *Intervento chirurgico*: Esso comporta la dilatazione strumentale del collo dell'utero con successiva isterosuzione e il completamento della revisione della cavità uterina con curettage in sedazione profonda. L'intervento è preceduto dall'applicazione di prostaglandine per via vaginale. Solitamente non lo si esegue prima della 7ª settimana per ridurre il rischio di complicazioni (aborti incompleti, sinechie, perforazioni, lacerazioni cervicali...)..L'intervento viene eseguito in day surgery (ricovero giornaliero) .La durata dell'intervento è di 10-15min.
- *Intervento farmacologico*: Tale metodica va eseguita , secondo norma di legge entro la 9^a settimana (<63gg) di amenorrea. La donna può interrompere in qualsiasi momento il trattamento farmacologico: se sospende dopo l'assunzione del primo farmaco (mifepristone), non vi sono rischi aggiuntivi di malformazioni, se sospende dopo l'assunzione del secondo farmaco (misoprostol), vi è una probabilità aggiuntiva di malformazioni alla nascita. L'IVG viene eseguita in regime di Day Hospital con accessi in 3 giorni.

Criteri di esclusione all'IVG medica: Sospetto di gravidanza extrauterina - Gravi coagulopatie e/o trattamenti in corso con anticoagulanti - Insufficienza surrenalica - Asma grave - Allergie al Mifepristone o al Misoprostol - Grave anemia - Diabete complicato - IUD - HIV - Insufficienza renale -Insufficienza epatica – patologie intestinali-Morbo di Chron-Galucoma-Ipertensione- Donne fumatrici over 35 anni - Altre controindicazioni presenti

nella scheda tecnica del farmaco - Disturbi ansioso depressivi – attacchi di panico - Difficoltà di comprensione della lingua italiana nelle donne straniere

COME CONTATTARCI

Caposala: Carosi Simona

Capo ostetrica : Sabrina Pistilli Segreteria/fax :0773-6553873

La rinuncia e il ticket per le Prestazioni

E' possibile scegliere di non procedere con l'I.V.G. fino a quando il procedimento di interruzione vero e proprio non ha avuto inizio.

Tutti gli accertamenti effettuati in pre-ricovero sono gratuiti e non è previsto il pagamento del ticket

La dimissione

Dopo l'intervento è previsto un periodo di osservazione per il tempo necessario a prevenire e trattare eventuali complicanze (2-3ore).

Gli anestetici utilizzati durante l'intervento vengono eliminati rapidamente, raramente può persistere per alcune ore una leggera sonnolenza. E' sconsigliata la guida di veicoli o l'uso di macchinari nelle 24 ore successive all'intervento. Alla dimissione, effettuata entro le 14.00, deve essere presente un accompagnatore per il rientro al domicilio che dovrebbe essere effettuato in auto. Qualora la paziente non avesse un accompagnatore potrà auto-dimettersi solo dopo 6 ore dall'intervento firmando in cartella che con la dimissione volontaria si assume la responsabilità di eventuali rischi che ne potessero derivare.

A casa

Si può condurre da subito una vita normale, ma è necessario non stancarsi in modo eccessivo. Preferire la doccia al bagno, lavare i genitali esterni regolarmente, non fare lavande vaginali interne e non usare assorbenti interni. Nei giorni successivi l'intervento si possono verificare perdite ematiche simili alle mestruazioni. Queste devono destare preoccupazione solo se diventano eccessive (emorragia), se sono maleodoranti e si associano a febbre e a dolori addominali che non passano neanche con un antidolorifico.

In questo caso rivolgersi al pronto soccorso del nostro ospedale o a quello più vicino a casa. Le prime mestruazioni compariranno tra i 20 e i 40 giorni dall'intervento e potrebbero essere abbondanti..

La donna viene invitata a distanza di 15 giorni dall'intervento ad eseguire un controllo ecografico c/o la nostra Unità Operativa

BIBLIOGRAFIA

Protocollo Assistenziale IVG – ASL Latina – redatto 04/03/2019

Legge 22 maggio 1978, n.194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. Gazzetta Ufficiale 22 maggio 1978, n.140.

Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine Ministero della Salute 24 giugno 2010 -