

Sanitario Nazionale (SSN) continua a diminuire passando dal 27,7% nel 2013 al 26,5% del 2014, situazione dovuta alla assenza di 1 centro pubblico rispetto al 2013 in Veneto, Abruzzo e Puglia, per un totale di 3 centri pubblici in meno di I livello in Italia.

La maggioranza dei centri pubblici è presente nelle aree del Nord del paese, mentre quelli privati sono più equamente distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Tab. 3.1.3: Distribuzione dei centri di II e III livello che erano attivi nel 2014 secondo la regione ed il tipo di servizio offerto. Centri totali: 200

Regioni ed aree geografiche	Centri totali	Tipo di servizio					
		Pubblici		Privati convenzionati		Privati	
		N	%	N	%	N	%
Piemonte	10	3	30,0	1	10,0	6	60,0
Valle d'Aosta	1	1	100	0	-	0	-
Lombardia	25	13	52,0	9	36,0	3	12,0
Liguria	2	2	100	0	-	0	-
Nord ovest	38	19	50,0	10	26,3	9	23,7
P.A. Bolzano	2	1	50,0	0	-	1	50,0
P.A. Trento	1	1	100	0	-	0	-
Veneto	20	8	40,0	0	-	12	60,0
Friuli Venezia Giulia	3	2	66,7	1	33,3	0	-
Emilia Romagna	13	6	46,2	0	-	7	53,8
Nord est	39	18	46,2	1	2,6	20	51,3
Toscana	14	4	28,6	6	42,9	4	28,6
Umbria	2	1	50,0	0	-	1	50,0
Marche	3	2	66,7	0	-	1	33,3
Lazio	30	6	20,0	2	6,7	22	73,3
Centro	49	13	26,5	8	16,3	28	57,1
Abruzzo	4	2	50,0	0	-	2	50,0
Molise	0	-	-	-	-	-	-
Campania	27	8	29,6	0	-	19	70,4
Puglia	12	3	25,0	0	-	9	75,0
Basilicata	1	1	100	0	-	0	-
Calabria	4	0	-	0	-	4	100
Sicilia	23	7	30,4	0	-	16	69,6
Sardegna	3	3	100	0	-	0	-
Sud e isole	74	24	32,4	0	-	50	67,6
Italia	200	74	37,0	19	9,5	107	53,5

In totale il numero di centri di II e III livello attivi nel 2014 erano 200 (3 in meno rispetto al 2013) di cui 74 (37%) pubblici, 19 (9,5%) privati convenzionati, che insieme rappresentano il 46,5% (-0,3% rispetto al 2013), e 107 (53,5%) che hanno offerto un servizio di tipo privato.

I centri pubblici e privati convenzionati sono maggiormente diffusi nel Nord Ovest (76,3%), mentre sono più presenti i centri privati nel Nord Est (51,3%), nel Centro (57,1%) e nel Sud (67,6%).

In particolare le regioni con una maggiore presenza di centri pubblici o convenzionati col SSN sono la Valle d'Aosta, la Liguria, la provincia di Trento, il Friuli Venezia Giulia, la Basilicata, la Sardegna tutte con il 100%, la Lombardia (88,0%), la Toscana (71,5%) e le Marche (66,7%).

In tutte le regioni era comunque presente almeno un centro pubblico, ad eccezione del Molise in cui non è presente alcun centro e la Calabria in cui tutta l'offerta regionale è stata erogata da 4 centri privati.

In **Tabella 3.1.4** è mostrata l'analisi dell'offerta, nelle diverse realtà regionali, di tutti i cicli di PMA (FIVET, ICSI, FER e FO) e delle donazioni di ovociti (ED). Nella costruzione dell'indicatore sono stati inclusi i soli cicli di donazione di gameti femminili come avviene nel Registro Europeo (EIM) per una completa confrontabilità dei dati. Nella prima colonna il numero di tutti i cicli effettuati nella regione è rapportato alla popolazione residente, valore che esprime il volume di attività complessiva svolta dai centri in una determinata regione; nella seconda colonna il numero dei cicli nelle diverse realtà regionali è rapportato alla popolazione di donne in età feconda (tra i 15 ed i 45 anni) residenti nella regione.

Tab. 3.1.4: Distribuzione regionale del numero di tutti i cicli iniziati con tecniche di PMA (FIVET, ICSI, FER, FO) e con donazioni di ovociti (ED), per milione di abitanti e per milioni di donne di età compresa tra 15 e 45 anni nel 2014. (Popolazione media residente nel 2014. Fonte ISTAT)

Regioni ed Aree geografiche	Cicli iniziati da tutte le tecniche per milione di abitanti	Cicli iniziati da tutte le tecniche per milione di donne in età feconda (15-45 anni)
Piemonte	816	4.628
Valle D'Aosta	2.966	16.511
Lombardia	1.754	9.517
Liguria	488	2.984
Nord ovest	1.382	7.674
P.A. Bolzano	2.698	13.826
P.A. Trento	967	5.198
Veneto	707	3.838
Friuli Venezia Giulia	1.902	11.049
Emilia Romagna	1.454	8.028
Nord est	1.218	6.682
Toscana	2.265	12.709
Umbria	459	2.528
Marche	179	984
Lazio	1.164	6.027
Centro	1.327	7.127
Abruzzo	467	2.490
Molise	-	-
Campania	997	4.811
Puglia	563	2.848
Basilicata	698	3.657
Calabria	248	1.240
Sicilia	713	3.577
Sardegna	709	3.779
Sud e isole	692	3.476
Italia	1.102	5.855

L'indicatore relativo al numero di cicli iniziati totali per milione di abitanti a livello regionale restituisce una grande diversificazione dell'offerta che varia dai 2.966 cicli offerti in Valle d'Aosta ai 179 cicli offerti nelle Marche. In generale, la maggior parte delle regioni del Nord e del Centro presentano un indicatore superiore alla media nazionale che è di 1.102 cicli, mentre nelle regioni del Sud tale indicatore è al di sotto della media nazionale. Anche il secondo indicatore, relativo al numero di cicli iniziati totali per milione di donne in età feconda (tra i 15 ed i 45 anni), presenta una grande varietà di offerta, dai 16.511 cicli offerti in Valle d'Aosta ai 984 cicli offerti nelle Marche. Anche in questo caso, la maggior parte delle regioni del Nord presentano un valore superiore alla media italiana pari a 5.855 cicli, mentre tutte quelle del Sud hanno un valore inferiore.

Per confrontare la mole di attività svolta in Italia con i dati raccolti in Europa sono stati presi in considerazione i due indicatori definiti precedentemente in **Tabella 3.1.4**.

Nella **Tabella 3.1.5** questi indicatori sono messi a confronto con i dati pubblicati dal Registro Europeo (EIM) che raccoglie l'attività di PMA svolta ed i risultati ottenuti dai centri dei singoli Stati europei. Osservando i dati italiani, si può notare che entrambi gli indicatori sono in costante crescita, con un incremento, rispetto al 2005, di 466 cicli (+73,3%) per milione di abitanti e di 2.918 cicli (+118,2%) per milione di donne tra 15 e 45 anni. Va sottolineato, comunque, che nel 2005 il dato italiano risultava sottostimato poiché l'adesione dei centri di secondo e terzo livello era stata solo del 91,2%.

Tab. 3.1.5: Numero di cicli totali di PMA (FIVET, ICSI, FER e FO) e delle tecniche con donazione di ovociti (ED) per milione di abitanti e per milioni di donne di età compresa tra 15 e 45 anni in Italia ed in Europa dal 2005 al 2014.

Anni di rilevazione	cicli di PMA per milioni di abitanti		cicli di PMA per milioni di donne (15 - 45 anni)	
	Italia	Europa ^a	Italia	Europa ^a
2005	636	1.115	2.683 ^b	4.008 ^b
2006	692	850	3.328	3.503
2007	736	886	3.569	4.320
2008	800	947	3.905	4.661
2009	865	1.067	4.265	5.455
2010	973	1.221	4.863	6.258
2011	1.063	1.269	5.392	6.556
2012	1.078	-	5.562	-
2013	1.070	-	5.601	-
2014	1.102	-	5.855	-

a: Il calcolo per l'Europa è effettuato solo per le nazioni che hanno raggiunto il 100% di partecipazione di tutti i centri (fonte European IVF Monitoring)

b: Per l'anno 2005 i cicli sono rapportati al numero di donne di età compresa tra 15 e 49 anni

Gli ultimi dati disponibili a livello europeo, pubblicati a Gennaio 2016, si riferiscono all'attività del 2011. Il numero di cicli iniziati per milioni di abitanti (calcolato solo per i 17 paesi che hanno riportato i dati del 100% dei centri) è uguale a 1.269 cicli. Il dato registrato dai paesi che hanno

un'attività superiore ai 40.000 cicli iniziati, e quindi confrontabili con l'attività che si svolge in Italia, è di 1.306 cicli per milione di abitanti in Francia e di 963 per il Regno Unito. Mentre nei paesi del Nord Europa, nonostante il numero complessivo di cicli per anno sia inferiore, il rapporto del numero di cicli per milioni di abitanti è più elevato, presentando un'offerta dei trattamenti pari ad esempio a 2.793 cicli per milioni di abitanti in Belgio, 2.633 cicli in Danimarca, 2.046 cicli in Svezia e 1.801 cicli in Norvegia.

Capitolo 3.2. Principali risultati dell'applicazione delle tecniche di PMA nell'anno 2014 e trend degli anni di attività 2005-2014

3.2.1. Applicazione della tecnica di primo livello (Inseminazione Semplice).

3.2.1.1 Quali sono le cause di infertilità delle coppie che eseguono un trattamento di Inseminazione Semplice?

I fattori di infertilità variano da quelli riferiti al singolo partner maschile o femminile a quelli riferiti ad entrambi i componenti della coppia.

- *L'infertilità Femminile è suddivisa in:*

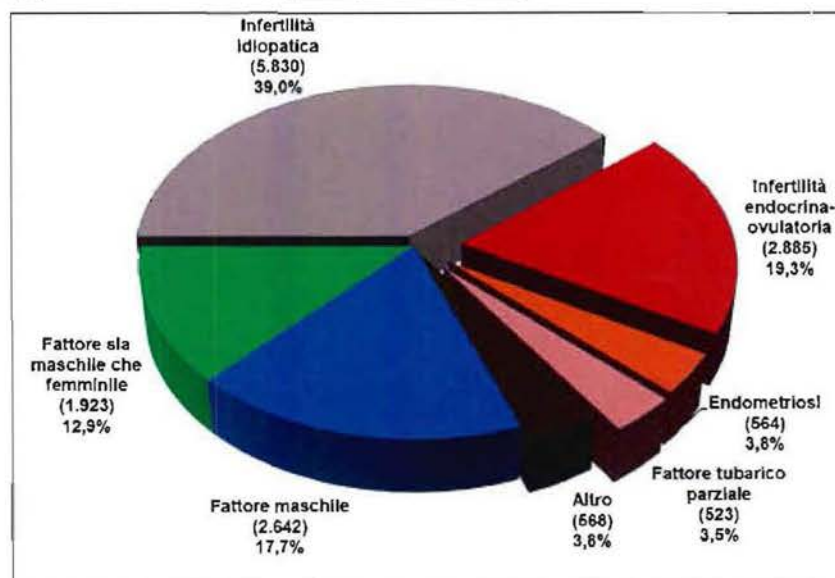
- **Infertilità endocrina ovulatoria** quando le ovaie non producono ovociti in modo regolare. In questa categoria sono incluse la sindrome dell'ovaio policistico e le cisti ovariche multiple.
- **Endometriosi** quando si ha la presenza di tessuto simile al rivestimento interno dell'utero in posizione anomala. Questo può inficiare sia la qualità ovocitaria, che la capacità dello spermatozoo di fertilizzare l'ovocita per una interazione con il liquido follicolare ovocitario alterato. Può ridurre anche la possibilità di impianto dell'embrione.
- **Fattore tubarico parziale** quando la pervietà e la funzionalità delle tube sono solo parzialmente alterate.

- **Infertilità maschile** quando è basso il numero degli spermatozoi sani o quando si hanno problemi con la funzionalità spermatica tali da rendere difficile la fertilizzazione dell'ovocita in condizioni normali.

- **Fattore sia maschile che femminile** quando una o più cause di infertilità femminile ed infertilità maschile vengono diagnosticate contemporaneamente alla coppia.

- **Infertilità idiopatica** nel caso in cui non si riescano a determinare delle cause femminili o maschili che possano spiegare l'infertilità della coppia.

Figura 3.2.1: Distribuzione delle coppie trattate con Inseminazione Semplice senza donazione di gameti, secondo le cause di infertilità. Anno 2014. (in parentesi è espresso il numero di coppie in valore assoluto). **Coppie totali: 14.935**



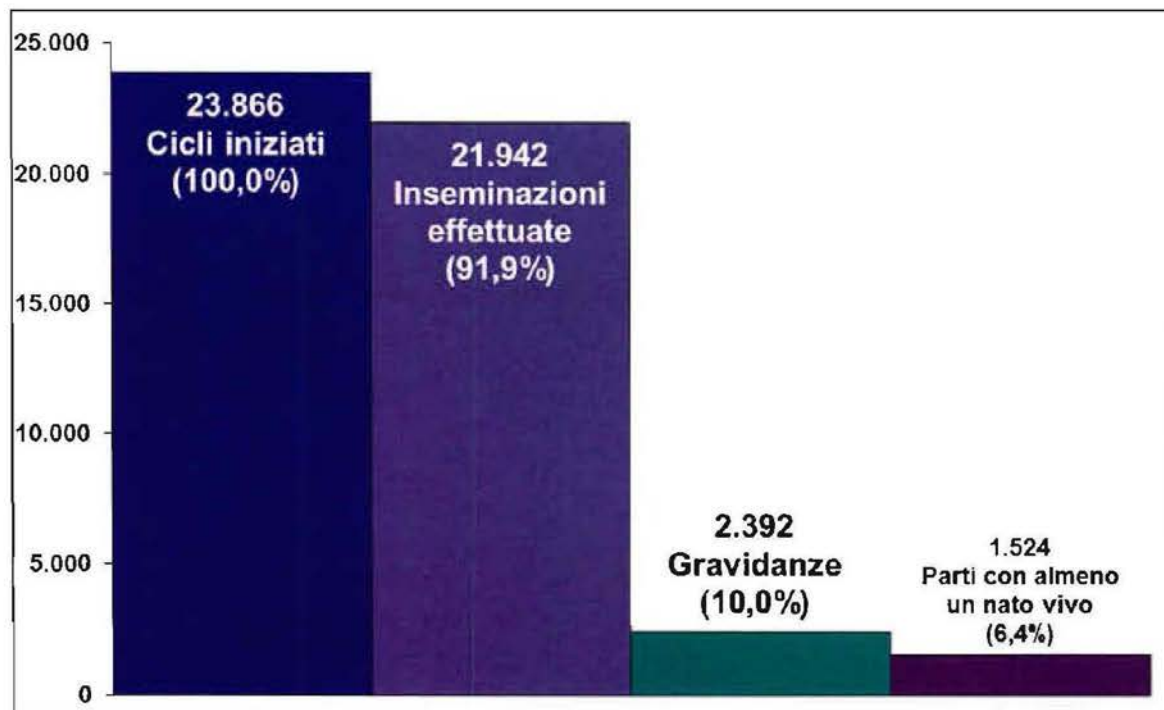
3.2.1.2. Quali sono le fasi di un ciclo di Inseminazione Semplice?

Un ciclo di Inseminazione Semplice

- ha inizio quando la donna assume farmaci per indurre le ovaie a produrre più ovociti (stimolazione), oppure in assenza di stimolazione farmacologica, quando le ovaie della donna vengono tenute sotto controllo attraverso ecografie e/o prelievo del sangue per i dosaggi ormonali, in attesa dell'ovulazione naturale. Una volta ottenuta l'ovulazione, si procede con l'**inseminazione intrauterina (IUI)**, che prevede l'introduzione del liquido seminale all'interno della cavità uterina. In questo tipo di inseminazione è necessaria una idonea preparazione del liquido seminale. Se uno o più ovociti vengono fertilizzati e si sviluppano degli embrioni che poi si impiantano in utero, con la relativa formazione di camere gestazionali, il ciclo evolve in una **gravidanza clinica**.
- può essere interrotto durante ogni sua fase per sopraggiunti motivi medici o per volontà della coppia.

Nel 2014 il 91,9% dei cicli iniziati con l'Inseminazione Intrauterina sono giunti all'inseminazione e nel 10% sono state ottenute delle gravidanze. Il 6,4% dei cicli iniziati esita in un parto in cui nasce almeno un bambino nato vivo, dato influenzato dal 18% di gravidanze di cui non si conosce l'esito e che sono considerate perse al follow-up.

Figura 3.2.2: Cicli iniziati, inseminazioni effettuate, gravidanze ottenute e parti con almeno un bambino nato vivo, per i cicli di Inseminazione Semplice (IUI) senza donazione di gameti nel 2014.



3.2.1.3. La probabilità di ottenere una gravidanza varia con l'aumentare dell'età della paziente?

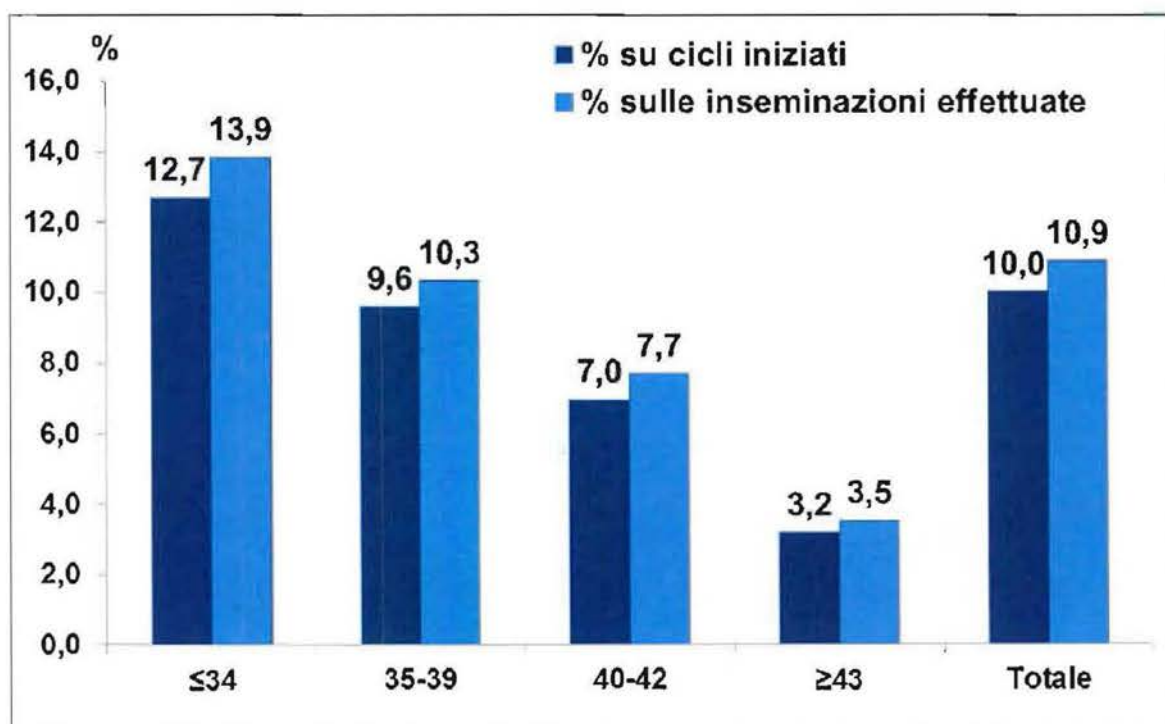
L'età della paziente è una delle variabili che influisce sul buon esito dell'applicazione della tecnica di inseminazione semplice, e quindi anche sulla probabilità di ottenere una gravidanza.

Nella **Figura 3.2.3** è mostrata la distribuzione delle percentuali di gravidanza calcolate sui cicli iniziati e sulle inseminazioni effettuate, secondo l'età della paziente.

L'evidente relazione esistente tra l'età e le percentuali di gravidanza è inversamente proporzionale, cioè all'aumentare dell'età in cui ci si sottopone ad un ciclo di Inseminazione Intrauterina, diminuisce la probabilità di ottenere una gravidanza.

Nel 2014, nelle pazienti con età inferiore ai 34 anni la probabilità di ottenere una gravidanza è stata del 12,7% sui cicli iniziati e del 13,9% sulle inseminazioni effettuate, mentre nelle pazienti con più di 42 anni la percentuale scende rispettivamente al 3,2% ed al 3,5%.

Figura 3.2.3: Percentuali di gravidanza da Inseminazione Semplice senza donazione di gameti nell'anno 2014, rispetto ai cicli iniziati ed alle inseminazioni effettuate secondo le classi di età della paziente.

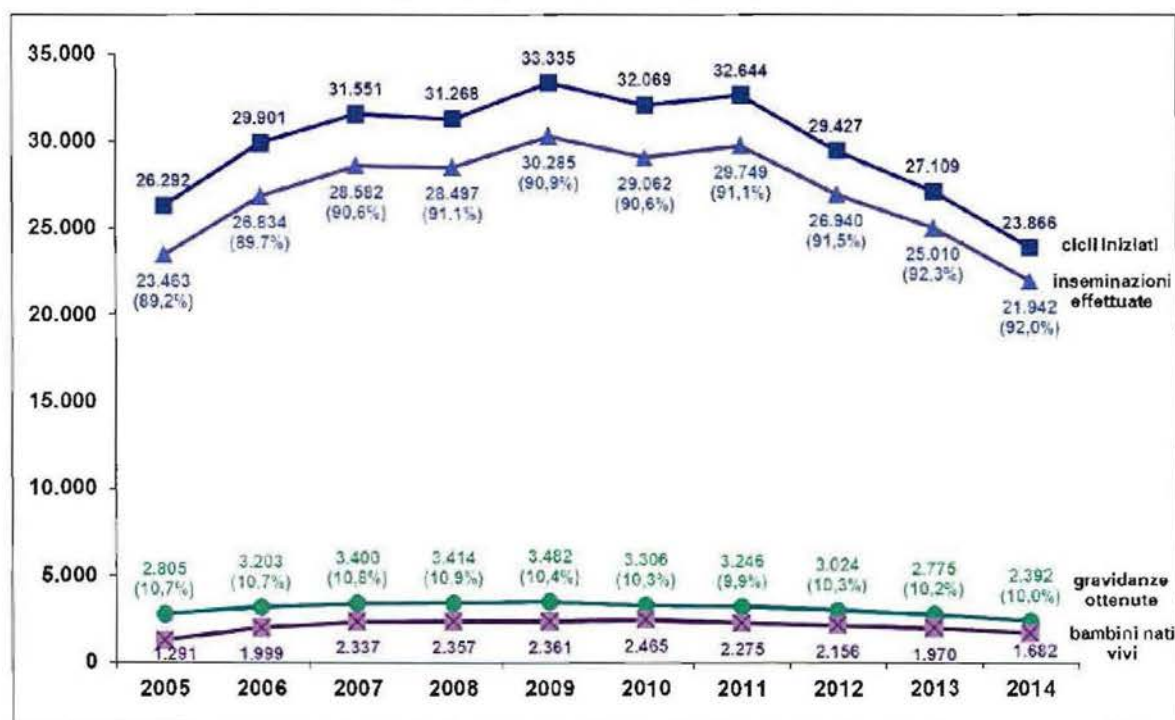


3.2.1.4. Come è cambiata l'applicazione della tecnica di Inseminazione Semplice negli anni?

Nella **Figura 3.2.4** è rappresentata l'evoluzione dell'applicazione della tecnica di Inseminazione Semplice dal 2005 al 2014. I cicli di inseminazione semplice effettuati nel 2014 sono 3.243 in meno rispetto al 2013, diminuisce, ma non in modo significativo, anche la percentuale di inseminazioni effettuate (91,9% dei cicli iniziati), mentre la percentuale di gravidanze ottenute (10,0% dei cicli iniziati) rimane pressoché stabile rispetto al valore del 2013.

Stabile è anche l'età media delle pazienti che inizia un ciclo di inseminazione intrauterina.

Figura 3.2.4: Cicli iniziati, inseminazioni effettuate, gravidanze ottenute e bambini nati vivi per i cicli di Inseminazione Semplice (IUI) senza donazione di gameti. Anni 2005-2014.



3.2.2. Applicazione delle tecniche di secondo e terzo livello.

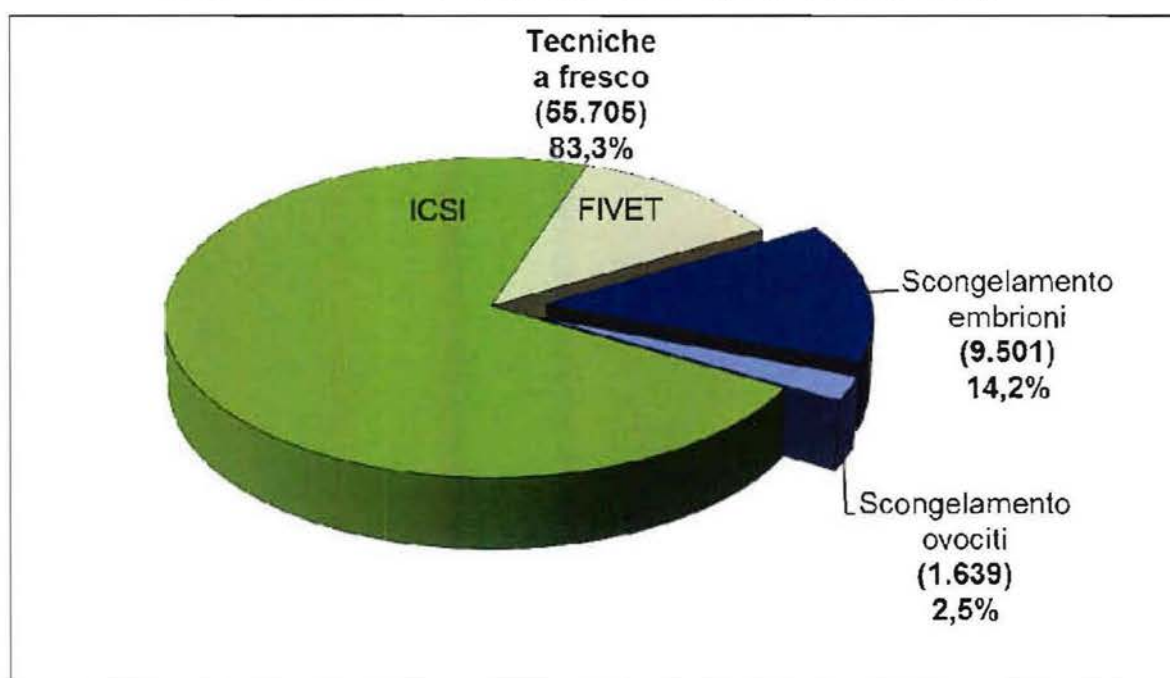
3.2.2.1. Quali tipi di tecniche di PMA di II e III livello, senza donazione di gameti, sono state utilizzate in Italia nel 2014?

La **FIVET** (Fertilization In Vitro Embryo Transfer): tecnica di PMA nella quale si fanno incontrare l'ovulo e gli spermatozoi in un mezzo esterno al corpo della donna, e una volta fecondato l'ovocita, se si sviluppa un embrione, questo viene trasferito in utero.

La **ICSI** (IntraCytoplasmatic Sperm Injection): tecnica di PMA che utilizza l'inseminazione in vitro dove, in particolare, un singolo spermatozoo viene iniettato attraverso la zona pellucida all'interno dell'ovocita; una volta fecondato l'ovocita, l'embrione che si sviluppa viene trasferito in utero.

Tutte queste tecniche possono essere applicate in cicli definiti **“a fresco”**, quando nella procedura si utilizzano sia ovociti che embrioni non crioconservati, o altrimenti in cicli definiti **“da scongelamento”** quando nella procedura si utilizzano ovociti oppure embrioni crioconservati e nei quali è necessario per la loro applicazione lo scongelamento. Dei 66.845 cicli totali di PMA effettuati nel 2014, l'83,3% è stato eseguito con tecniche a fresco (**Figura 3.2.5**), mentre i cicli effettuati dopo scongelamento di embrioni (Frozen Embryo Replacement, **FER**) hanno raggiunto il 14,2% dei cicli totali, ed i cicli effettuati dopo scongelamento di ovociti (Frozen Oocyte, **FO**) sono scesi al 2,5%.

Figura 3.2.5: Tipologia delle tecniche di PMA senza donazione di gameti utilizzate dai centri italiani
— cicli iniziati nell'anno 2014 (in parentesi è indicato, il numero di cicli iniziati)



3.2.2.2. Quali sono le cause di infertilità delle coppie che utilizzano tecniche di PMA di II e III livello, senza donazione di gameti, nei cicli a fresco applicati nel 2014?

Per le tecniche di II e III livello i fattori di infertilità si riferiscono al singolo partner maschile o alla sola donna (con maggiore dettaglio) oppure sono riferiti a entrambi i componenti della coppia.

- Infertilità Femminile suddivisa in:

- **Fattore tubarico** quando le tube di Falloppio sono bloccate o danneggiate, rendendo difficile sia la fecondazione dell'ovocita che/o l'arrivo dell'ovocita fecondato nell'utero.
- **Infertilità endocrina ovulatoria** quando le ovaie non producono ovociti in modo regolare. In questa categoria sono incluse la sindrome dell'ovaio policistico e le cisti multiple ovariche.
- **Endometriosi** quando si ha la presenza di tessuto simile al rivestimento interno dell'utero in posizione anomala. Questo può inficiare sia la qualità ovocitaria, che la capacità dello spermatozoo di fecondare l'ovocita per una interazione con il liquido follicolare ovocitario alterato. Può ridurre anche la possibilità di impianto dell'embrione.
- **Ridotta riserva ovarica** quando la capacità delle ovaie di produrre ovociti è ridotta. Questo può avvenire per cause congenite, mediche, chirurgiche o per età avanzata.
- **Poliabortività** quando si sono verificati due o più aborti spontanei senza alcuna gravidanza a termine.
- **Fattore multiplo femminile** quando più cause di infertilità femminile vengono diagnosticate contemporaneamente.

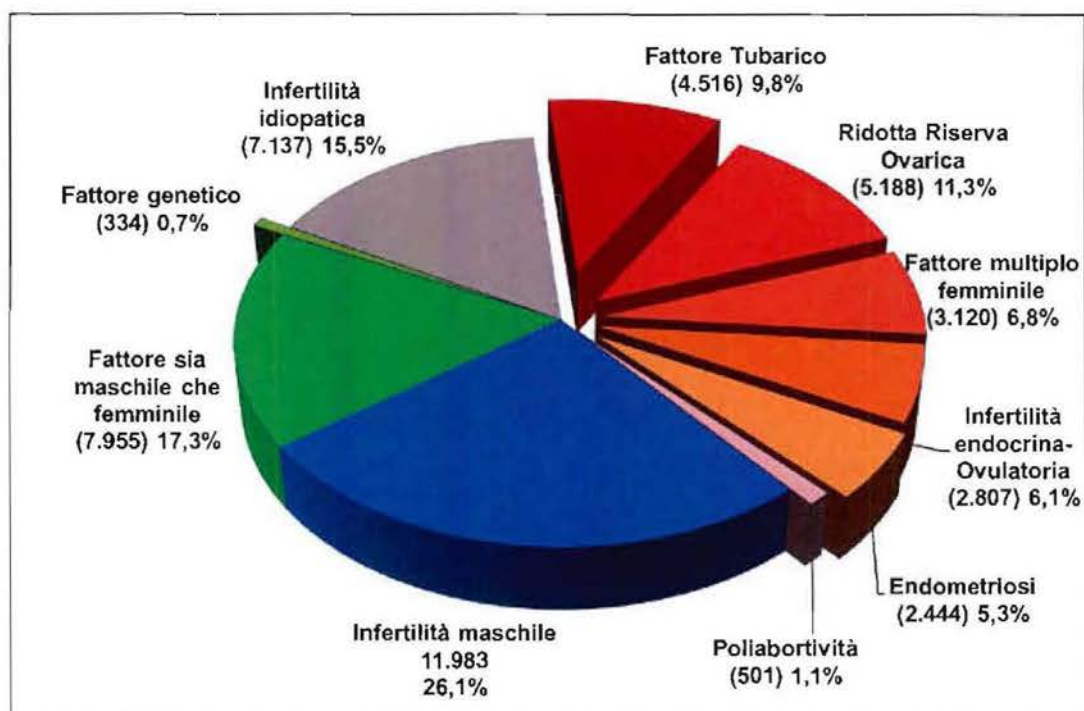
- Infertilità maschile quando è basso il numero degli spermatozoi sani o quando si hanno problemi con la funzionalità spermatica tali da rendere difficile la fecondazione dell'ovocita in condizioni normali.

- Fattore sia maschile che femminile quando una o più cause di infertilità femminile ed infertilità maschile vengono diagnosticate contemporaneamente alla coppia.

- **Fattori genetici** possono essere sia maschili che femminili. Possono essere dovuti ad alterazioni cromosomiche (numeriche e/o strutturali), come ad esempio la sindrome di Klinefelter (47,XXY) o ad alterazioni geniche, come ad esempio microdelezioni del cromosoma Y e la fibrosi cistica.

- Infertilità idiopatica nel caso in cui non si riescano a determinare delle cause femminili o maschili che possano spiegare l'infertilità della coppia.

Figura 3.2.6: Distribuzione delle coppie trattate con cicli a fresco senza donazione di gameti, secondo le cause di Infertilità - anno 2014. (In parentesi è espresso il numero di coppie in valore assoluto). **Coppie totali: 45.985**



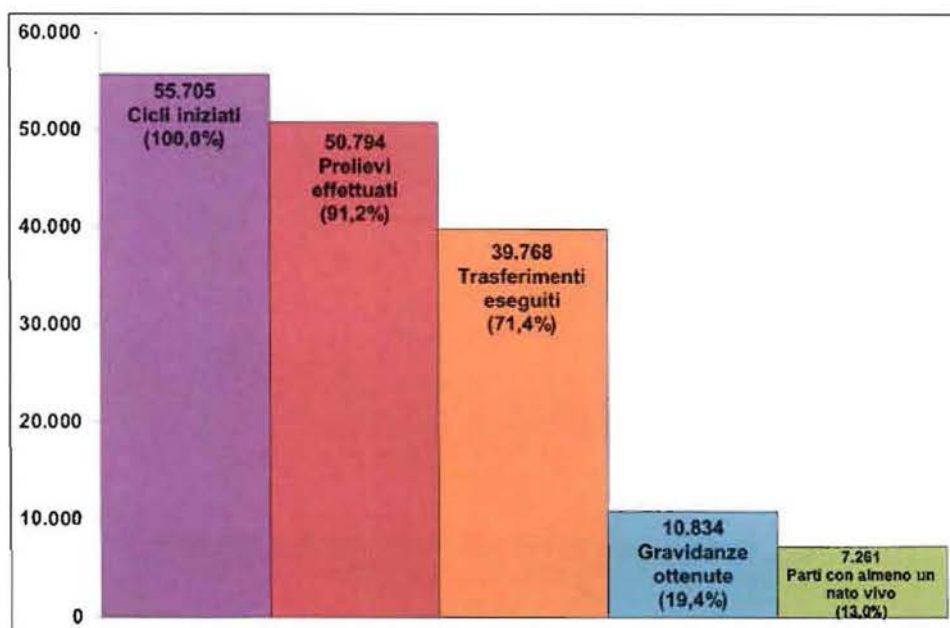
3.2.2.3. Quali sono le fasi di un ciclo a fresco, senza donazione di gameti?

Un ciclo di PMA con tecniche a fresco

- ha inizio quando la donna assume farmaci per indurre le ovaie a produrre più ovociti (stimolazione), oppure in assenza di stimolazione farmacologica, da quando le ovaie della donna vengono tenute sotto controllo attraverso ecografie e/o prelievo del sangue per i dosaggi ormonali, in attesa dell'ovulazione naturale.
- Grazie ad un **prelievo chirurgico**, gli ovociti prodotti vengono aspirati dall'ovaio. Una volta **prelevato**, l'ovocita viene messo a contatto con lo/gli spermatozoo/i in laboratorio. Se la fecondazione ha successo con le tecniche FIVET o ICSI, l'embrione prodotto viene **trasferito** nell'utero della donna attraverso la cervice. Se l'embrione trasferito si impianta nell'utero, con la relativa formazione della camera gestazionale, il ciclo evolve in una **gravidanza clinica**.
- Il ciclo così descritto può essere interrotto/sospeso durante ogni sua fase per sopraggiunti motivi medici o per volontà della coppia, prima della fecondazione.
- Un ciclo si definisce **sospeso** nella fase precedente al prelievo ovocitario; **interrotto** nella fase tra il prelievo ovocitario ed il trasferimento dell'embrione in utero.

La **Figura 3.2.7** mostra le fasi, dalla stimolazione ovarica fino alla gravidanza, che avvengono in un ciclo completo di PMA eseguito con tecniche a fresco con dati riferiti all'anno 2014. Dei 55.705 cicli iniziati con tecniche a fresco, il 91,2% giunge al prelievo di ovociti, il 71,4% al trasferimento di embrioni e nel 19,4% dei cicli iniziati si ottiene una gravidanza. Infine, il 13% dei cicli iniziati si conclude con un parto in cui nasce almeno un bambino nato vivo: il dato dei parti è però influenzato dall'11,9% di gravidanze di cui non si conosce l'esito e che sono considerate perse al follow-up.

Figura 3.2.7: Cicli iniziati, prelievi effettuati, trasferimenti eseguiti e gravidanze ottenute, su tecniche a fresco di II e III livello (FIVET e ICSI) senza donazione di gameti nel 2014.

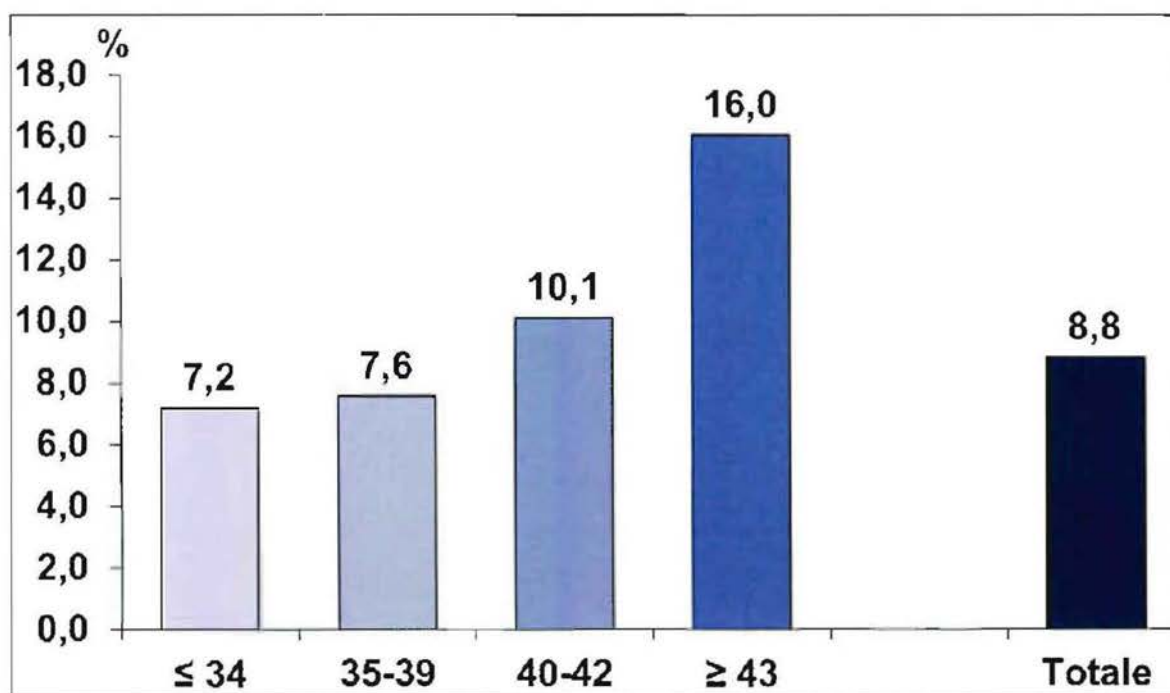


3.2.2.4. Il rischio che il ciclo venga sospeso dopo la stimolazione ovarica, varia con l'età delle pazienti?

Come illustrato precedentemente, dopo la stimolazione ovarica esiste la possibilità che il ciclo venga sospeso, prima di giungere alla fase del prelievo di ovociti. Questa sospensione può dipendere da vari fattori, si può infatti verificare una risposta eccessiva o una mancata risposta alla stimolazione ovarica.

Come illustrato nella **Figura 3.2.8**, il rischio che si possa sospendere il trattamento è direttamente proporzionale all'aumentare dell'età delle pazienti. Se, infatti, nelle classi di età fino a 39 anni il rischio di sospensione di un ciclo prima del prelievo è inferiore al 10%, per le pazienti con età compresa tra i 40 ed i 42 anni il rischio diventa del 10,1%, fino ad arrivare al 16% per le pazienti con età maggiore od uguale ai 43 anni, quasi 2,5 volte maggiore di quello delle pazienti più giovani.

Figura 3.2.8: Distribuzione della percentuale di cicli sospesi (prima del prelievo ovocitario) sul totale di quelli iniziati senza donazione di gameti nell'anno 2014, secondo la classe di età delle pazienti.

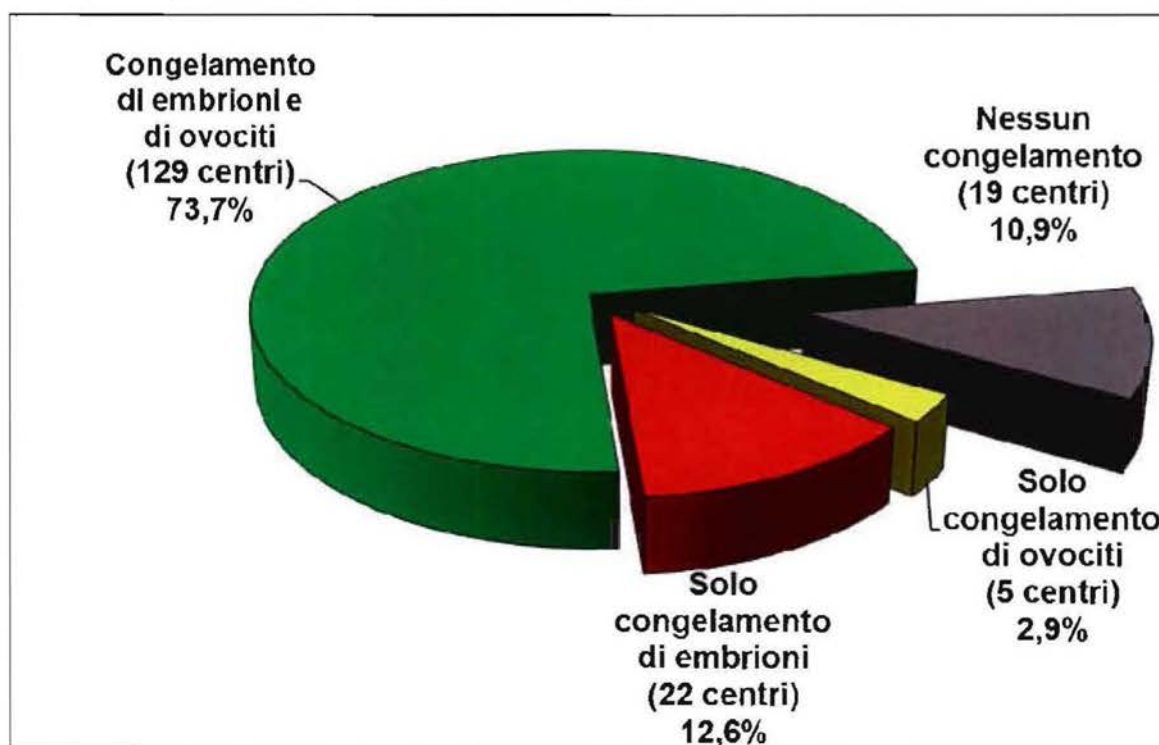


3.2.2.5. In quanti centri vengono effettuati cicli di crioconservazione?

In un ciclo di fecondazione assistita vengono prelevati dalla paziente, dopo opportuna stimolazione ovarica, un certo numero di ovociti. Esiste la possibilità di crioconservare parte di questi ovociti per tentare successive fecondazioni in caso di fallimento nell'applicazione delle tecniche a fresco. Gli ovociti prelevati dopo stimolazione ovarica in un ciclo a fresco vengono inseminati per ottenere gli embrioni che poi saranno trasferiti nell'utero della paziente o in alcuni casi crioconservati. Quindi in alcuni casi si possono crioconservare sia ovociti che embrioni.

Le tecniche di congelamento, però, non sono adottate da tutti i centri, nel 2014 i centri in cui non è stato effettuato alcun tipo di congelamento, né di ovociti né di embrioni, sono stati 19 (10,9% del totale), in diminuzione rispetto ai 30 centri del 2013. La maggior parte dei centri italiani (73,7%) effettua cicli di congelamento di entrambe le tecniche.

Figura 3.2.9: Distribuzione dei centri secondo la tipologia di congelamento utilizzata senza donazione di gameti nell'anno 2014. Centri totali: 175.

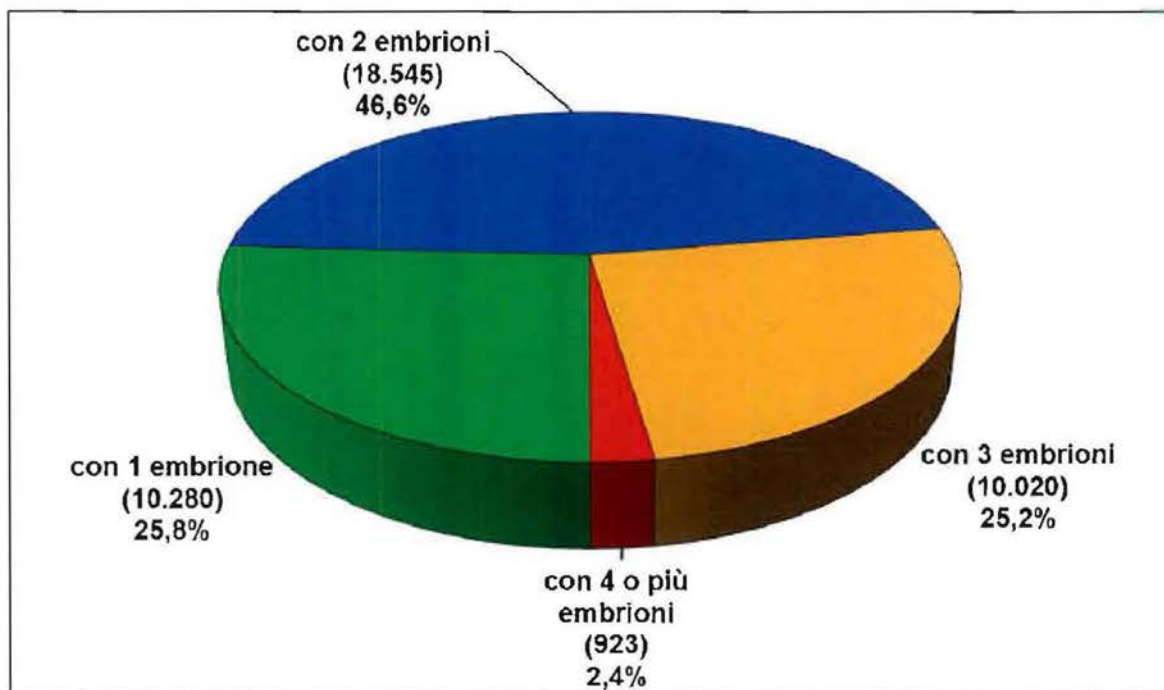


3.2.2.6. Quanti embrioni vengono normalmente trasferiti nei cicli a fresco di PMA senza donazione di gameti?

Nel 2014 il 71,4% dei cicli a fresco sono arrivati alla fase del trasferimento (39.768). I trasferimenti con un embrione sono stati il 25,8% (1,5% in più rispetto al 2013), ed i trasferimenti con 2 embrioni sono il 46,6% del totale (+1,1% del 2013). I trasferimenti con 3 embrioni diminuiscono fino al 25,2% (-2,6% del 2013) e quelli di 4 o più embrioni rimangono stabili al 2,4%.

Il valore medio degli embrioni trasferiti risulta essere di 2 per trasferimento.

Figura 3.2.10: Distribuzione percentuale dei trasferimenti in cicli a fresco (FIVET e ICSI) senza donazione di gameti secondo il numero di embrioni trasferiti nel 2014.



3.2.2.7. Quali sono le percentuali di gravidanze ottenute sui cicli iniziati, sui prelievi effettuati e sui trasferimenti eseguiti per le diverse tecniche (FIVET e ICSI) di PMA senza donazione di gameti?

La **Figura 3.2.11** mostra le percentuali di gravidanze calcolate rispetto ai cicli iniziati, ai prelievi effettuati ed ai trasferimenti eseguiti per le tecniche a fresco utilizzate (FIVET e ICSI) nel 2014. Le maggiori percentuali di gravidanza ottenuta con l'applicazione della tecnica FIVET rispetto a quelle con la tecnica ICSI sono statisticamente significative per tutti e tre i tipi di rapporto. Inoltre, rispetto al 2013, i tassi di successo diminuiscono per la tecnica FIVET ed aumentano per la ICSI; considerando le tecniche a fresco nel loro complesso, i tassi di successo rimangono stabili ai valori del 2013 se calcolati sui cicli iniziati e sui prelievi, mentre aumentano (+0,9%) se calcolati sui trasferimenti.

Figura 3.2.11: Percentuali di gravidanze ottenute sui cicli iniziati, sui prelievi effettuati e sui trasferimenti eseguiti, secondo le diverse tecniche a fresco utilizzate (FIVET e ICSI) senza donazione di gameti nell'anno 2014.

