



IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEI SERVIZI DI PMA DELLA REGIONE TOSCANA

Dr.ssa Laura Gasparri

Dr. Alessandro Bichi

***U.O.C. Fisiopatologia della
Riproduzione Umana PO3 Valdichiana
Centro di PMA di III livello***

**2° CONGRESSO
INTERNAZIONALE**

Fondazione
PMA Italia

PERCHE' LO PSICOLOGO?

- La fiducia e la consapevolezza delle proprie capacità generative sono una componente importante dell'**immagine di sé** intesa come identità personale e di genere, oltre che di coppia. Per la maggior parte delle persone, avere un figlio è sentito come una **continuazione della vita**, come realizzazione di un **progetto condiviso** espressione del desiderio e dell'unione della coppia.
 - La condizione d'infertilità è un evento doloroso, una vera e propria “**crisi di vita**” in grado di provocare in molte coppie una profonda ferita narcisistica conducendo a **vissuti depressivi e svalutativi che si ripercuotono sulla qualità di vita della coppia stessa**.
 - Le coppie che affrontano il percorso di PMA si devono confrontare con una condizione di incertezza e con la possibilità del fallimento del trattamento, tali eventi possono generare **ansia, angoscia, sconforto e depressione**.
-

ALCUNE EVIDENZE

- **Infertility was as stressful as other major medical disorders.** Numerous studies indicated that rates of depression among women undergoing IVF were as high as 40% and up to twice as high as the rates of depression in the general population for both men and women (Holley SR, Pasch L, Bleil ME, Gregorich S, Katz PK, Adler NE. Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. *Fertil. Steril.* 2015; 105:1332–9). Rates of clinically significant anxiety in women undergoing IVF were also higher than the general population with estimates of 15% of women.
 - Stress levels vary across the course of IVF treatment with women who subsequently did not get pregnant reporting higher levels of stress during the monitoring and waiting periods. Moreover, retrospective recall of stress tends to be higher than the daily ratings of stress during treatment.
-

ALCUNE EVIDENZE

- **Also, for men, infertility related stress and depression increases over time, while sexual functioning decreases.** In terms of coping, avoidance coping has been consistently associated with poorer adjustment to infertility and dispositional optimism is correlated with better adjustment (Rockliff H, Lightman S, Rhidian E, Buchanan H, Gordon U, Vedhara K. A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. Hum Reprod Update 2014;20:594–613.)
 - **Last, qualitative and quantitative studies have demonstrated that a subset of patients (25%–50%) have reported strengthened marital relationships during the course of infertility and its treatment.**
-

TABLE 1

Five key paradigm shifts illustrate the evolution of psychology and counseling in infertility, and the historic context that motivated the shifts.

Section	I. Psychosomatic concepts and psychogenic infertility	II. Nurse advocacy and the psychological sequelae model of infertility	III. IVF and the integration of mental health professionals in fertility clinics	IV. Evidence-based medicine and the quality of psychological support	V. Integrated approach to fertility care
Timeline	1940	1974	1978	1999	2012
Historic context	High rate of unexplained infertility	High failure rate of available treatments	IVF and the era of new reproductive technologies	Evidence-based medicine using the best research evidence as basis of all clinical decision-making	Treatment "dropout" and compliance
Paradigm shift into	Psychological causes of infertility	Psychological consequences of infertility	Pretreatment psychological assessment, welfare of the child, third party reproduction, and monitoring of child outcomes	Development and evaluation of psychological interventions	Focus on burden of treatment and treatment engagement & disengagement

Note: Dates of paradigm shifts are approximate only.

Boivin. *Evolution of psychology and counseling. Fertil Steril* 2015.

EVOLUZIONE DEL RUOLO DELLA PSICOLOGIA E DEL COUNSELLING NEL TRATTAMENTO DELL'INFERTILITÀ'

Le teorie che spiegavano l'infertilità femminile come conseguenza di conflitti irrisolti legati alla femminilità ed alla maternità hanno lasciato spazio, grazie alle scoperte mediche legate alla PMA, a modelli interpretativi dello stress psicologico conseguente alla condizione d'infertilità, al trattamento stesso e alle ricadute nella qualità di vita.

Modello bio-psico-sociale: lo stress provocato da fattori biologici, psicologici e sociali incide sulla fertilità attraverso l'adozione di stili di vita, modalità relazionali e di richiesta d'aiuto non adeguati (strategie di coping non funzionali)

Le conseguenze dell'infertilità: disagio personale e di coppia, con forte peso per le donne, e distress legato al trattamento. Counselling per ridurre il distress, favorire la compliance al trattamento e agevolare stili di coping e di vita più funzionali

I RIFERIMENTI TEMATICI PER LA PSICOLOGIA E PER IL COUNSELLING NEL TRATTAMENTO DELL'INFERTILITA'

La valutazione pre-trattamento delle coppie al fine di valutare sia i bisogni psicologici di cui prendersi cura durante il trattamento sia di stimolare un decision making consapevole delle tecniche di PMA.

Le ricerche dimostrano l'utilità di interventi di gruppo basati sulla promozione di conoscenze, competenze e sulla condivisione emotiva nonché sulla capacità di disinvestire dall'obiettivo nel caso di fallimento

**I TEMI DELLA PSICOLOGIA E DEL COUNSELLING
NEL TRATTAMENTO DELL'INFERTILITA'**

Modello Integrato: l'equipe multidisciplinare
deve possedere complessivamente
conoscenze e competenze di supporto al
fine di facilitare la gestione del trattamento e
la qualità della presa in carico.
FORMAZIONE INTEGRATA

**I TEMI DELLA PSICOLOGIA E DEL COUNSELLING
NEL TRATTAMENTO DELL'INFERTILITA'**

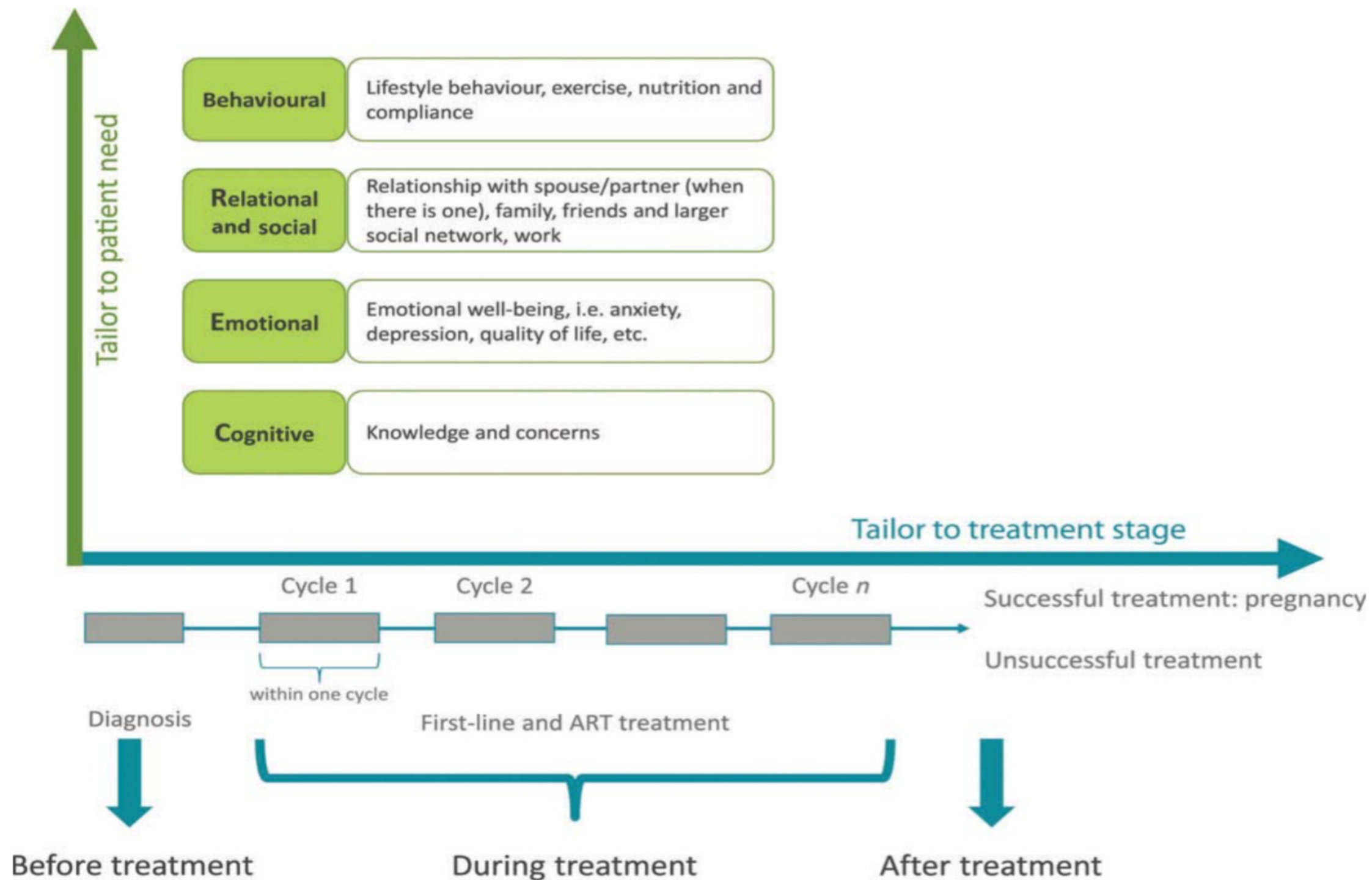


Figure 1 Schematic representation of the guideline approach for the provision of psychosocial care tailored to specific infertility and assisted reproductive technology (ART) treatment stages and patient needs.

LE LINEE GUIDA ESHRE 2015 ROUTINE PSYCHOSOCIAL CARE IN INFERTILITY AND MEDICALLY ASSISTED REPRODUCTION – A GUIDE FOR FERTILITY STAFF

NOTA BENE

- 1) I pazienti desiderano che l'equipe valuti le loro preferenze all'interno dell'offerta di cura.
 - 2) L'equipe deve essere informata dei bisogni specifici dei pazienti nelle varie fasi del trattamento che deve essere costruito sulla base degli stessi.
 - 3) Una percentuale ridotta di coppie è maggiormente vulnerabile alla complessità, technicalità e pesantezza del trattamento e quindi necessità di strumenti di supporto specifici (necessità di individuazione delle coppie a rischio e/o eventuale collegamento con i servizi di salute mentale).
-

IL RUOLO DELLA PSICOLOGIA

TECNICHE DI PMA
OMOLOGA

TECNICHE DI PMA
ETEROLOGA

PSICOLOGIA

DIAGNOSI GENETICA
PREIMPIANTO

FERTILITA'
CONSAPEVOLE

PRIMA DEL TRATTAMENTO

LO PSICOLOGO PARTECIPA ALLA PRIMA CONSULENZA (INSIEME) AL MEDICO E SOMMINISTRA IL QUESTIONARIO SULLA QUALITÀ DI VITA RISPETTO ALL'INFERTILITÀ (FERTIQOL).

Obiettivi:

- accogliere le coppie per favorire il riconoscimento del problema d'infertilità in uno spazio adeguato per parlare liberamente della propria storia d'infertilità e rielaborare costruttivamente la propria condizione d'infertilità;
 - favorire un atteggiamento mentale più realistico per affrontare il trattamento all'interno del percorso di PMA, favorendo la costruzione di un frame complessivo delle informazioni a disposizione;
 - costruire interventi personalizzati sui bisogni delle coppie emersi dal colloquio e dalla correzione del Fertiqol (percorsi individuali, di coppia e di gruppo).
-

FertiQoL International

Questionario sulla qualità della vita prendendo in considerazione la fertilità (Fertility Quality of Life Questionnaire) (2008)

Per ogni domanda spunti la casella per la risposta che riflette più accuratamente il modo in cui Lei pensa e percepisce le cose. Si prega di relazionare le risposte ai Suoi pensieri e sentimenti attuali; alcune domande potrebbero riferirsi alla Sua vita privata, ma sono necessarie per misurare in modo adeguato tutti gli aspetti della Sua vita.

Completate le voci contrassegnate con un asterisco (*) soltanto se ha un partner.

Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Molto scadente	Scadente	Nè buono nè cattivo	Buono	Molto buono
A	Come considera il Suo stato di salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Poco soddisfatta	Insoddisfatta	Indifferente	Soddisfatta	Molto soddisfatta
B	È soddisfatta della qualità della Sua vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Completamente	Parecchio	Moderatamente	Non molto	Affatto
Q1	La Sua attenzione e concentrazione sono compromesse perché pensa all'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Crede che non potrà perseguire gli altri obiettivi e programmi di vita a causa del problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Si sente spossata o sfinita dal problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Si sente in grado di affrontare il problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Poco soddisfatta	Insoddisfatta	Indifferente	Soddisfatta	Molto soddisfatta
Q5	È soddisfatta con il supporto che riceve dagli amici per quanto riguarda il Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	È soddisfatta delle Sue relazioni sessuali anche se ha il problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Sempre	Molto spesso	Abbastanza spesso	Raramente	Mai
Q7	Il Suo problema dell'infertilità Le provoca sentimenti di gelosia e risentimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	Prova sentimenti di pena e/o perdita per il fatto di non essere in grado di avere un bambino (o più bambini)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	Passa da sentimenti di speranza a quelli di disperazione a causa del problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	Si sente socialmente isolata a causa del problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q11	Esistono ancora sentimenti tra Lei e il Suo partner anche se avete il problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	Il Suo problema dell'infertilità interferisce con il lavoro o gli obblighi di tutti i giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	Si sente a disagio quando si trova in situazioni sociali come vacanze e celebrazioni a causa del Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	Crede che la Sua famiglia sia in grado di rendersi conto di cosa Lei stia sperimentando in questo momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per ogni domanda, spuntare la risposta che più riflette i Suoi pensieri e sentimenti attuali		Moltissimo	Molto	Moderatamente	Poco	Per niente
*Q15	Il Suo problema dell'infertilità ha rafforzato il sentimento che prova verso il Suo partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	Si sente triste e depressa a causa del Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	Il Suo problema dell'infertilità la fa sentire inferiore alle persone che hanno bambini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Si sente spesso stanca a causa del Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Il Suo problema dell'infertilità ha avuto un impatto negativo sulla Sua relazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Trova difficile parlare al Suo partner dei Suoi sentimenti concernenti il Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	È contenta delle relazioni che ha con il Suo partner anche se ha il problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Si sente sotto pressione dal punto di vista sociale ad avere un bambino (o più bambini)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Si sente adirata a causa del Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Sente dolore e sofferenza fisica a causa del Suo problema dell'infertilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQoL è composto da 24 item e due item addizionali che indicano come il soggetto valuti complessivamente la sua salute fisica (item A) e la sua qualità di vita (item B).

Il questionario permette l'individuazione di punteggi globali da 0 a 100 nelle seguenti sottoscale:

Item	Core FertiQoL			
	Emotional	Mind/Body	Relational	Social
Q4R	Q1	Q6	Q5	
Q7	Q2	Q11R	Q10	
Q8	Q3	Q15R	Q13	
Q9	Q12	Q19	Q14R	
Q16	Q18	Q20	Q17	
Q23	Q24	Q21R	Q22	

Core Fertiqol: indica l'impatto dell'infertilità sulla qualità della vita

Emotional: impatto delle emozioni negative sulla qualità della vita (stima la presenza di una deflessione del tono dell'umore)

Mind/Body: impatto dei problemi di fertilità su salute fisica, cognizioni e comportamento

Relational: impatto dei problemi di fertilità sulla relazione di coppia (sessualità, comunicazione, investimento)

Social: la misura in cui le interazioni sociali sono state colpite da problemi di infertilità (inclusione, stigma, supporto).



“Nel mezzo delle difficoltà
nascono le opportunità”

Albert Einstein

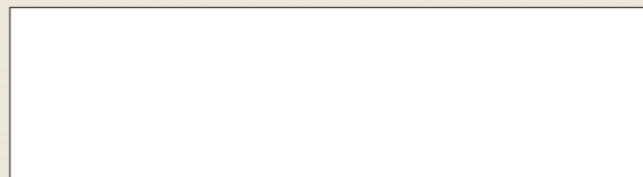


AZIENDA USL TOSCANA
SUD-EST
RETE PMA

SEDI:
CORTONA
CAMPOSTAGGIA •
GROSSETO
MONTEVARCHI
BIBBIENA

PER
INFORMAZIONI
RIVOLGERSI A
CENTRO PMA DI
CORTONA

0575-639278/639272
info@pmacortona.it



GRUPPO INFORMATIVO ORIENTATIVO FERTILITÀ ED INFERTILITÀ



INCONTRI DI GRUPPO
RIVOLTI ALLE COPPIE CHE
AFFRONTANO PER LA
PRIMA VOLTA IL PERCORSO
DI PROCREAZIONE
MEDICALMENTE ASSISTITA

GRUPPO INFORMATIVO ORIENTATIVO

L'Azienda USL Toscana Sud-Est propone incontri di gruppo per le coppie che si confrontano per la prima volta con la condizione di infertilità e decidono di affrontare il percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

Scopo di questi incontri è quello di informare e spiegare la condizione di infertilità e le risposte che l'Azienda USL Toscana Sud-Est può fornire per la diagnosi ed il trattamento.

Durante l'incontro verrà dato ampio spazio ai contenuti medici ed ai risvolti psicologici che caratterizzano la condizione di infertilità ed il percorso di PMA



Quello che potrete conoscere partecipando sono adeguate informazioni ad esempio su cosa sia la PMA, sulla fertilità e sulle cause dell'infertilità, su stili di vita e abitudini comportamentali che incidono sulla fertilità, in cosa consistano le procedure FIVET ed ICSI, cosa sia la Diagnosi Genetica Pre-Impianto e sulle implicazioni psicologiche del percorso di PMA.

OBIETTIVI:

- ♦ offrire adeguate informazioni mediche e psicologiche
- ♦ orientare il processo decisionale
- ♦ dare l'opportunità di formulare domande al fine di chiarire eventuali dubbi
- ♦ preparare psicologicamente al percorso di procreazione medicalmente assistita
- ♦ rispondere ai bisogni dei partecipanti

COME SI SVOLGE

Il programma prevede un incontro al mese della durata di un'ora circa con la conduzione di un medico ginecologo e di uno psicologo.

DURANTE IL TRATTAMENTO

LO PSICOLOGO PARTECIPA AL COLLOQUIO DI ESITO DEL PICK-UP E PREPARAZIONE DEL TRANSFER INSIEME AL MEDICO ED AL BIOLOGO.

Obiettivi:

- aiutare la coppia attraverso strumenti di sostegno per favorire la compliance alle procedure mediche (tempi di attesa, esami clinici, riorganizzazione vita di coppia);
 - favorire nella coppia processi decisionali consapevoli (esito del pick-up e transfer)
-

DOPO IL TRATTAMENTO

LO PSICOLOGO PARTECIPA AL COLLOQUIO DI RI-CONSULENZA
INSIEME AL MEDICO

Obiettivi:

- sostenere la coppia con esito negativo al fine di regolare l'impatto emotivo del fallimento;
 - favorire nella coppia processi decisionali consapevoli (riconsiderazione del trattamento e dell'esito).
-



MOLTO DI QUELLO CHE IMPARIAMO
LO IMPARIAMO DAGLI ALTRI
(Jay Cross)

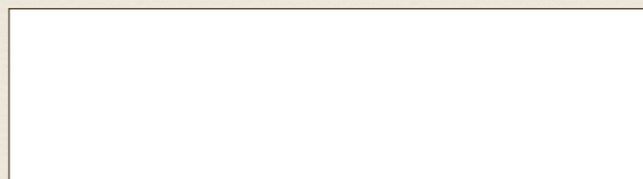


AZIENDA USL TOSCANA
SUD-EST
RETE PMA

SEDI:
CORTONA
CAMPOSTAGGIA
GROSSETO
MONTEVARCHI
BIBBIENA

PER
INFORMAZIONI
RIVOLGERSI A
CENTRO PMA DI
CORTONA

0575-639278/639272
info@pmacortona.it



GRUPPO AMA
AUTO MUTUO AIUTO



INCONTRI DI GRUPPO
RIVOLTI ALLE COPPIE CHE
STANNO AFFRONTANDO IL
PERCORSO DI
PROCREAZIONE
MEDICALMENTE ASSISTITA

GRUPPO DI AUTO MUTUO AIUTO

Le coppie che decidono di affidarsi alle tecniche di Procreazione Assistita vivono un'esperienza ad alto impatto emotivo all'interno di uno spazio tecnico-medico di complessa gestione.

A volte sensazioni negative quali rabbia, vergogna, senso di impotenza irrompono nel vissuto emotivo delle singole persone e possono acuirsi durante il percorso terapeutico, al momento dei risultati o nel corso di un possibile fallimento.

La RETE PMA propone alle coppie che stanno affrontando il percorso di PMA, la possibilità di partecipare ai gruppi di incontro al fine di aprire uno spazio di dialogo che consenta di scambiare esperienze ed emozioni offrendo quindi un aiuto autentico in quanto derivante dal mutuo sostegno dei componenti del gruppo

I gruppi AMA puntano l'attenzione non sulle difficoltà e le carenze ma sui punti di forza di ognuno.



L'auto-aiuto si fonda sull'azione partecipata delle persone che, sebbene in difficoltà, nel gruppo si attivano ed aiutano portando qualcosa della propria storia e della propria esperienza. La forza dei gruppi AMA sta nella reciprocità di risorse che ogni partecipante racchiude in sé e condivide con gli altri.

OBIETTIVI:

Gli incontri di gruppo si propongono di:

- ❖ sostenere le coppie durante l'iter terapeutico
- ❖ contenere il livello di stress dovuto agli esami medici
- ❖ condividere ed esplorare la propria esperienza e le emozioni vissute.
- ❖ elaborare strategie funzionali che possano aiutare le coppie ad affrontare il trattamento con maggiore

COME SI SVOLGE

Il programma prevede un incontro al mese della durata di un'ora e mezzo circa con la partecipazione di uno psicologo avente funzione di facilitatore della comunicazione tra i componenti del gruppo.

ETEROLOGA

In base alle Linee Guida della Regione allegate a D.G.R. n.650 del 28.07.2014 e D.G.R. n.837 del 06.10.2014 la coppia che rispetta i criteri può accedere alla PMA di tipo eterologo con certificazione del medico specialista incaricato e deve poter disporre di un supporto psicologico.

In tale ottica la RETE PMA della USL Toscana Sud-est prevede la consulenza psicologica obbligatoria come ulteriore garanzia di consapevolezza del percorso suddetto con particolare riferimento ai temi della donazione, della PGD e delle alternative ai sensi della legge n. 184 del.04.05.1983 e successive modificazioni.

Obiettivi:

- Favorire consapevolezza del percorso, promuovere atteggiamento più realistico ed informare sulle procedure di adozione ed affidamento ai sensi della legge n. 184 del 04.05.1983 e successive modificazioni;
 - Valutare eventuali criticità.
-

ETEROLOGA

Delibera firmata digitalmente



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 1250 DEL 27/11/2018

OGGETTO: Accordo di collaborazione medico-scientifica tra Azienda UsI Toscana Sud Est e Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi - Servizi per il reperimento di ovociti e spermatozoi umani finalizzati alla procreazione medicalmente assistita - Adozione schema

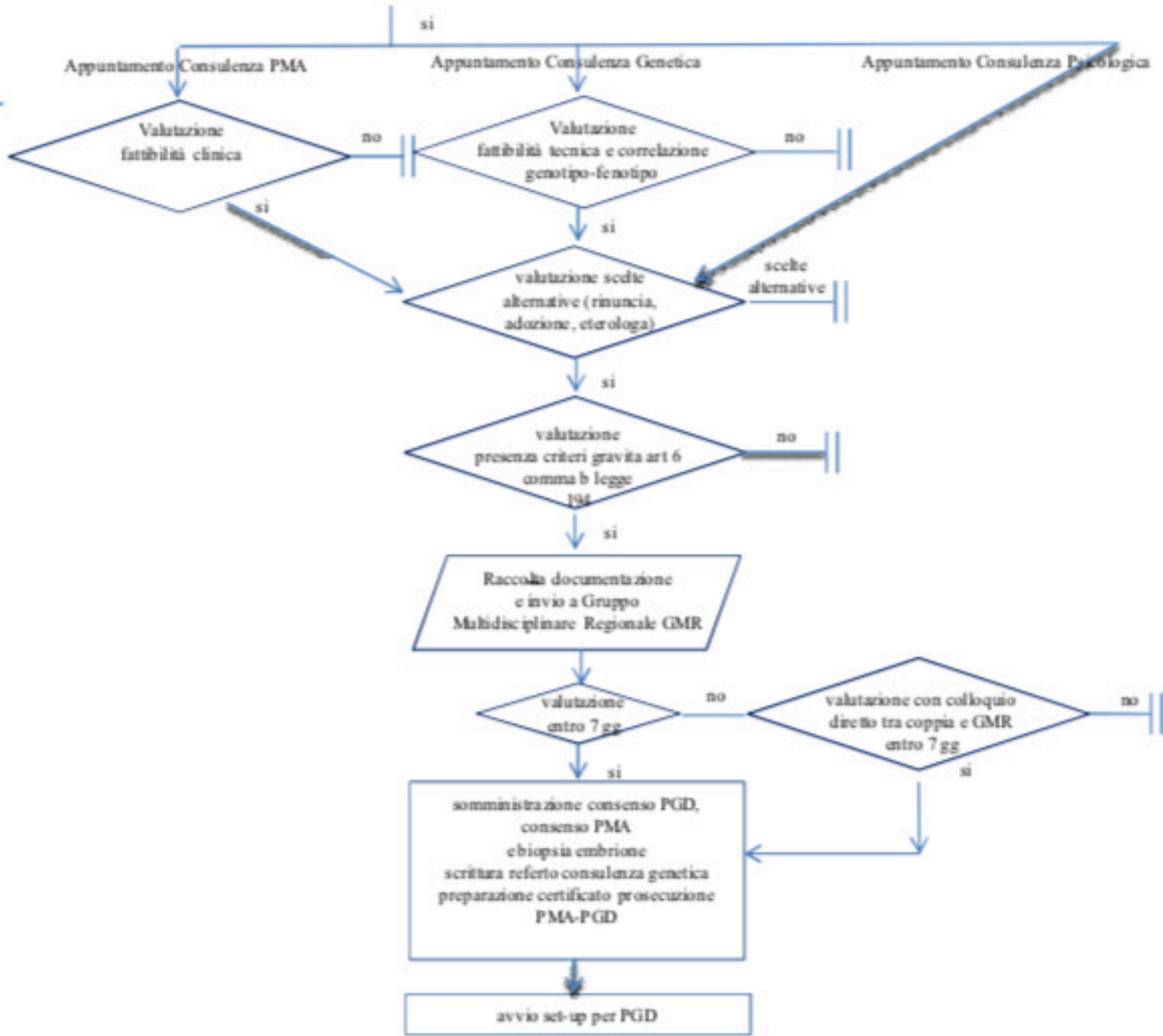
PGD

In base alle Linee Guida della Regione allegate al Decreto n. 4183 del 05.04.2017 la coppia che rispetta i criteri di cui ai punti a) b) e c) può accedere alla PGD ed essere presa in carico da un'equipe multidisciplinare composta da un ginecologo, da un genetista e da uno psicologo che valuta l'esistenza dei presupposti integranti i criteri di gravità di cui all'art. 6, comma 1, lettera b della legge 194/78 **(a) quando la gravidanza ed il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati i processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna).**

Obiettivi:

- Favorire consapevolezza del percorso ed informare sulle scelte alternative (procedure di adozione ed affidamento ai sensi della legge n. 184 del 04.05.1983 e successive modificazioni e sull'eterologa).
 - Valutare eventuali criticità e fornire supporto.
-

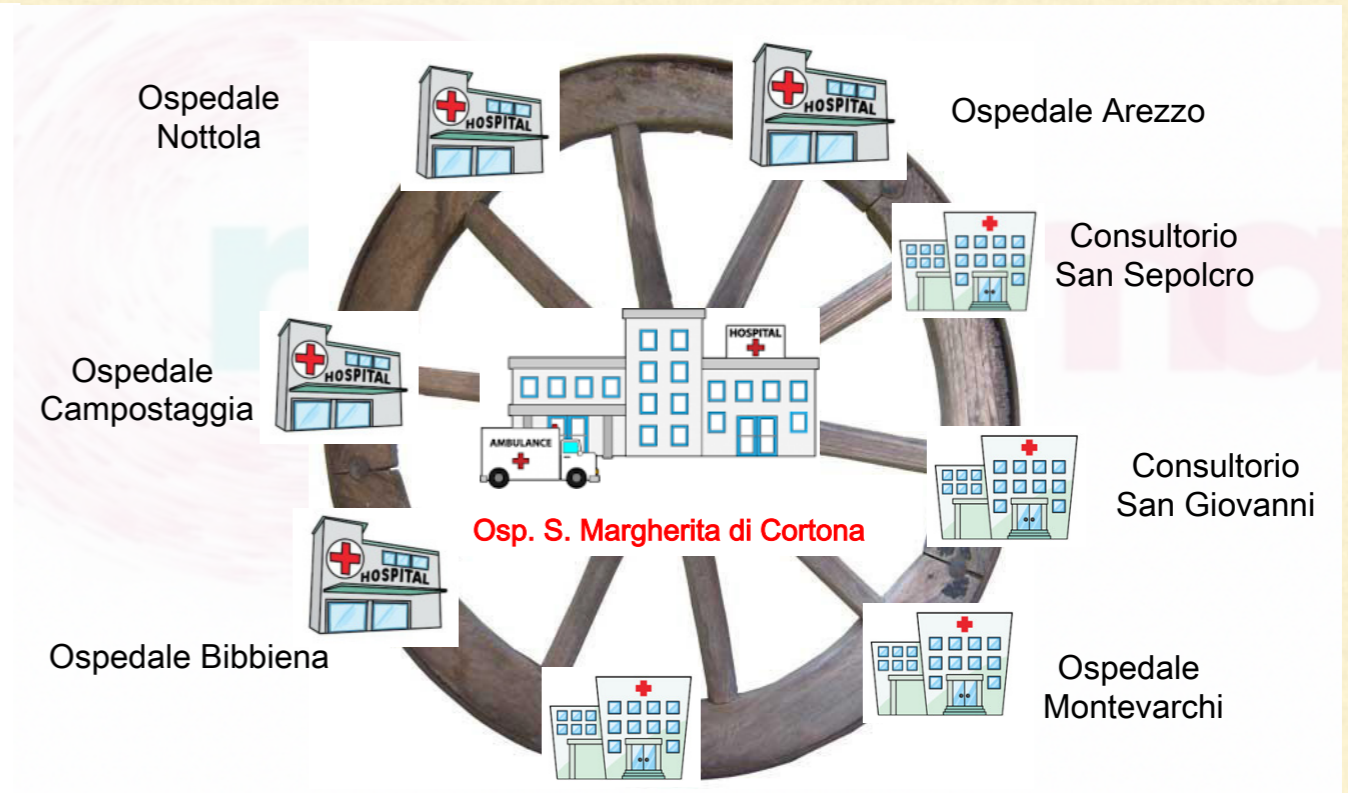
presa in carico coppia



LO PSICOLOGO COME FACILITATORE DELLA RETE PMA: GARANTISCE IL COLLEGAMENTO FRA L'HUB ED GLI SPOKE TERRITORIALI ATTRAVERSO STRUMENTI DI COMUNICAZIONE FRA OPERATORI, CONDIVISIONE METODOLOGIE E PROTOCOLLI (MANUALE OPERATORI PMA) E VALUTAZIONE EFFICACIA (FOCUS GROUP).

RETE PMA USL Sud-Est

CORTONA	PMA I/III livello
SIENA	PMA I/II livello
GROSSETO	PMA I livello





Regione Toscana



Rete Clinica

LA RETE REGIONALE SULLA PREVENZIONE E CURA DELL'INFERTILITA'

**DELIBERE N.777 DEL 17.07.2017
E N. 867 DEL 30.07.2018**



Regione Toscana



MARZO 2019: COSTITUZIONE DEL TAVOLO DI FORMULAZIONE DEL PDTA DEL RUOLO E DELLE FUNZIONI DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DEL PERCORSO DI PREVENZIONE E CURA DELL'INFERTILITÀ.

COINVOLTI PSICOLOGI APPARTENENTI A TUTTI I MAGGIORI CENTRI PUBBLICI E PRIVATI DELLA REGIONE TOSCANA



Regione Toscana



Linee di indirizzo sul PDTA sulla Procreazione Medicalmente Assistita della Regione Toscana (Decreto n.991 del 29-01-2019)

Consulenza psicologica

Viene effettuata solitamente in occasione della prima visita. Ulteriori approfondimenti e percorsi terapeutici di tipo psicologico saranno valutati di volta in volta.

Numerosi studi e ricerche indicano come la condizione d'infertilità conduca la coppia a vivere esperienze psicologiche, relazionali e sociali molto complesse e ad alto impatto emotivo. Per tale ragione la nostra Rete garantisce l'attività di consulenza e supporto psicologico a tutte le coppie che si trovano ad affrontare il percorso di PMA, al fine di stimolare nelle stesse maggior empowerment e compliance terapeutica, con conseguente riduzione dei fattori di rischio connessi all'alta complessità tecnologica delle procedure di procreazione assistita (paura, frustrazione, delusione, ansia e stress). L'attività di consulenza è resa accessibile in tutte le fasi dell'approccio diagnostico e terapeutico dell'infertilità e si declina in azioni mirate a: fornire alla coppia gli elementi utili a maturare un'accettazione consapevole della tecnica proposta (fase iniziale), sostenere la coppia stessa durante i trattamenti terapeutici specifici (fase intermedia) e accompagnarla nel processo di valutazione e decisione in funzione dell'esito del percorso terapeutico intrapreso (fase finale).

La Rete di PMA garantisce inoltre strumenti di intervento psicologico mirati e specifici al trattamento di procreazione eterologa, alla promozione di conoscenze sulla fertilità e sulla prevenzione dell'infertilità e allo sviluppo dell'appropriatezza e dell'eccellenza sia delle prestazioni erogate in tutti i nodi della Rete sia dell'integrazione dei ruoli professionali coinvolti.

In particolare la valutazione psicologica sarà di fondamentale importanza nella valutazione di accessibilità alle tecniche di PMA per la coppia in presenza di fattori di rischio specifici.

Forty years of IVF

Craig Niederberger, M.D.,^{1,2,3} Antonio Pellicer, M.D.,^{3,4,5} Jacques Cohen, Ph.D., H.C.L.D.,⁶ David K. Gardner, D.Phil.,^{7,8} Gianpiero D. Palermo, M.D., Ph.D.,⁹ Claire L. O'Neill, B.S.,⁹ Stephen Chow, B.A.,⁹ Zev Rosenwaks, M.D.,⁹ Ana Cobo, Ph.D.,¹⁰ Jason E. Swain, Ph.D.,¹¹ William B. Schoolcraft, M.D.,^{11,12} René Frydman, M.D.,¹³ Lauren A. Bishop, M.D.,¹⁴ Davora Aharon, M.D.,¹⁵ Catherine Gordon, M.D.,¹⁶ Erika New, M.D.,¹⁷ Alan Decherney, M.D.,¹⁴ Seang Lin Tan, M.D.,¹⁸ Richard J. Paulson, M.D., M.S.,¹⁹ James M. Goldfarb, M.D., M.B.A.,²⁰ Mats Brännström, M.D., Ph.D.,^{21,22} Jacques Donnez, M.D., Ph.D.,^{23,24} Sherman Silber, M.D.,²⁵ Marie-Madeleine Dolmans, M.D., Ph.D.,^{26,27} Joe Leigh Simpson, M.D.,²⁸ Alan H. Handyside, Ph.D.,^{29,30} Santiago Munné, Ph.D.,^{31,32} Cristina Eguizabal, Ph.D.,³³ Nuria Montserrat, Ph.D.,³⁴ Juan Carlos Izpisua Belmonte, Ph.D.,³⁵ Alan Trounson, Ph.D.,³⁶ Carlos Simon, M.D., Ph.D.,^{37,38,39,40} Togas Tulandi, M.D., M.H.C.M.,¹⁸ Linda C. Giudice, M.D., Ph.D.,⁴¹ Robert J. Norman, M.D., C.R.E.I.,^{42,43} Aaron J. Hsueh, Ph.D.,⁴⁴ Yingpu Sun, M.D., Ph.D.,⁴⁵ Neri Laufer, M.D.,⁴⁶ Ronit Kochman, M.D.,⁴⁶ Talia Eldar-Geva, M.D., Ph.D.,^{46,47} Bruno Lunenfeld, M.D., Ph.D.,⁴⁸ Diego Ezcurra, D.V.M., M.Sc.,⁴⁹ Thomas D'Hooghe, M.D., Ph.D.,^{50,51,52} Bart C. J. M. Fauser, M.D., Ph.D.,⁵³ Basil C. Tarlatzis, M.D., Ph.D.,⁵⁴ David R. Meldrum, M.D.,^{55,56} Robert F. Casper, M.D.,^{57,58} Human M. Fatemi, M.D., Ph.D.,⁵⁹ Paul Devroey, M.D., Ph.D.,^{60,61} Daniela Galliano, M.D., Ph.D.,^{4,62} Matts Wikland, M.D., Ph.D.,⁶³ Mark Sigman, M.D.,^{64,65} Richard A. Schoor, M.D., F.A.C.S.,^{66,67} Marc Goldstein, M.D.,⁶⁸ Larry I. Lipshultz, M.D.,⁶⁹ Peter N. Schlegel, M.D.,⁷⁰ Alayman Hussein, M.B.B.Ch., M.Sc., M.D.,⁷¹ Robert D. Oates, M.D.,⁷² Robert E. Brannigan, M.D.,⁷³ Heather E. Ross, Esq.,⁷⁴ Guido Pennings, Ph.D.,⁷⁵ Susan C. Klock, Ph.D.,⁷⁶ Simon Brown, M.A.,⁷⁷ André Van Steirteghem, M.D., Ph.D.,⁷⁸ Robert W. Rebar, M.D.,^{79,80} and Andrew R. LaBarbera, Ph.D.^{81,82,83}

This monograph, written by the pioneers of IVF and reproductive medicine, celebrates the history, achievements, and medical advancements made over the last 40 years in this rapidly growing field. (Fertil Steril® 2018;110:185–324. ©2018 by American Society for Reproductive Medicine.)

Key Words: History, IVF, laboratory, male reproduction, controlled ovarian stimulation

SCENARI FUTURI PER LA PSICOLOGIA

- There have been both qualitative and quantitative studies of parenting after oocyte donation describing the themes that women identified and worked through as they became mothers via oocyte donation. Mothers via egg donation acknowledged a strong desire for motherhood coupled with the realization of their infertility and the traumatic loss that infertility represented. As they made the decision to use oocyte donation to conceive, these women reported coming to terms with using donated oocytes to become pregnant and characterized the advantages of motherhood via oocyte donation as being able to experience pregnancy, to feel normal after the infertility diagnosis, and to nurture and establish a bond with a child. Several longitudinal studies addressing the adjustment of mothers after oocyte donation. **The authors have concluded that the mother and child interactions up to age 14 years do not differ significantly from those of mothers with naturally conceived children** (Golombok S, Elio E, Blake L, Roman G, Jadva V. A longitudinal study of families formed through reproductive donation: parent adolescent relationships and adolescent adjustment at age 14. Dev Psychol 2017;53:1966–77).
-

SCENARI FUTURI PER LA PSICOLOGIA

- Fertility preservation for non medical reasons is also growing as employers are offering oocyte freezing cycles as a benefit to their female employees or women choose to self-pay to undergo oocyte cryopreservation. The expanded use of oocyte cryopreservation allows women to delay child-bearing due to career, relationship or other life circumstances (Argyle C, Harper J, Davies M. Oocyte cryopreservation: where are we now? Hum Reprod Update 2016; 22:440–9). Oocyte cryopreservation can represent reproductive insurance for women who delay childbearing. Although it has been argued that oocyte cryopreservation's success has been overstated and represents a false sense of reproductive security, it is nevertheless an increasingly common treatment among those women who can afford it. Psychologically, it presents another avenue of choice and hope for women regarding control over their reproductive lives.
-

Linee di indirizzo sul PDTA sulla Procreazione Medicalmente Assistita della Regione Toscana (Decreto n.991 del 29-01-2019)

PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' – SOCIAL FREEZING

Per Social Freezing si intende la preservazione della fertilità per motivi sociali (mancanza di un partner stabile o di una sicurezza economica, prospettiva di carriera, etc.). La crioconservazione ovocitaria può essere richiesta da donne che desiderano ritardare il progetto di genitorialità. Infatti, all'aumentare dell'età diminuisce la riserva ovarica e peggiora la qualità ovocitaria, rendendo il concepimento più difficile. Effettuando il congelamento, queste donne possono crioconservare un determinato quantitativo di cellule riproduttive per poi farne uso qualora ne avessero bisogno.

Nell'ambito della Rete PMA è possibile effettuare il Social Freezing, che attualmente è a carico della paziente.

Si consiglia di realizzare la preservazione della fertilità quando la riserva ovarica è adeguata, generalmente fino ai 35-37 anni.
