



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Le prestazioni di procreazione medicalmente assistita comportano interventi di diversa complessità tecnica, scientifica e organizzativa, tali da prevedere differenti livelli di requisiti strutturali, tecnologici organizzativi e di personale, distinti per complessità crescente delle strutture che le erogano.

Il **primo livello** comprende:

- inseminazione sopracervicale in ciclo naturale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;
- induzione dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopracervicale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;
- eventuale crioconservazione dei gameti maschili.

Il **secondo livello** comprende le tecniche del primo livello e una o più delle seguenti procedure, eseguibili in anestesia locale o analgesia con sedazione profonda o anestesia generale in regime di ricovero anche diurno:

- prelievo testicolare dei gameti (prelievo percutaneo o biopsia testicolare);
- eventuale crioconservazione di gameti maschili e femminili ed embrioni;
- iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI);
- fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET);
- trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET) per via transvaginale ecoguidata o isteroscopica.

Il **terzo livello** comprende tutte le tecniche precedenti di primo e secondo livello e una o più delle prestazioni collegate alle seguenti metodiche, eseguibili in anestesia generale in regime di ricovero anche diurno:

- prelievo microchirurgico di gameti dal testicolo;
- prelievo degli ovociti per via laparoscopica;
- trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET) per via laparoscopica.

Gli interventi di procreazione medicalmente assistita, **effettuati in regime di primo livello** possono essere svolti in strutture sanitarie ambulatoriali con esclusione degli studi professionali.

Gli interventi di procreazione medicalmente assistita, **effettuati in regime di secondo livello**, per quanto riguarda le prestazioni eseguibili in regime di analgesia o anestesia locale, possono essere svolti in ambulatori chirurgici.

Gli interventi di procreazione medicalmente assistita, **effettuati in regime di secondo livello** in anestesia generale o analgesia con sedazione profonda e gli interventi **effettuati in regime di terzo livello** possono essere svolti esclusivamente in strutture sanitarie ospedaliere.

La presente scheda modifica e/o integra la seguente normativa di riferimento: D.G.R. 26/21 del 4 giugno 1998; L. 19 febbraio 2004, N. 40, DGR N. 25/7 del 13 giugno 2006

Oltre ai requisiti generali previsti dalla normativa vigente ed indicati nelle apposite schede, la struttura deve disporre dei seguenti requisiti specifici strutturali, tecnologici ed organizzativi:

REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI (1° - 2° e 3° Livello)		SI	NO
1.	Esistono e vengono applicate le procedure per l'acquisizione del consenso informato del paziente conformemente alle normative vigenti.		
2.	Esiste la documentazione dalla quale risulta che la struttura è iscritta e partecipa al registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita. Per le strutture di nuova realizzazione tale documentazione dovrà essere prodotta entro 30 giorni dall'acquisizione dell'autorizzazione sanitaria.		
3.	Esiste la documentazione dalla quale risulta che la struttura di primo livello eroga prestazioni di procreazione medicalmente assistita collegate alle seguenti metodiche:		
	a. inseminazione sopracervicale in ciclo naturale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;		
	b. induzione dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopracervicale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;		
	c. eventuale crioconservazione dei gameti maschili.		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Primo Livello

REQUISITI STRUTTURALI		SI	NO
4.	Locale visita con caratteristiche strutturali, tecnologiche, organizzative, di arredo e dotazioni corrispondenti a quanto indicato nella scheda relativa agli ambulatori medici.		
5.	La struttura che esegue tecniche di procreazione medicalmente assistita di primo livello dispone, in aggiunta/integrazione a quanto previsto nella scheda per l'assistenza specialistica ambulatoriale almeno di:		
	a. locale idoneo alla preparazione del liquido seminale, distinto dai locali adibiti all'esecuzione delle altre attività ambulatoriali, e collocato all'interno della stessa struttura.		
6.	Se la struttura effettua la crioconservazione dei gameti maschili deve possedere:		
	a. locale adatto alla raccolta del liquido seminale dotato di adeguata areazione e ventilazione		

REQUISITI TECNOLOGICI		SI	NO
7.	La struttura che esegue tecniche di procreazione medicalmente assistita di primo livello dispone, in aggiunta/integrazione a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale almeno di:		
	a. ecografo con sonda vaginale		
	b. cappa a flusso laminare orizzontale		
	c. bagnomaria termostato o termostato		
	d. microscopio ottico a contrasto di fase		
	e. centrifuga		
	f. pipettatrice		
	g. eventuale contenitore/i criogenico/i		

REQUISITI ORGANIZZATIVI (personale)		SI	NO
8.	La dotazione organica del personale è rapportata ai volumi di attività ed alle tecniche adottate.		
9.	E' garantita almeno la presenza di:		
	a. un ginecologo o un medico, entrambi con documentata esperienza in Medicina della riproduzione umana acquisita con la frequenza di almeno 12 mesi presso una struttura di 1° livello pubblica o privata autorizzata		
	b. un biologo con documentata esperienza in seminologia umana acquisita con la frequenza di almeno 12 mesi presso una struttura di 1° livello pubblica o privata autorizzata.		
	c. E' garantita la disponibilità di consulenza urologica, psicologica, genetica ed endocrinologia.		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

REQUISITI ORGANIZZATIVI (procedure)		SI	NO
10.	Presso la struttura che esegue tecniche di procreazione medicalmente assistita di primo livello, in aggiunta a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale:		
11.	esiste la documentazione dalla quale risulta che il responsabile della struttura e delle attività espletate è un medico specializzato in ostetricia e ginecologia.		
12.	esiste la documentazione che dimostra che il responsabile della struttura è in possesso di specifica esperienza in materia.		
13.	Sono altresì assicurate e documentate competenze in:		
	a. ecografia;		
	b. endocrinologia		
	c. andrologia		
	d. seminologia.		
14.	Esiste ed è formalizzata la procedura per il collegamento funzionale con laboratorio di analisi cliniche per dosaggi ormonali rapidi.		

Secondo Livello

REQUISITI STRUTTURALI		SI	NO
15.	Locale visita con caratteristiche strutturali, tecnologiche, organizzative, di arredo e dotazioni corrispondenti a quanto indicato nella scheda relativa agli ambulatori medici.		
16.	La struttura che esegue tecniche di procreazione medicalmente assistita di secondo livello dispone, in aggiunta/integrazione a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'ambulatorio chirurgico, almeno di:		
	a. locale con spazi, distinti e separati, per la preparazione utenti e per la sosta dei pazienti che hanno subito l'intervento (tale spazio può essere opportunamente individuato all'interno del locale visita)		
	b. spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico (anche all'interno del locale chirurgico)		
	c. locale chirurgico adeguato per il prelievo degli ovociti, di dimensioni tali da consentire lo svolgimento dell'attività e l'agevole spostamento del personale (ginecologo, anestesista e assistente) anche in relazione all'utilizzo dell'attrezzatura per la rianimazione cardiaca e polmonare di base e l'accesso di lettiga, con caratteristiche strutturali, tecnologiche ed organizzative corrispondenti a quanto previsto nella scheda ambulatori chirurgici.		
	d. laboratorio per l'esecuzione delle tecniche biologiche, contiguo o attiguo alla sala chirurgica		
	e. locale adatto alla raccolta del liquido seminale		
	f. locale dedicato alla preparazione del liquido seminale e alla crioconservazione dei gameti ed embrioni		
	g. adeguata aerazione e ventilazione del locale di crioconservazione		
	h. idonea sala per il trasferimento dei gameti (in caso di GIFT) e degli embrioni. i. (Questa sala può coincidere anche con la sala chirurgica o con la sala di esecuzione delle prestazioni prevista per il primo livello, purché sia collocata in prossimità del laboratorio).		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

REQUISITI IMPIANTISTICI		SI	NO
17.	Gruppo elettrogeno e gruppo di continuità a servizio del locale chirurgico e della camera biologica		
18.	Il locale chirurgico è in possesso delle seguenti caratteristiche:		
	a. temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20°-24°C;		
	b. umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%;		
	c. ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 15 volumi/h;		
	d. filtraggio aria 99.97%;		
	e. presenza di impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia;		
	f. disponibilità di acqua di raffreddamento per apparecchi laser, quando necessario;		
	g. presenza di stazioni di riduzione della pressione per il locale chirurgico, doppie per ogni gas medicale tecnico, tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;		
19.	h. impianto di allarme per la segnalazione di esaurimento dei gas medicali.		
	Nel laboratorio biologico sono assicurati:		
	a. ricambi d'aria di almeno 6 volumi/ora;		
	b. umidità relativa compresa tra 40/60%;		
	c. temperatura interna compresa tra 20-24 gradi C;		
	d. filtraggio aria al 99,97%.		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

REQUISITI TECNOLOGICI		SI	NO
20.	La struttura che esegue tecniche di procreazione medicalmente assistita di secondo livello dispone, in aggiunta/integrazione a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'ambulatorio chirurgico, almeno di:		
	a. ecografo con sonda vaginale con ecoguida		
	b. n. 2 pompe per aspirazione dei follicoli di cui di riserva		
	c. apparecchiatura per dosaggi ormonali rapidi o collegamento funzionale con laboratorio di analisi cliniche		
	d. cappa a flusso laminare orizzontale		
	e. n. 2 incubatori a CO2		
	f. Invertoscopio		
	g. microscopio ottico a contrasto di fase		
	h. micromanipolatore (applicato ad invertoscopio)		
	i. stereomicroscopio		
	j. bagnomaria termostato di precisione o termostato		
	k. centrifuga		
	l. pipettatrice		
	m. sistema automatizzato programmabile per la crioconservazione di ovociti ed embrioni e adeguato numero di contenitori criogenici		
	n. elettrocardiografo		
	o. pulsossimetro		
	p. Defibrillatore		
	q. adeguato sistema di sterilizzazione (vedi scheda apposita)		
	r. Carrello per la gestione delle emergenze cliniche con le dotazioni previste nella scheda ambulatori medici con attrezzature e farmaci essenziali per l'emergenza che consentano di rianimare un paziente apnoico e in stato di incoscienza e di garantirne il supporto vitale mentre viene trasportato in un'altra area (ad esempio ambu, maschere, abbassalingua), di cui è controllata periodicamente la funzionalità.		
21.	Tutto lo strumentario è monouso o in acciaio inossidabile o in leghe o in metallo non ossidabile ed è idoneo al tipo di chirurgia esercitata.		
22.	Gli arredi utilizzati sono realizzati in acciaio inossidabile o comunque in metallo non ossidabile.		
23.	Il locale chirurgico è dotato di:		
	a. Letto tecnico;		
	b. aspiratore chirurgico con relativi sondini;		
	c. lampada scialitica;		
	d. tavolino servitore;		
	e. supporto per contenitore di rifiuti chirurgici;		
	f. congruo numero di vasche per il lavaggio pre-sterilizzazione dei taglienti;		
	g. contenitori per rifiuti speciali taglienti (aghi, lame, ecc.);		
24.	apparecchiatura per il processo di sterilizzazione in mancanza di servizio centralizzato o esterno.		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

REQUISITI ORGANIZZATIVI		SI	NO
25.	Presso la struttura che esegue tecniche di procreazione medicalmente assistita di secondo livello, in aggiunta/integrazione a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'ambulatorio chirurgico, è assicurata la presenza di:		
26.	Adeguate dotazione di personale in rapporto al volume delle attività e alle tecniche adottate quale:		
	a. un medico specialista in ostetricia e ginecologia, con comprovata esperienza specifica, indicato quale responsabile della struttura e delle attività espletate		
	b. personale con competenze in:		
	• ecografia;		
	• endocrinologia		
	• andrologia		
	c. un biologo o medico con competenze in seminologia, colture cellulari, tecniche di fecondazione in vitro, acquisite tramite comprovato addestramento specifico. (Per le strutture già in attività l'addestramento specifico è sostituito dalla presentazione del curriculum del professionista biologo o medico)		
	d. un anestesista-rianimatore - in caso di effettuazione della sedazione profonda - per indurre la sedazione e monitorare il paziente durante l'intervento ed il risveglio		
	e. ostetrica/o o infermiere professionale ed eventuale altro personale di supporto		
	f. consulenza genetica		
	g. un consulente psicologo o medico per il sostegno psicologico alla coppia		
27.	Esiste la documentazione dalla quale risulta che la struttura di secondo livello eroga prestazioni di procreazione medicalmente assistita collegate alle seguenti metodiche:		
	a. inseminazione sopracervicale in ciclo naturale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;		
	b. induzione dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopracervicale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;		
	c. fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET);		
	d. iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI);		
	e. prelievo testicolare dei gameti (prelievo percutaneo o biopsia testicolare);		
	f. eventuale crioconservazione di gameti maschili e femminili ed embrioni;		
	g. trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET) per via transvaginale eteroguidata o isteroscopica		
28.	Esiste una procedura che preveda un collegamento formalizzato con struttura idonea ad affrontare eventuali complicanze, collocata a distanza compatibile per l'adeguato e tempestivo trattamento delle stesse		
29.	Esiste una procedura che preveda un piano formalizzato per la gestione delle emergenze e per il trasferimento del paziente in struttura sede di DEA di primo livello.		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Terzo Livello

REQUISITI STRUTTURALI		SI	NO
30.	Locale visita con caratteristiche strutturali, tecnologiche, organizzative, di arredo e dotazioni corrispondenti a quanto indicato nella scheda relativa agli ambulatori medici.		
31.	La struttura che esegue tecniche di procreazione medicalmente assistita di secondo livello dispone, in aggiunta/integrazione a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'ambulatorio chirurgico, almeno di:		
	a. locale con spazi, distinti e separati, per la preparazione utenti e per la sosta dei pazienti che hanno subito l'intervento (tale spazio può essere opportunamente individuato all'interno del locale visita)		
	b. spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico (anche all'interno del locale chirurgico)		
	c. locale chirurgico adeguato per il prelievo degli ovociti, di dimensioni tali da consentire lo svolgimento dell'attività e l'agevole spostamento del personale (ginecologo, anestesista e assistente) anche in relazione all'utilizzo dell'attrezzatura per la rianimazione cardiaca e polmonare di base e l'accesso di lettiga, con caratteristiche strutturali, tecnologiche ed organizzative corrispondenti a quanto previsto nella scheda ambulatori chirurgici.		
	d. laboratorio per l'esecuzione delle tecniche biologiche, contiguo o attiguo alla sala chirurgica		
	e. locale adatto alla raccolta del liquido seminale		
	f. locale dedicato alla preparazione del liquido seminale e alla crioconservazione dei gameti ed embrioni		
	g. adeguata aerazione e ventilazione del locale di crioconservazione		
	h. idonea sala per il trasferimento dei gameti (in caso di GIFT) e degli embrioni.		
	i. (Questa sala può coincidere anche con la sala chirurgica o con la sala di esecuzione delle prestazioni prevista per il primo livello, purché sia collocata in prossimità del laboratorio).		

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

REQUISITI IMPIANTISTICI		SI	NO
32.	Gruppo elettrogeno e gruppo di continuità a servizio del locale chirurgico e della camera biologica		
33.	Il locale chirurgico è in possesso delle seguenti caratteristiche:		
	a. temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20°-24°C;		
	b. umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%;		
	c. ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 15 volumi/h;		
	d. filtraggio aria 99.97%;		
	e. presenza di impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia;		
	f. disponibilità di acqua di raffreddamento per apparecchi laser, quando necessario;		
	g. presenza di stazioni di riduzione della pressione per il locale chirurgico, doppie per ogni gas medicale tecnico, tali da garantire un adeguato livello di affidabilità;		
34.	h. impianto di allarme per la segnalazione di esaurimento dei gas medicali.		
	Nel laboratorio biologico sono assicurati:		
	a. ricambi d'aria di almeno 6 volumi/ora;		
	b. umidità relativa compresa tra 40/60%;		
	c. temperatura interna compresa tra 20-24 gradi C;		
	d. filtraggio aria al 99,97%.		

REQUISITI TECNOLOGICI		SI	NO
35.	La struttura che esegue tecniche di procreazione medicalmente assistita di terzo livello dispone, in aggiunta/integrazione a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale, per l'ambulatorio chirurgico, per l'area di degenza (per quanto applicabile) e per la Day Surgery, almeno di:		
	a. ecografo con sonda vaginale con ecoguida		
	b. n. 2 pompe per aspirazione dei follicoli di cui una di riserva		
	c. apparecchiatura per dosaggi ormonali rapidi o collegamento funzionale con laboratorio di analisi cliniche		
	d. cappa a flusso laminare orizzontale		
	e. n. 2 incubatori a CO2		
	f. Invertoscopio		
	g. microscopio ottico a contrasto di fase		
	h. micromanipolatore (applicato ad invertoscopio)		
	i. stereomicroscopio		
	j. bagnomaria termostato di precisione o termostato		
	k. centrifuga		
	l. pipettatrice		
	m. sistema automatizzato programmabile per la crioconservazione di ovociti ed embrioni e adeguato numero di contenitori criogenici		
	n. elettrocardiografo		
	o. pulsossimetro		
	p. Defibrillatore		
	q. adeguato sistema di sterilizzazione (vedi scheda apposita)		

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

		SI	NO
	r. attrezzature e farmaci essenziali per l'emergenza che consentano di rianimare un paziente apnoico e in stato di incoscienza e di garantirne il supporto vitale mentre viene trasportato in un'altra area (ad esempio ambu, maschere, abbassalingua), di cui è controllata periodicamente la funzionalità.		
	s. attrezzatura completa per laparoscopia		
	t. attrezzatura/strumentario per laparotomia		
	u. attrezzatura per microchirurgia (in caso di prelievo microchirurgico degli spermatozoi dalle vie genitali maschili)		
36.	Tutto lo strumentario è monouso o in acciaio inossidabile o in leghe o in metallo non ossidabile ed è idoneo al tipo di chirurgia esercitata.		
37.	Gli arredi utilizzati sono realizzati in acciaio inossidabile o comunque in metallo non ossidabile.		
38.	Il locale chirurgico è dotato di:		
	a. Letto tecnico;		
	b. aspiratore chirurgico con relativi sondini;		
	c. lampada scialitica;		
	d. tavolino servitore;		
	e. supporto per contenitore di rifiuti chirurgici;		
	f. congruo numero di vasche per il lavaggio pre-sterilizzazione dei taglienti;		
	g. contenitori per rifiuti speciali taglienti (aghi, lame, ecc.);		
	h. apparecchiatura per il processo di sterilizzazione in mancanza di servizio centralizzato o esterno.		

REQUISITI ORGANIZZATIVI (Personale)		SI	NO
39.	Presso la struttura che esegue tecniche di procreazione medicalmente assistita di secondo livello, in aggiunta/integrazione a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'ambulatorio chirurgico, è assicurata la dotazione di personale in rapporto al volume delle attività e alle tecniche adottate quale		
	a. un medico specialista in ostetricia e ginecologia, con comprovata esperienza specifica, indicato quale responsabile della struttura e delle attività espletate		
	b. personale con competenze in:		
	1. ecografia;		
	2. endocrinologia		
	3. andrologia		
	c. un biologo o medico con competenze in seminologia, colture cellulari, tecniche di fecondazione in vitro, acquisite tramite comprovato addestramento specifico (per le strutture già in attività l'addestramento specifico è sostituito dalla presentazione del curriculum del professionista biologo o medico)		
	d. un anestesista-rianimatore per i casi di effettuazione della sedazione profonda o anestesia generale		
	e. personale medico con esperienza in tecniche endoscopiche e prelievo microchirurgico degli spermatozoi dalle vie genitali maschili;		
	f. ostetrica/o o infermiere professionale ed eventuale altro personale di supporto		
	g. consulenza genetica		
	h. un consulente psicologo o medico per il sostegno psicologico alla coppia		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

REQUISITI ORGANIZZATIVI (Procedure)		SI	NO
40.	Esiste la documentazione dalla quale risulta che la struttura di secondo livello eroga prestazioni di procreazione medicalmente assistita collegate alle seguenti metodiche con procedure definite riguardanti:		
	a. inseminazione sopracervicale in ciclo naturale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;		
	b. induzione dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopracervicale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;		
	c. fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET);		
	d. iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI);		
	e. prelievo testicolare dei gameti (prelievo percutaneo o biopsia testicolare);		
	f. eventuale crioconservazione di gameti maschili e femminili ed embrioni;		
	g. trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET) per via transvaginale eteroguidata o isteroscopica		
41.	Esiste una procedura che preveda un collegamento formalizzato con struttura idonea ad affrontare eventuali complicanze, collocata a distanza compatibile per l'adeguato e tempestivo trattamento delle stesse		
42.	Esiste una procedura che preveda un piano formalizzato per la gestione delle emergenze e per il trasferimento del paziente in struttura sede di DEA di primo livello.		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

IL SOTTOSCRITTO D I C H I A R A
il mancato possesso dei seguenti requisiti e ne giustifica il motivo

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso	Tempistica di risoluzione

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA
altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze che le false attestazioni comportano sotto l'aspetto penale, civile ed amministrativo in caso di false dichiarazioni, certifica che la struttura di cui è responsabile alla data odierna sia in possesso dei requisiti sopra elencati.

In fede

(firma del dichiarante)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____

