

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 7 Prezzi farmaci**
L'Oms approva la risoluzione italiana.
Nuovi standard per la trasparenza
- 20 Linee guida Pma**
La lettera aperta del Segretario
nazionale Aogoi e dei componenti
del Giss
- 24 Rischio clinico**
L'arte di imparare dagli errori e dai
'quasi errori'

Gyneco Aogoi

NUMERO 3 - 2019 - BIMESTRALE - ANNO XXX

INFERTILITÀ FISIOLÓGICA ETÀ DIPENDENTE

L'OROLOGIO BIOLOGICO

**ESISTE E
BISOGNA
FARCI
I CONTI**



IN QUESTO NUMERO

Buona lettura!

Sono quasi 10 milioni le donne con figli minorenni in Italia. Scelgono la maternità sempre più tardi e devono sempre più spesso rinunciare a lavorare a causa degli impegni familiari. Il quadro che emerge dal report di Save the Children "Le Equilibriste: la maternità in Italia", di cui pubblichiamo una sintesi, è piuttosto critico e rende ragione del nuovo record negativo della natalità nel nostro paese: 449mila nascite nel 2018, 9mila in meno rispetto all'anno precedente. D'altronde, se solo si pensa al tasso di disoccupazione femminile, ed in particolare delle madri, che è tra i più alti in Europa, al forte squilibrio nei carichi familiari tra madri e padri, alla scarsa rete di servizi per la prima infanzia non c'è di che sorprendersi. Scegliere di diventare genitori è sempre più difficile ed è più che comprensibile che la donna/la coppia decida di procrastinare. Ma la domanda che dovremmo porci, soprattutto dopo aver letto su queste pagine l'articolo di **Roberta Venturella** dedicato all'**infertilità fisiologica età-dipendente**, è se decidere di avere un figlio sempre più tardi sia davvero sempre una scelta 'informata' e 'consapevole'.

Personalmente credo che per moltissime donne/coppie non lo sia e che perciò sia giusto fare una corretta informazione riguardo quell'orologio biologico con cui (ahimé) bisogna fare i conti nonché sulla realtà (reale) del percorso di procreazione medicalmente assistita, che certo non può essere la soluzione a questo fenomeno. Certo non basta la consapevolezza dell'orologio biologico, se non vi sono le condizioni economiche, sociali e personali per fare un figlio, però creare cultura su questo argomento è un primo passo. È questo il nostro compito sia nei confronti delle donne sia delle istituzioni: un Paese senza bambini è un Paese senza futuro!

Sempre restando in tema di salute riproduttiva, vi invito a leggere la lettera aperta del nostro segretario nazionale **Antonio Chiantera e dei colleghi del Giss**, il Gruppo di Interesse Scientifico Speciale sulla Medicina della Riproduzione costituito da Aogoi e Sigo. I Giss fino ad ora attivati sono sette e sono relativi a varie aree della ginecologia ed ostetricia.

Ci auguriamo che i Giss possano davvero svolgere il loro ruolo creando una rete non solo tra i ginecologi, ma con tutti i professionisti di competenze diverse coinvolti nei vari settori specifici in modo da produrre informazione, cultura e raccomandazioni pratiche che aiutino tutti noi a fornire la migliore assistenza possibile con la partecipazione attiva delle donne, non più pazienti ma persone consapevoli che la salute è un bene prezioso che va difeso e salvaguardato.

Vi invito caldamente ad essere parte attiva sia nella distribuzione alle donne della nostra iniziativa editoriale **BenEssere Donna** sia come critici propositivi per migliorare il più possibile la rivista.

Ricordo a tutte/i il nostro Congresso nazionale, di cui pubblichiamo il programma preliminare nelle pagine centrali di questo numero. Sarà davvero un congresso innovativo e contiamo in una partecipazione numerosa.

Buona lettura ed arrivederci a Napoli!



ELSA VIORA

Presidente AOGOI

NELLE PAGINE CENTRALI IL PROGRAMMA DEL

CONGRESSO NAZIONALE SIGO-AOGOI-AGUI-AGITE GINECOLOGIA E DONNA. UN VIAGGIO DI TUTTA UNA VITA



INDICE

QUATTRO

Il Programma nazionale esiti di Agenas relativo all'anno 2017 che grazie a 175 indicatori fotografa ogni anno la qualità delle cure ospedaliere.

OTTO

Sanità senza personale. Tra il 2012 e il 2017 il Servizio sanitario nazionale ha perso 26.561 lavoratori. Gli ultimi dati del Conto annuale pubblicati dall'Aran

TREDICI

Maternità sempre più difficile in Italia. Impossibile per la maggioranza conciliare lavoro e famiglia e i servizi di supporto sono scarsi. Il Report di Save the Children

DICIANNOVE

Nasce Ben Essere Donna: la nuova Rivista Aogoi dedicata alla salute femminile verrà distribuita gratuitamente negli ospedali e negli ambulatori

VENTI

Pma. La lettera aperta del Segretario Nazionale Aogoi e dei componenti del Giss, il Gruppo di Interesse Scientifico Speciale sulla Medicina della Riproduzione costituito dall'Aogoi e dalla Sigo

**Gyneco
Aogoi**

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 3 - 2019
Anno XXX

Presidente
Elsa Viora

Comitato Scientifico
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Vito Trojano
Sandro Viglino

Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: a.alberti@hcom.it

Editore
Edizioni Health
Communication
Pubblicità
Edizioni Health
Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa
STRpress
Pomezia - Roma
Abbonamenti
Anno: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento
postale 70% - Dcb - Roma
Finito di stampare:
maggio 2019
Tiratura 8.000 copie.

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per

l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Testata associata
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA
PERIODICA SPECIALIZZATA

IL NUOVO
PROGRAMMA
NAZIONALE ESITI

Migliora l'assistenza ospedaliera, ma la sanità italiana è sempre a due velocità

Bene le cure su infarti e protesica. Ma su chirurgia oncologica e cesarei ancora troppe differenze

Presentato il 4 giugno a Roma il Programma nazionale esiti di Agenas relativo all'anno 2017 che grazie a 175 indicatori fotografa ogni anno la qualità delle cure ospedaliere. Migliorano le performance di parti e fratture, ma bisogna ancora lavorare per raggiungere gli standard internazionali. Frammentazione nella chirurgia oncologica. Da superare l'eterogeneità intra-regionale anche nelle Regioni storicamente virtuose. Ancora troppe strutture con volumi di attività sotto gli standard

ESTER MARAGÒ



I risultati del Pne mostrano come il numero di parti naturali (i cosiddetti Vbac) sono aumentati dall'8% al 9% nel 2017

È UNA PROVA DA SFORZO NOTEVOLE quella alla quale è sottoposto il nostro Ssn, tra tagli e personale contingentato. Eppure, nonostante tutto, riesce a “mantenere il ritmo” e anche a mostrare i muscoli, spesso, con segnali di miglioramento e trend positivi nella maggior parte delle aree assistenziali. Presenta infatti performance di tutto rispetto per infarti e bypass. Migliora sul fronte del trattamento delle fratture del femore e della chirurgia protesica come su quello di volumi ed esiti oncologici, anche se più lentamente. Diminuisce inoltre sempre più il numero di ospedalizzazioni per patologie croniche ad alto rischio di inappropriata. E persino i famigerati parti cesarei mostrano segnali di brusca frenata. Insomma, mostra aree di qualità elevata e confrontabile con le migliori realtà internazionali. Tutto bene dunque? Non ancora. Perché nella sua corsa, spesso, segna il passo. Il divario Nord-Sud è ancora presente e anche all'interno di una stessa Regione emergono gap importanti tra le Strutture. Rimane poi una preoccupante frammentazione nella chirurgia oncologica, con Regioni mol-

to lontane da standard di qualità e volumi ottimali. Anche in quelle aree come i parti cesarei e le fratture di femore curate con tempestività, che mostrano appunto segnali di incoraggiamento, l'eccellenza è ancora lontana.

A scattare la fotografia dell'attività assistenziale delle strutture italiane sono i primi risultati dell'edizione 2018 del Programma Nazionale Esiti (Pne) sui dati del 2017 presentati all'Agenas. Dati che, come ha sottolineato **Francesco Bevere**, Direttore Generale di Agenas testimoniano come la misurazione degli esiti “abbia innescato in tutto il sistema un processo di miglioramento continuo, ormai inarrestabile”.

L'edizione 2018 analizza 175 indicatori (70 di esito/processo, 75 volumi di attività e 30 indicatori di ospedalizzazione) e rispetto all'anno precedente contiene una novità: sono stati introdotti 8 indicatori nuovi di zecca di area cardiovascolare e oncologica, tra cui l'embolia Polmonare-volumi e mortalità a 30 giorni, volumi di Ptca in infarti Stemi e non Stemi e volumi di intervento per carcinoma ovarico. Il leit motive che accompagna

la presentazione dei dati 2018, come ha sottolineato **Maria Chiara Corti**, nuova coordinatrice del Pne, è sempre lo stesso: il Pne non vuole fare classifiche, ma “favorire il confronto”. “Non si può cambiare ciò che non si misura e bisogna misurare per innescare un processo di miglioramento continuo – ha detto – con il Programma puntiamo a innescare il miglioramento anche perché possono esserci delle aree di inefficienza da correggere per reinvestire. Una strategia fondamentale per promuovere la qualità e l'equità”.

Ma vediamo quali sono i dati emersi. Trend in positivo per le fratture di femore operate entro le 48 ore, ma c'è ancora da fare. Migliora la tempestività di intervento chirurgico sulle fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età: se nel 2010 solo il 31% dei pazienti veniva operato entro due giorni, nel 2017 la proporzione di interventi tempestivi è del 65%. In numeri circa 24mila pazienti nell'ultimo anno hanno potuto varcare la soglia della camera operatoria in tempi brevi. In sostanza quasi tutte le Regioni presentano percentuali superiori a quelle raccomandate dal Dm 70 (la proporzione minima è fissata al 60%): dalle 245 strutture che nel 2016 rientravano in questo standard si è passati nel 2017 a 289 strutture che hanno superato l'asticella, e di queste 97 presentano valori in linea con gli standard internazionali (almeno l'80%). Soprattutto si è ridimensionata la variabilità interregionale e con un progressivo miglioramento delle Regioni del Sud. Paradigmatici i miglioramenti della Campania che ha raddoppiato gli esiti positivi passando dal 27% dei pazienti operati nelle 48 ore nel 2016 al 50% nel 2017, e della Sicilia dal 60% del 2015 al 71% del 2017. In Abruzzo le proporzioni passano dal 40% del 2016 al 61% del 2017. Pu-



Nel 2017 si assiste a una progressiva diminuzione dei parti cesarei, passati dal 29% del 2010 al 22,2% del 2017. Una frenata importante rispetto al 37% del 2004, ma ancora insufficiente rispetto allo standard internazionale. Nel 2017 si stima che siano 17.155 le donne alle quali dal 2010 è stato risparmiato un parto cesareo

glia e Basilicata presentano nel 2017 una proporzione del 60%, superiore al valore medio sia della Liguria sia dell'Umbria, Regioni con proporzioni medie inferiori alla soglia del Dm 70, senza sostanziali miglioramenti nel tempo.

Ma ciò non toglie che continuano a persistere differenze fra le Regioni italiane e anche un'eterogeneità intra-regionale in quelle Regioni con valori medi superiori al 60% ma con proporzioni che variano dal 95% al 20% (ad es. Lombardia, Lazio). Soprattutto sono ancora presenti strutture lontane dallo standard internazionale atteso per il paziente ultra 65enne e superiore al 90% (Oecd Health Statistics 2018). Anche alla luce di questo costante miglioramento, suggerisce quindi Agenas, "la soglia attualmente raccomandata dal Dm70 potrebbe essere positivamente ridefinita verso l'alto, auspicando un avvicinamento dei nostri risultati nel trattamento tempestivo della frattura di femore agli standard internazionali".

Calano i parti cesarei primari: - 6% in 7 anni. Anche sul fronte cesarei nel 2017 si assiste a una loro progressiva diminuzione: dal 29% del 2010 sono passati al 22,2% del 2017. Una frenata importante rispetto al 37% del 2004, ma ancora insufficiente rispetto allo standard internazionale. Nel 2017 si stima che siano 17.155 le donne alle quali dal 2010 è stato risparmiato un parto cesareo. Considerando che il Dm 70 fissa al 25% la quota massima di cesarei nelle maternità con più di mille parti annui (al 15% nelle altre), nel 2017 solo il 63% dei punti nascita era in linea con le previsioni di legge. Come per le fratture di femore, si conferma una forte eterogeneità interregionale, anche se in generale si è ridotto il divario tra Nord e Sud (la Campania continua ad essere maglia nera, ma non mancano segnali di ripresa

positiva) e intra-regionale. Tutto questo, rileva Agenas, a sottolineare come "l'intervento sui processi culturali, clinici e organizzativi debba proseguire, anche se il trend in diminuzione è un chiaro segnale di contrasto all'erogazione di prestazioni inefficaci o potenzialmente dannose".

Diminuiscono, poi, anche se di poco i punti nascita con meno di 500 parti annui: dai 97 del 2016, sono passati a 90 nel 2017 (20%). In queste strutture si concentra il 5,8% dei parti totali (che sono 460.2069 rispetto ai 473.979 del 2016).

La riduzione nel ricorso al parto chirurgico per ragioni non mediche può essere ottenuta sia riducendo il numero di parti cesarei primari sia promuovendo il ricorso al parto naturale nelle donne con pregresso parto cesareo che non hanno controindicazioni.

I risultati del Pne mostrano come il numero di questi **parti naturali** (i cosiddetti Vbac) **sono aumentati dall'8% al 9% nel 2017.** Questa proporzione è in lento e progressivo aumento con alcune strutture in Lombardia, Veneto, Friuli, Emilia Romagna e PA di Bolzano che riescono a garantirlo ad oltre il 40% delle donne, (gli Ospedali di Oderzo e Treviso presentano un dato anomalo fuori scala che è errato) mentre nel Sud Italia la maggior parte delle strutture rimane al di sotto della media nazionale.

Per quanto riguarda la cardiocirurgia, i volumi di bypass Ao-Co isolato mostrano un continuo trend in diminuzione: dai 17.854 nel 2010 ai 14.455 nel 2017, in parte per l'aumento di interventi di by-pass non isolati, cioè in combinazione con altri interventi vascolari ed in parte per l'incremento delle procedure non chirurgiche di angioplastica per il trattamento della coronaropatia ischemica. Infatti il volume di angioplastiche coronariche (Ptca) è aumentato da 124mila del 2010 a 134mila del 2017 ed il volume di interventi con valvuloplastica (che può avvenire contestualmente al by-pass) è aumentato dai 24.966 del 2010 ai 31.666 del 2017. Questo dato, sottolinea Agenas, "suggerisce che la soglia minima di 200 interventi di by-pass isolato per struttura, raccomandata nel Dm70, possa essere utilmente rivisitata anche alla luce di questi trend epidemiologici e tecnologici". Diminuiscono anche i tassi di mortalità al di sotto degli standard europei (1,8 media nazionale).

Si riduce la mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto acuto del miocardio, che misura la qualità dell'intero processo assistenziale del paziente con infarto, a partire dall'accesso ai servizi di emergenza, continua a diminuire, da 10,4% del 2010 a 8,3% del 2017 (media nazionale: 8,3%). Il dato, molto positivo sia su base nazionale che regionale, conferma la mortalità post-Ima dell'Italia tra le più basse nei paesi occidentali. Le regioni garantiscono tassi di mortalità migliori rispetto al resto di Europa.

La mortalità a 30 giorni dopo un episodio di ictus ischemico, già bassa rispetto ad altre popolazioni occidentali, rimane stabile intorno all'11%. "E su questo ultimo fronte, ha ricordato Corti, sicuramente si può fare meglio".

Migliora la Colectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. La proporzione media nazionale è passata dal 59% del 2010 al 76% del 2017, in linea con la soglia prevista dal Dm 70 che è del 70%. La dispersione degli interventi in Unità Operative con <90 interventi chirurgici resta però una criticità ancora in tutte le regioni con il 53% di interventi di colectomia laparoscopica ancora eseguiti in Uo con volumi inferiori ai 90 casi.

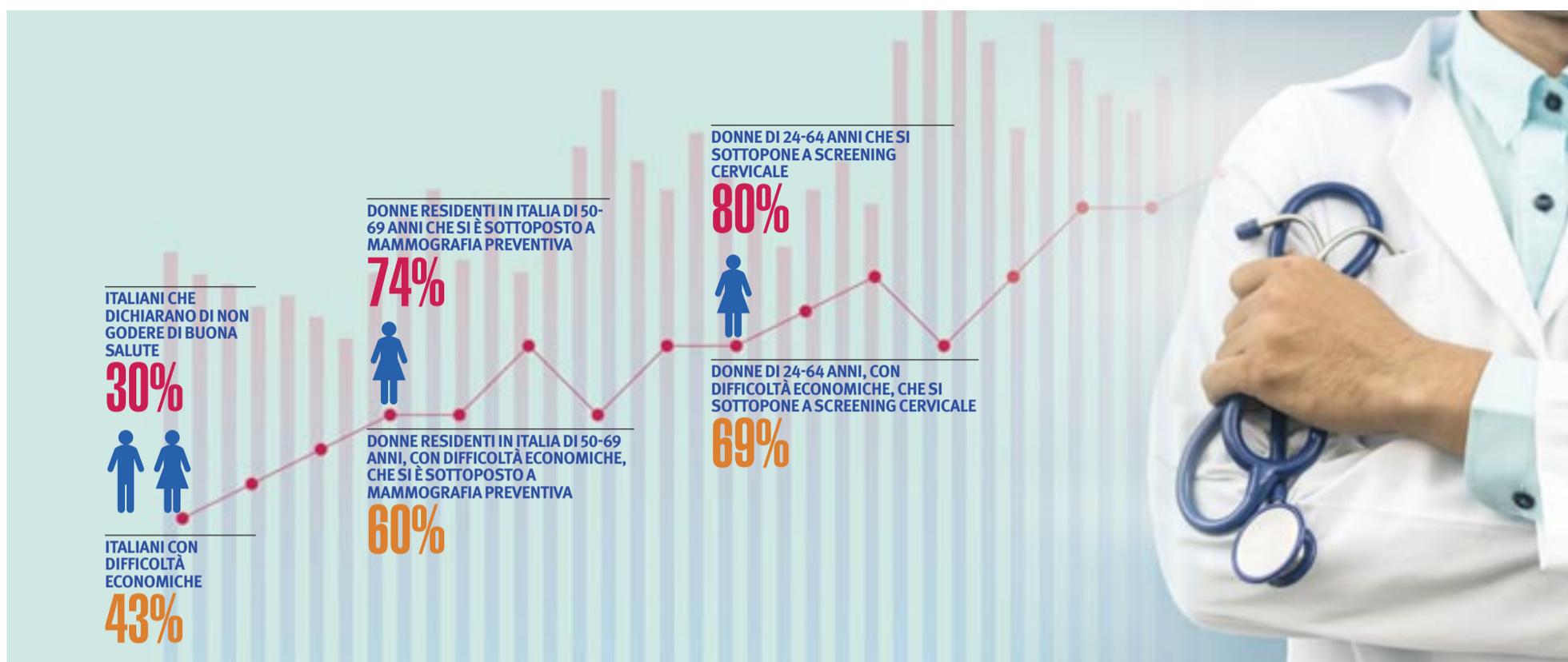
In calo i tassi di ospedalizzazione nelle Patologie croniche. Per la cura delle patologie croniche, per le quali misuriamo i tassi di ospedalizzazione potenzialmente evitabili per il diabete, l'asma, la Bpco, i risultati del Pme rilevano un

trend in riduzione soprattutto per le patologie respiratorie che scendono, per la Bpco, dal 2,5 nel 2010 al 1,9 nel 2017 che si traducono in circa 27mila ospedalizzazioni evitate nell'ultimo anno. In diminuzione anche un altro ricovero ad alto rischio di inappropriatazza, come le ospedalizzazioni per tonsillectomia, che passano da un tasso del 2,85 del 2010 al 2,05 nel 2017, con un conseguente impatto di circa 8mila interventi potenzialmente evitati nella popolazione pediatrica solo nell'ultimo anno.

Troppa frammentazione per chirurgia oncologica e la chirurgia protesica. Il Pne documenta ancora un'importante frammentazione nell'offerta dei servizi per i quali è dimostrata un'associazione tra volume di interventi ed esiti delle cure, in particolare per la chirurgia oncologica e per la chirurgia protesica. Ad esempio, anche se per la **chirurgia sul tumore della mammella** la proporzione di reparti con volumi di attività in linea con lo standard del Dm 70 (almeno 135 interventi/anno per struttura complessa) sale al 32%, contro il 26% dell'anno precedente, coprendo il 72% degli interventi su base nazionale, nel 2017 ancora 2 unità operative su 3 non rispettano lo standard atteso. Per il tumore della mammella si osserva un positivo trend nazionale in incremento (dal 35% nel 2010 al 50% nel 2017) degli interventi di mastectomia contestuali all'inserimento di protesi mammaria (espansore), ma la proporzione è ancora molto al di sotto della media nazionale in diverse regioni italiane. Nel 2017, 358 strutture ospedaliere eseguono 6.239 interventi chirurgici per neoplasie dello stomaco; tra queste 81 (23%) presentano un volume di attività ≥ 20 interventi annui, come raccomandato nel Dm 70. La proporzione è in lieve peggioramento rispetto all'anno precedente. **Esemplificativo il tumore al pancreas.** Nel 2017 in Italia, sono stati effettuati 2.690 interventi chirurgici, ma con una forte frammentazione a livello nazionale. Sono soltanto 4 le Regioni dove è presente una struttura con volumi superiori ai cut-off di 50 procedure effettuate in un anno. Nel Veneto c'è la Aou di Verona che effettua il 14% degli interventi nazionali (381 casi). **Come nuovo indicatore, Pne ha calcolato che 415 strutture ospedaliere eseguono 3.892 interventi chirurgici per carcinoma ovarico;** tra queste, 99 (24%) presentano un volume di attività non inferiore a 10 interventi annui, coprendo il 75% degli interventi complessivi su base nazionale. Da segnalare, una struttura ospedaliera del Lazio che concentra quasi il 10% della casistica nazionale (295 interventi nel 2017).

Nel 2017, in Italia, 139 strutture ospedaliere eseguono 11.468 interventi chirurgici per tumore del polmone; tra queste, solo 52 strutture (37%) presentano un volume di attività non inferiore a 70 interventi annui, senza sostanziali variazioni rispetto al 2016. Le strutture con bassi volumi di attività effettuano complessivamente il 24% dell'attività chirurgica oncologica per il polmone.

Per la chirurgia protesica, 740 strutture ospedaliere eseguono 80.254 interventi di protesi di ginocchio; tra queste, solo 238 strutture (32%) presentano un volume di attività ≥ 100 interventi annui, coprendo il 76% delle artroplastiche totali, senza importanti variazioni rispetto all'anno precedente. Gli interventi di protesi di anca (110.700) sono stati eseguiti in 764 strutture ospedaliere; tra queste, solo 403 strutture (53%) presentano un volume di attività ≥ 100 interventi annui, coprendo però il 84% delle artroplastiche totali. I 7mila interventi di protesi di spalla vengono erogati in 592 strutture ospedaliere; tra queste, solo 187 strutture (32%) presentano un volume di attività ≥ 15 interventi annui, coprendo però l'86% dell'offerta. I volumi di tutti gli interventi di artroprotesi sono in aumento e il trend è concentrato nella popolazione ultra65enne.



Gap Nord-Sud

Iss: Il 30% degli italiani afferma di non godere di buona salute. Il 43 per cento tra chi ha difficoltà economiche. Gap Nord-Sud in crescita

Lo rivelano i dati della Sorveglianza PASSI relativi al quadriennio 2015-2018.

“I dati confermano e mettono ancora una volta in evidenza significative differenze sociali nella salute e nell’accesso alla prevenzione che si aggiungono alle differenze geografiche a svantaggio delle regioni del Sud e delle Isole, dove povertà e carenza nell’offerta di programmi di prevenzione e di servizi cura si concentrano”

IL 30% DEGLI ITALIANI in media riferisce di non godere di buona salute: una quota che sale al 43% fra le persone con molte difficoltà economiche e scende al 23% fra le persone senza tali difficoltà. Ed è proprio questo il minimo comune denominatore dei risultati della Sorveglianza PASSI nel quadriennio 2015-2018: nella salute percepita, nel benessere psicologico e nella qualità di vita, come pure nell’accesso alla prevenzione per la diagnosi precoce dei tumori e nell’adesione a misure di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali, c’è sempre un chiaro gradiente a sfavore delle persone socialmente più vulnerabili per difficoltà economiche o per bassa istruzione (senza titolo di studio o al più con licenza elementare).

A ciò si aggiungono le differenze territoriali e il gap Nord-Sud è sempre significativo a sfavore del Sud, dove è più alta la prevalenza di fumatori, sedentari, obesi, diabetici, ipertesi e persone che, in generale, non adottano stili di vita salutari. “I dati della Sorveglianza PASSI aggiornati al 2018 – afferma Maria Masocco, responsabile presso l’ISS del coordinamento nazionale PASSI – confermano e mettono ancora una

volta in evidenza significative differenze sociali nella salute e nell’accesso alla prevenzione che si aggiungono alle differenze geografiche a svantaggio delle regioni del Sud e delle Isole, dove povertà e carenza nell’offerta di programmi di prevenzione e di servizi cura si concentrano. È dunque necessario continuare a porre l’attenzione su questi aspetti, con una lettura trasversale dei dati proprio in questa ottica, per programmare e ri-orientare adeguatamente le politiche di contrasto alle disuguaglianze in salute, verso azioni di sistema orientate all’equità, che rappresenta uno dei principi cardini del Piano della Prevenzione”.

Le disuguaglianze sociali nella prevenzione dei tumori. I dati PASSI mostrano che le persone con istruzione più bassa, con maggiori difficoltà economiche e i cittadini stranieri si sottopongono meno frequentemente di altri ai test di diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell’utero e dell’intestino, che sono quelli per i quali il Ssn offre programmi organizzati di screening a target specifici di popolazione.

Nel quadriennio 2015-2018, il 74% delle donne residenti in Italia di

50-69 anni si è sottoposto a mammografia preventiva, ma questa quota scende al 60% fra le donne con molte difficoltà economiche (vs l’81% fra donne senza difficoltà economiche); al 64% tra le donne con bassa istruzione (vs il 81% fra le laureate); al 70% fra le donne di cittadinanza straniera (vs il 74% fra le cittadine italiane).

Analogamente accade per lo screening cervicale: l’80% delle donne di 24-64enni si sottopone a screening cervicale (Pap-test o HPV test) per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina; **ma questa quota scende al 69% fra le donne con molte difficoltà economiche** (vs 85% fra le donne che non hanno difficoltà economiche) al 62% fra le donne meno istruite (vs 84% fra le laureate); al 75% fra le donne di cittadinanza straniera (vs 80% delle cittadine italiane).

Anche lo screening coloretale per la diagnosi precoce del tumore dell’intestino, molto meno diffuso degli altri due screening, **presenta differenze sociali significative, in particolare per condizioni economiche:** solo il 40% della popolazione target (uomini e donne di 50-69enni) ha eseguito la ricerca del sangue



Resta significativo il gradiente geografico Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali determinato prevalentemente dalla minore offerta di programmi di screening organizzati in queste Regioni

occulto nelle feci (test di screening coloretale maggiormente diffuso) ma questa quota scende al 26% fra le persone con molte difficoltà economiche (vs il 49% fra le persone senza difficoltà economiche); al 33% fra le persone meno istruite (vs 41% fra le laureate)

L’offerta attiva di programmi di screening organizzati, basati su un invito da parte della Aziende Sanitarie Locali e sull’offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito, è la risposta del Ssn per garantire un’adeguata copertura del test a chi ne ha necessità.

I dati PASSI mostrano chiaramente che le differenze per istruzione, condizioni economiche e cittadinanza nella partecipazione ai test di screening si riducono significativamente nell’ambito dei programmi organizzati offerti dalle Aziende Sanitarie Locali che rappresentano spesso l’unica opportunità di accesso alla diagnosi precoce dei tumori per le persone socialmente più svantaggiate.

Resta significativo il gradiente geografico Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali determinato prevalentemente dalla minore offerta di programmi di screening organizzati in queste Regioni. Nelle Regioni in cui l’offerta di programmi organizzati è ampia (Nord e Centro Italia) è maggiore la quota di persone che fa prevenzione nell’ambito dei programmi organizzati, rispetto alla quota di persone che lo fa per iniziativa spontanea; di contro, nelle Regioni in cui l’offerta di programmi organizzati non è ancora sufficiente e non raggiunge la totalità della popolazione target (come nel Sud Italia), la quota dello screening spontaneo è rilevante e talvolta maggiore, senza però riuscire a compensare la mancanza di offerta dei programmi organizzati, per cui il numero totale di persone che fa prevenzione (dentro o fuori programmi organizzati) resta comunque più basso che nel resto del Paese.

PREZZI FARMACI E BREVETTI

Oms approva la risoluzione italiana

Gli Stati membri si dovranno scambiare informazioni sul costo effettivo delle terapie. Grillo: "Oggi è una data storica"

“

La risoluzione esorta gli Stati membri a migliorare la condivisione pubblica di informazioni sui prezzi effettivi pagati dai governi e da altri acquirenti per prodotti sanitari e una maggiore trasparenza sui brevetti farmaceutici, i risultati delle sperimentazioni cliniche e altri determinanti del pricing lungo la catena del valore da laboratorio a paziente”

L'ASSEMBLEA MONDIALE DELLA SANITÀ ha adottato il 28 maggio scorso la risoluzione proposta dall'Italia insieme ad Andorra, Brasile, Egitto, Eswatini, Grecia, India, Kenya, Lussemburgo, Malesia, Malta, Portogallo, Federazione Russa, Serbia, Slovenia, Sud Africa, Spagna, Sri Lanka, Uganda e cosponsorizzata anche da Uruguay, Indonesia, Botswana e Algeria sul miglioramento della trasparenza dei prezzi di medicinali, vaccini e altri prodotti sanitari nel tentativo di ampliarne l'accesso.

Dopo un lungo braccio di ferro, soprattutto con Germania, Uk e Ungheria (che si sono formalmente dissociate), con gli Usa e il Giappone a far da spettatori critici, è arrivato dunque il via libera alla risoluzione proposta dall'Italia. Rispetto alla versione originale risalta all'occhio la scomparsa dell'obbligo per gli stati di redigere report annuali su prezzi, costi e unità vendute. Insomma, la risoluzione appare un po' depotenziata rispetto alla prima versione ma in ogni caso ha il merito di tracciare una prima rotta agli Stati membri per arrivare ad una maggiore trasparenza.

“La risoluzione – scrive l'Oms in una nota – esorta gli Stati membri a migliorare la condivisione pubblica delle informazioni sui prezzi effettivi pagati dai governi e da altri acquirenti per i prodotti sanitari e una maggiore trasparenza sui brevetti farmaceutici, i risultati delle sperimentazioni cliniche e altri determinanti del pricing lungo la catena del valore da laboratorio a paziente”.

Nella risoluzione si chiede poi al segretariato dell'Oms di sostenere gli sforzi verso la trasparenza e monitorare l'impatto della trasparenza sull'accessibilità e la disponibilità di prodotti sanitari, compreso l'effetto di prezzi differenziati.

“L'obiettivo – scrive l'Oms – è aiutare gli Stati membri a prendere decisioni più consapevoli nell'acquisto di prodotti sanitari, negoziare prezzi più accessibili e infine ampliare l'accesso ai prodotti sanitari per le popolazioni.

Garantire l'accesso ai farmaci è la chiave per far avanzare la copertura sanitaria universale. Gli Stati membri hanno inoltre espresso ampio sostegno alla tabella di marcia per l'accesso all'Oms per medicinali, vaccini e altri prodotti sanitari, che determinerà il lavoro dell'Oms su questo tema per i prossimi cinque anni”.

Nella risoluzione si invitano gli Stati membri



conformemente ai loro quadri giuridici nazionali e regionali (questo potrebbe essere un limite ndr) a:

- Adottare misure appropriate per condividere pubblicamente le informazioni sui prezzi dei prodotti sanitari;
- Adottare le misure necessarie, a seconda dei casi, per supportare la diffusione e il miglioramento disponibilità e accesso ai dati dei risultati aggregati e, se già disponibili al pubblico o volontariamente, i costi delle sperimentazioni cliniche su soggetti umani indipendentemente dai risultati o se i risultati supporteranno un'applicazione per l'approvazione del marketing, assicurando al tempo stesso la riservatezza al paziente;
- Collaborare in modo collaborativo per migliorare la segnalazione delle informazioni da parte dei fornitori registrati prodotti per la salute, come rapporti sui ricavi di vendita, prezzi, unità vendute, costi di marketing e sussidi e incentivi;
- Facilitare il miglioramento della segnalazione pubblica delle informazioni sullo stato dei brevetti e l'approvazione del marketing stato dei prodotti sanitari;
- Migliorare le capacità nazionali, anche attraverso la cooperazione internazionale, aperte e ricerca collaborativa per lo sviluppo e la produzione di prodotti sanitari, in particolare in paesi in via di sviluppo e paesi a basso e medio reddito (LMIC), anche per le malattie che riguardano principalmente loro, così come per la selezione dei prodotti e l'acquisto economicamente vantaggioso, la qualità assicurazione e gestione della supply chain;

Inoltre affidato al Dg anche il compito di creare un forum biennale sulla trasparenza dei mercati di medicinali, vaccini e diagnostica, per valutare i progressi verso la trasparenza.

“Oggi è una data storica: il mondo intero ha creduto alla nostra proposta di risoluzione che rappresenta una sfida per una maggiore equità

nell'accesso alle cure e ora gli Stati si impegnano ad adottare i principi che abbiamo portato avanti perché non vi siano più barriere al diritto alla salute. **Fino ad oggi mettere in discussione i criteri dei prezzi dei medicinali è stato un tabù**, ma adesso qualcosa è cambiato. La decisione dell'Oms apre una nuova rotta nei negoziati sui prezzi dei farmaci, ponendo un principio di trasparenza da cui non si torna indietro. Negoziare sulla base di informazioni più complete porterà a migliorare il dialogo con l'industria, ad avere un mercato più competitivo e innovativo e quindi a comprare più salute a parità di risorse” ha dichiarato il ministro della Salute, **Giulia Grillo** “Quando abbiamo iniziato lavorare al testo della risoluzione, pochissimi hanno creduto che saremmo arrivati fino in fondo. E molti ci hanno chiamato visionari, sognatori. Oggi però dico forte e chiaro che senza un sogno, senza una visione, nessun cambiamento è possibile. Mi piace festeggiare con le parole dell'economista Ezio Tarantelli, ucciso dalle Brigate Rosse: “L'utopia dei deboli è la paura dei forti”. Il nostro impegno per la trasparenza è concreto e il successo della nostra risoluzione lo dimostra. **Non era facile, non era scontato.** Da oggi possiamo iniziare a parlare tutti un nuovo linguaggio. Finalmente nuovi standard per la trasparenza aiuteranno ogni Paese nella contrattazione dei prezzi dei farmaci: da quelli “di base” alle terapie più innovative che solo in pochi oggi possono permettersi. Lo scenario deve cambiare, il mondo chiede la rivoluzione della trasparenza perché tutti, anche i più poveri, possano avere diritto a curarsi e a dare un futuro diverso ai propri figli. Devo dire grazie al direttore generale di Aifa, **Luca Li Bassi**, che ha lavorato senza sosta in queste settimane per coinvolgere il maggior numero di Paesi e per promuovere una nuova cultura della trasparenza nelle politiche internazionali del farmaco. L'Italia si pone alla guida del cambiamento, non si torna indietro”, ha concluso il ministro Grillo.

CONTO ANNUALE 2017

Sanità senza personale: dal 2012 al 2017 persi 26.500 operatori

I vuoti più vistosi tra infermieri, amministrativi, tecnici e medici. Ecco la fotografia che emerge dall'elaborazione effettuata da *Quotidiano Sanità* sugli ultimi dati del Conto annuale pubblicati dall'Aran

Andando ad analizzare nello specifico i lavoratori del Servizio sanitario nazionale nel dettaglio, la situazione ricalca abbastanza il modello di quella della PA in generale: la perdita percentuale di unità di personale, come dicevamo è di -3,94%

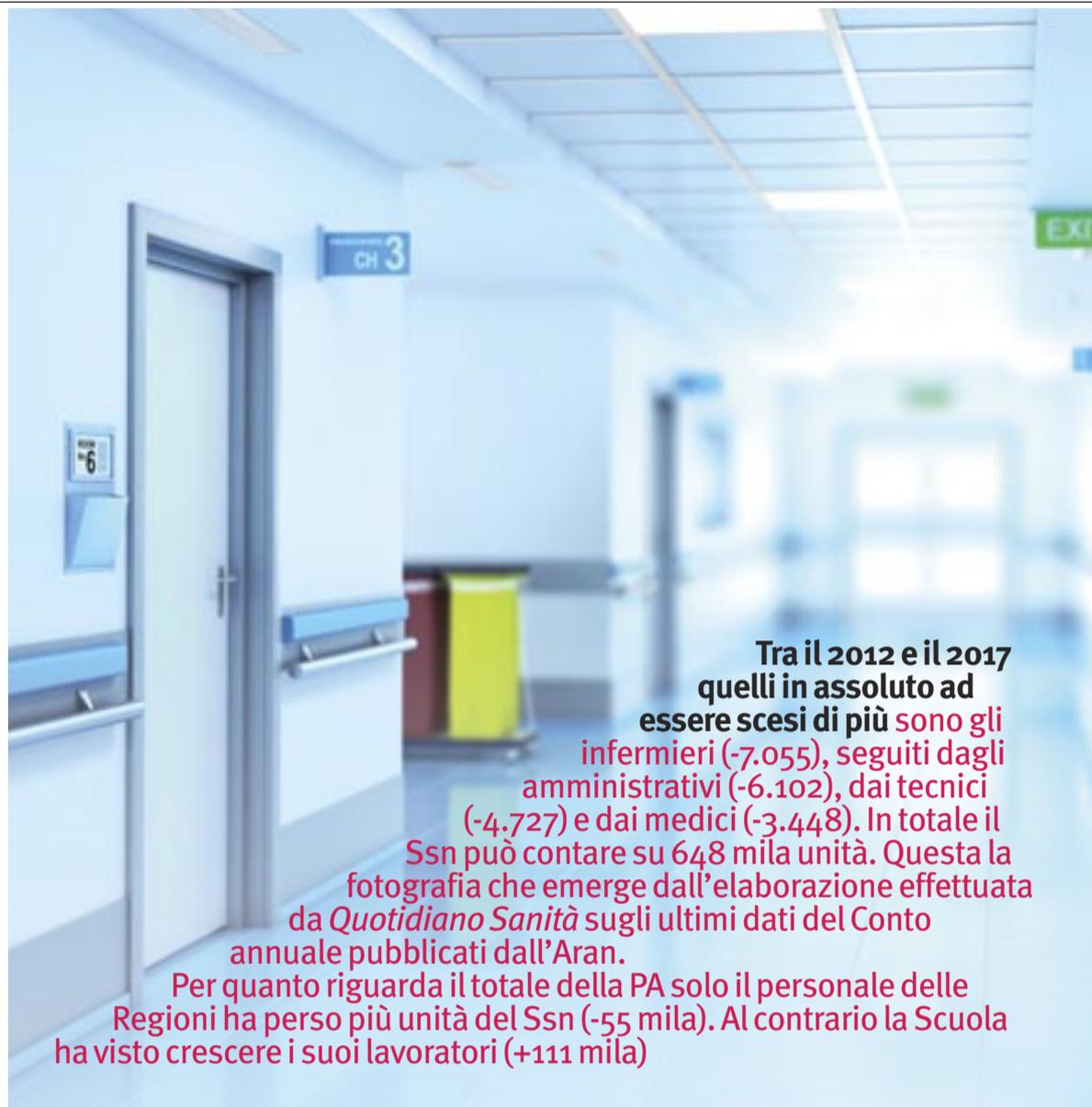
DAGLI INFERMIERI AI MEDICI, passando per i tecnici e gli amministrativi. Tra il 2012 e il 2017 il Servizio sanitario nazionale ha perso 26.561 lavoratori (-3,9%) che fanno arrivare il totale dei dipendenti a quota 648.058. A segnalarlo è l'ultimo aggiornamento del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato pubblicato dall'Aran e su cui *Quotidiano Sanità* ha effettuato un'elaborazione. In totale i dipendenti del Servizio sanitario nazionale rappresentano il 20% della forza lavoro della PA, un quinto dei dipendenti pubblici, che fanno del comparto il secondo della PA, preceduto solo alla scuola che con il 35% della forza lavoro ha il maggior numero di occupati. Andando ad analizzare nello specifico i lavoratori del Servizio sanitario nazionale nel dettaglio, la situazione ricalca abbastanza il modello di quella della PA in generale: **la perdita percentuale di unità di personale, come dicevamo è di -3,94%**.

Le perdite maggiori in valori assoluti sono quelle del personale infermieristico: -7.055 unità che rappresentano il 27% di tutte le perdite del Ssn, anche se sulla categoria pesano per il -2,60% in cinque anni. Le altre categorie che perdono il maggior numero di unità di personale in valori assoluti sono nell'ordine quelle dei profili del ruolo amministrativo (-6.102 unità, il -8,27%); i profili del ruolo tecnico (-4.727 unità, il -3,85%) e si torna nel ruolo sanitario con **i medici che nel 2017 sono 3.448 in meno del 2012 (-3,16%)**. Una perdita che rappresenta il 13% delle perdite del Ssn. Questo dal punto di vista dei numeri assoluti ma ci sono categorie come il personale contrattista che in percentuale hanno perso tantissimi lavoratori (-42,68% che evidenzia come nel 2017 vi fossero solo 235 unità di personale). Praticamente scomparsi sono gli odontoiatri che perdono il -39,61% dei dipendenti (in totale i dentisti del Ssn sono appena 93).

I numeri totali della PA. Al di là del Ssn i dati del Conto annuale evidenziano consentono di fotografare la situazione di tutta la PA. Nel 2017 (dati aggiornati al 30 aprile 2019 pubblicati sul sito Aran) nella Pubblica amministrazione c'erano 3.243.435

occupati, 3.252 in meno (-0,10%) di cinque anni prima, nel 2012. Un calo in apparenza leggero che però analizzato per le singole categorie di personale (22 in tutto quelle classificate dall'Aran) mostra una situazione diversa a seconda dei comparti.

Per 13 categorie di personale infatti nei cinque anni considerati si registra un calo di personale che va dal -22,43% del personale della carriera penitenziaria (che perde tuttavia solo 83 unità in tutto) al -3,49% delle Regioni a Stato speciale e Province autonome (che di personale ne perdono 3.257 unità). In valori assoluti, la categoria che perde il maggior numero di unità di personale è quella delle Regioni (a statuto ordinario) e autonomie locali: -55.077 unità (-11,24%), seguita dal Servizio sanitario nazionale con -26.287 unità (-3,94%) e dai corpi di polizia: -14.476 unità (-4,52%).



Tra il 2012 e il 2017 quelli in assoluto ad essere scesi di più sono gli infermieri (-7.055), seguiti dagli amministrativi (-6.102), dai tecnici (-4.727) e dai medici (-3.448). In totale il Ssn può contare su 648 mila unità. Questa la fotografia che emerge dall'elaborazione effettuata da *Quotidiano Sanità* sugli ultimi dati del Conto annuale pubblicati dall'Aran.

Per quanto riguarda il totale della PA solo il personale delle Regioni ha perso più unità del Ssn (-55 mila). Al contrario la Scuola ha visto crescere i suoi lavoratori (+111 mila)

TABELLA. OCCUPATI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER CATEGORIA DI PERSONALE

(Classifica secondo la differenza % a partire da chi perde di più)

Categorie di personale	Anno 2012	Anno 2017	Differenza	Differenza %
Personale contrattista	410	235	-175	-42,68
Odontoiatri	154	93	-61	-39,61
Profili Ruolo Professionale	338	256	-82	-24,26
Altro personale	1.284	1.010	-274	-21,34
Dirigenti Ruolo Tecnico	1.127	993	-134	-11,89
Direttori Generali	874	775	-99	-11,33
Dirigenti Ruolo Amministrativo	2.714	2.410	-304	-11,20
Dirigenti Ruolo Professionale	1.413	1.294	-119	-8,42
Profili Ruolo Amministrativo	73.775	67.673	-6.102	-8,27
Dirigenti Sanitari non Medici	14.506	13.322	-1.184	-8,16
Profili Ruolo Sanitario - Personale Vigilanza e Ispezione	11.980	11.164	-816	-6,81
Veterinari	5.557	5.238	-319	-5,74
Profili Ruolo Sanitario - Personale Funzioni Riabilitative	20.461	19.638	-823	-4,02
Profili Ruolo Tecnico	122.882	118.155	-4.727	-3,85
Medici	109.002	105.554	-3.448	-3,16
Profili Ruolo Sanitario - Personale Infermieristico	271.759	264.704	-7.055	-2,60
Profili Ruolo Sanitario - Personale Tecnico Sanitario	36.383	35.544	-839	-2,31
Totale Servizio Sanitario Nazionale	674.619	648.058	-26.561	-3,94

Fonte: elaborazione *Quotidiano Sanità* su rilevazione Aran su dati Conto annuale RGS

MEDICI. SONDAGGIO FNOMCEO

Professione in crisi per 9 su 10. Colpa di definanziamento e burocrazia. I più giovani emigrano

I risultati del sondaggio condotto dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Venezia

L'indagine è stata condotta su un campione di 498 medici e odontoiatri volontari, per il 64% uomini e per il 60% con oltre 55 anni, per lo più dipendenti (35%), convenzionati (29%), liberi professionisti (24%), ma anche in via di inserimento professionale e pensionati.

Quasi tutti i medici e gli odontoiatri intervistati



Le altre dieci categorie censite dall'Aran, grazie alla rilevazione del Conto annuale 2017 della Ragioneria generale dello Stato, registrano tutte incrementi di personale nei cinque anni considerati che vanno dal +0,46% degli Enti di ricerca (95 unità in più) al +271,52% degli Enti della lista S13 Istat (Amministrazioni Pubbliche come ad esempio Organi costituzionali e di rilievo costituzionale, Agenzie fiscali, Enti di regolazione dell'attività economica tra cui rientrano anche Aifa e Agenas e così via per un gran numero di enti) che di unità di personale ne guadagnano 26.487 (ma molte sono nate in questo quinquennio, aumentando la consistenza della categoria), il maggior aumento percentuale del periodo considerato. In valori assoluti però, il primato di dipendenti in più spetta alla Scuola: +111.144, il +10,97 per cento.

ritengono che la loro professione sia in crisi (92%). In particolare, sono soprattutto i più giovani a percepire tale crisi (96% tra gli under 40, 93% sotto i 55 anni). Tuttavia, coloro i quali si trovano nel pieno della carriera manifestano un disagio maggiore (il 60% dei 41-55enni è molto d'accordo con l'affermazione). La crisi della professione medica è avvertita più dalle donne che dagli uomini. L'eccessiva burocratizzazione viene individuata quale prima causa della crisi della professione medica, soprattutto dagli iscritti più maturi. Inoltre, più della metà di medici e odontoiatri attribuisce una significativa responsabilità ai vincoli della medicina amministrata e all'inadeguato finanziamento del Ssn. Per un giovane medico su tre, pesa la difficoltà di relazionarsi con il paziente. La quasi totalità dei medici (91%) ritiene che le modalità oggi richieste nello svolgimento della professione influiscano negativamente sulla vita privata. L'apice del disagio si riscontra nella fascia

anagrafica centrale (41-55 anni). Anche nella professione medica e odontoiatrica, sono le donne ad avvertire una maggiore tensione nel rapporto tra vita privata e lavorativa. Come reagire a questo disagio? Il 71% di chi ha meno di 40 anni sogna (47%) o ha già pianificato (14%) la fuga verso l'estero. Non è così, come era prevedibile, per gli over 55. A fronte di tutte le considerazioni svolte sugli aspetti critici della professione, emerge tuttavia il persistere di una forte soddisfazione per la scelta professionale effettuata (78%), soprattutto tra coloro che possono vantare una lunga carriera alle spalle. Appena il 14% degli iscritti si ritiene 'pentito' del percorso professionale intrapreso, con una maggiore incidenza tra le donne. Il giudizio relativo alla soddisfazione dell'attuale posizione lavorativa è invece contrastante. Ben il 18% non è stato in grado di dire se vorrebbe passare alla libera professione o viceversa. Inoltre, appena il

FUGA DEI MEDICI ALL'ESTERO

Al via la campagna Fnomceo "Offre l'Italia"

Lanciata in occasione dell'apertura degli Stati Generali della Professione medica punta a sensibilizzare gli italiani sul problema della carenza di Mmg e specialisti e sulle possibili soluzioni. Manifesti 6x3 saranno affissi nelle città italiane a cura degli Ordini provinciali. Immagini e spot saranno lanciati sulla stampa e sui social

"Laureata a Milano, medico a Berlino. Offre l'Italia". "Laureato a Bari, anestesista a Parigi. Offre l'Italia". Sono questi gli slogan che campeggiano sui manifesti della nuova campagna della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo), lanciata il 16 maggio a Roma, in occasione dell'apertura degli Stati Generali della Professione medica. Accanto, le foto di due giovani medici in camice bianco corredata dei numeri dell'esodo: "Ogni anno, 1500 medici vanno a specializzarsi all'estero. E non tornano. Costano all'Italia oltre 225 milioni". E una richiesta al Governo: "Servono più posti di specializzazione". Il tutto spiegato in uno slideshow, progettato per essere diffuso sui social.

La campagna si articolerà infatti su più fronti: oltre ai manifesti 6x3 che saranno affissi, a cura degli Ordini provinciali, nelle varie città d'Italia, si svilupperà sulla stampa (quotidiani) e sui social, con la diffusione delle immagini e dello spot. "La campagna nasce con l'obiettivo di sensibilizzare gli italiani sul problema della carenza di medici di medicina generale e specialisti, e sulle possibili soluzioni – ha spiegato il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli – saranno infatti 14mila i medici così specializzati che mancheranno all'appello nei prossimi 15 anni". Un'emorragia dovuta all'ondata di pensionamenti attesa per il

2025, quando la cosiddetta 'gobba pensionistica' toccherà il suo apice e, se non arriveranno nuovi specialisti a sostituirli, il Servizio sanitario nazionale rimarrà senza chirurghi, anestesisti, ortopedici, ginecologi, medici di famiglia. Come rimediare? Abolendo, come spesso si sente proporre, il numero chiuso alla facoltà di medicina?

"In realtà i medici ci sono – risponde Anelli – già oggi abbiamo almeno 10mila laureati che non chiedono altro che poter essere specializzati. Aprire gli accessi alla facoltà di medicina non farebbe che ingran-

dire la massa di medici che non riescono ad accedere alle Scuole di specializzazione e rimangono inoccupati, prigionieri nel cosiddetto imbutto formativo. Tra questi, i 1500 medici che, dopo essersi laureati in Italia, emigrano all'estero per specializzarsi, trovando subito sul posto un impiego a condizioni retributive e organizzative migliori delle nostre". "Abolire ora il numero programmato sarebbe dunque non solo inutile, ma controproducente. Le soluzioni sono quelle che noi da sempre prospettiamo: aumentare il numero delle borse, e, su questo, il Governo ci ha in parte ascoltato, avendone aumentato il numero di 1.800, portandole così a 8mila; incrementare i posti per il Corso di Medicina Generale; contrattualizzare gli specializzandi dell'ultimo anno, liberando così risorse per altre 5000 borse; recuperare i fondi delle borse abbandonate, che oggi vanno persi".



ANELLI

La campagna nasce con l'obiettivo di sensibilizzare gli italiani sul problema della carenza di medici di medicina generale e specialisti e sulle possibili soluzioni. Saranno infatti 14mila i medici specializzati che mancheranno all'appello nei prossimi 15 anni



53% degli iscritti dichiara di non voler cambiare la propria posizione lavorativa, con una quota del 53% tra gli over 55. Maggiore insoddisfazione emerge tra i dipendenti: infatti, il 37% cambierebbe posizione lavorativa. Diversamente, il percorso inverso lo farebbero appena il 20% dei liberi professionisti. Al centro dell'indagine, anche l'Educazione continua in Medicina, che oltre la metà dei medici ritiene inadeguata rispetto alle necessità attuali della professione; il task shifting, cioè il trasferimento di competenze dal medico ad altre figure professionali, giudicato negativamente da tre medici su quattro; l'impatto delle nuove tecnologie, accolto con ottimismo da quasi il 60% dei professionisti, ritenendo (il 26%, ma la percentuale sale tra gli under 40) che possa apportare vantaggi per i pazienti, e – il 32%, soprattutto i più anziani – che possa arricchire, dal punto di vista intellettuale, la Professione. Promosso, infine, il ruolo dell'Ordine, apprezzato dall'80% degli iscritti.



L'eccessiva burocratizzazione viene individuata quale prima causa della crisi della professione medica, soprattutto dagli iscritti più maturi

ECM

Nominata la nuova Commissione nazionale per la formazione continua

Con decreto del Ministro della Salute è stata ricostituita, presso l'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, la nuova Commissione che dura in carica 3 anni dalla data del suo insediamento. Olinda Moro il nuovo Segretario organizzativo



Con il D.M. 17 aprile 2019 è stata ricostituita, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, per l'espletamento dei compiti previsti dall'art. 16-ter, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

La Commissione, che dura in carica 3 anni dalla data del suo insediamento, è così composta:

Presidente

Ministro della Salute

Vice Presidenti

Coordinatore della Commissione Salute
Presidente della Federazione Nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri

Componenti di Diritto

Direttore generale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Direttore generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute
Dott.ssa Olinda Moro - *Segretario, Responsabile del Supporto Amministrativo-Gestionale della Commissione nazionale per la formazione continua*

Membri

Dott.ssa Marinella D'Innocenzo (Ministero della salute)
Dott.ssa Daniela Russetti (Ministero della salute)
Dott. Walter Mazzucco (Ministero della salute)
Dott. Giacomo Walter Locatelli (Ministero della salute)
Dott. Eugenio Agostino Parati (Ministero della salute)
Prof. Vincenzo Gentile (Ministero della salute su proposta del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca)
Prof. Gian Vincenzo Zuccotti (Ministero della salute su proposta del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca)
Dott.ssa Silvia Falsini (Conferenza Stato-Regioni)
Dott. Franco Ripa (Conferenza Stato-Regioni)
Dott. Massimiliano Barresi (Conferenza Stato-Regioni)
Dott. Claudio Costa (Conferenza Stato-Regioni)
Dott. Luigi Califano (Conferenza Stato-Regioni)
Dott. Marco Biagio Marsano (Conferenza Stato-Regioni)
Dott. Paolo Messina (Conferenza Stato-Regioni)
Dott. Roberto San Filippo (Conferenza Stato-Regioni)
Dott. Roberto Stella (FNOMCeO)
Dott. Roberto Monaco (FNOMCeO)
Dott. Alessandro Nisio (Commissione Nazionale Albo Odontoiatri)
Dott. Giovanni Zorgno (Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti)
Dott. Gaetano Penocchio (Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani)
Dott.ssa Nausicaa Orlandi (Federazione Nazionale degli Ordini dei Chimici e Fisici)
Dott. Roberto Calvani (Consiglio Nazionale Ordini Psicologi)
Dott.ssa Claudia Dello Iacovo (Ordine Nazionale dei Biologi)
Dott. Palmiro Riganelli (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche)
Dott. Pierpaolo Pateri (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche)
Dott.ssa Marialisa Coluzzi (Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica)
Dott. Emiliano Mazzucco (Federazione Nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione)
Dott.ssa Anna Giulia De Cagno (Federazione Nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione)
Dott. Gianluca Signoretti (Federazione Nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione)
Dott. Alessandro Macedonio (Federazione Nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione)

CORSI DI FORMAZIONE PER I CANDIDATI ALLA DIREZIONE GENERALE DI ASL E OSPEDALI

Ecco le linee guida approvate dalla Stato-Regioni

Via libera in Stato-Regioni ai criteri base per i corsi di formazione per i Dg di Asl e ospedali propeudetici all'inserimento nell'Albo nazionale del Ministero. I corsi dovranno essere organizzati almeno ogni due anni e avere una durata non inferiore a 200 ore articolate non oltre i 12 mesi. Possibilità anche di fare formazione a distanza

Via libera in Stato-Regioni all'accordo che disciplina i corsi di formazione per i Dg di Asl e ospedali previsti dal Dgls 171/2016 e propeudetici all'inserimento nell'elenco nazionale degli idonei a svolgere l'incarico di direttore generale. I corsi dovranno essere organizzati e attivati almeno ogni due anni da Regioni e Province autonome, anche con moduli interregionali. Argomento dei corsi la formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

Per l'organizzazione dei corsi Regioni e Province autonome possono avvalersi anche dell'Agenas, della collaborazione di università o altri soggetti pubblici o privati accreditati in base al Dlgs 502/1992 che operino nel campo nella formazione manageriale. I corsi dovranno avere una durata non inferiore a 200 ore articolate non oltre i 12 mesi, ma con criteri di flessibilità

Qui di seguito le aree di formazione:

- Quadro istituzionale;
- Gestione degli acquisti e delle risorse economico finanziarie;
- Gestione delle risorse umane e benessere organizzativo;
- Servizi assistenziali. Qualità ed organizzazione per reti e processi organizzativi - Valutazione delle performance, con particolare riferimento ai direttori di struttura complessa;
- Innovazione tecnologica e digitalizzazione;
- Comunicazione ed umanizzazione delle cure;

- Assistenza Sanitaria nell'UE - Fondi comunitari;
- Anticorruzione - Trasparenza - Privacy;
- Project management e project working.

Nelle 200 ore devono esserci almeno 136 ore d'aula (lezioni frontali, esercitazioni, testimonianze) con eventuali visite aziendali, almeno 24 ore per il Project Management e Project work, fino a 40 ore con sistemi di formazione a distanza (preferibilmente nelle aree Privacy, Anticorruzione, Trasparenza, Assistenza sanitaria nell'Ue, Fondi comunitari).

Prevista anche la possibilità di effettuare Formazione a distanza (Fad) che però non può superare il 20% totale delle ore di formazione.

Nell'allegato all'accordo sono riportate le aree di formazione obbligatorie i cui contenuti formativi possono formare oggetto di ulteriore specificazione o ampliamento da parte delle Regioni. I corsi di formazione hanno lo scopo di fornire strumenti e tecniche propri del processo manageriale, quali l'analisi e la valutazione dei modelli organizzativi, la pianificazione strategica e operativa, il controllo di gestione, la direzione per obiettivi e la gestione delle risorse umane applicati alle organizzazioni sanitarie. Al termine del periodo di formazione i partecipanti che abbiano frequentato almeno l'80% del numero totale delle ore previste sono ammessi al colloquio finale, al superamento del quale, la Regione o la Provincia autonoma che ha organizzato il Corso rilascia un certificato che attesta il raggiungimento degli obiettivi formativi.

Il colloquio finale si baserà sull'analisi dell'apprendimento dei principali contenuti affrontati durante il corso e sulla presentazione del Project Work elaborato dal partecipante (individualmente o in gruppo). Nell'eventualità di non superamento dell'esame finale saranno previste ulteriori sessioni d'esame senza l'obbligo di frequentare nuovamente il corso. (L.F.)



MEDICINA DI GENERE

Cosa cambia con il nuovo Piano nazionale

L'esigenza di questo nuovo punto di vista da includere in tutte le specialità mediche nasce dalla crescente consapevolezza delle differenze associate al genere, con il fine ultimo di garantire ad ogni persona, sia uomo che donna, la migliore cura, rafforzando ulteriormente il concetto di "centralità del paziente" e di "personalizzazione delle terapie"

IL 30 MAGGIO 2019 È UNA DATA MOLTO IMPORTANTE CHE PONE L'ITALIA ALL'AVANGUARDIA IN EUROPA NEL CAMPO DELLA MEDICINA DI GENERE. Il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere sul territorio nazionale è stato infatti formalmente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, previsto dall'articolo 3 della Legge 3/2018. L'esigenza di questo nuovo punto di vista da includere in tutte le specialità mediche nasce dalla crescente consapevolezza delle differenze associate al genere, con il fine ultimo di garantire ad ogni persona, sia uomo che donna, la migliore cura, rafforzando ulteriormente il concetto di "centralità del paziente" e di "personalizzazione delle terapie". Con l'approvazione di tale Piano, per la prima volta in Italia viene inserito il concetto di "genere" nella medicina, al fine di garantire in modo omogeneo sul territorio nazionale la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale. Nell'era della Medicina personalizzata risulta quanto mai importante, anzi direi indispensabile, tenere conto delle numerose differenze osservate tra uomini e donne nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie.

Il Piano è nato dall'impegno congiunto del Ministero della Salute e del Centro di riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità con la collaborazione di un Tavolo tecnico-scientifico di esperti regionali in Medicina di Genere e dei referenti per la Medicina di Genere della rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico nonché di Aifa e Agenas.

Oltre alla descrizione dello stato dell'arte della Medicina di Genere a livello nazionale e internazionale, il Piano indica gli obiettivi strategici, gli attori coinvolti e le azioni previste per una reale applicazione di un approccio di genere in sanità nelle **quattro aree d'intervento previste dalla legge**: 1) Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, 2) Ricerca e innovazione, 3) Formazione, e 4) Comunicazione.

L'art. 3 della legge 3/2018 prevede inoltre la costituzione presso l'Istituto Superiore di Sanità di un **Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere** con il compito di assicurare l'avvio, il mantenimento nel tempo e il monitoraggio delle azioni

ALESSANDRA CARÈ
Direttore del Centro di Riferimento di medicina di genere dell'Iss



L'attuazione di questo Piano rappresenterà un obiettivo strategico per la nostra Sanità che, attraverso una medicina più aderente alle specifiche necessità di ciascuno, potrà essere più efficace ed economica



previste dal Piano, con lo scopo ultimo di fornire al Ministro della Salute i dati da presentare annualmente alle Camere. L'Iss è stato individuato quale ente vigilato titolare dell'Osservatorio e garante dell'attendibilità e appropriatezza dei dati rilevati, naturalmente con il coinvolgimento degli altri enti vigilati (Aifa, Agenas, Irccs) e con la consultazione della Commissione dei rappresentanti regionali.

In questo contesto, il Centro di riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità avrà un ruolo cruciale di promozione e coordinamento delle attività volte all'applicazione e diffusione della Medicina di Genere, con l'obiettivo di coinvolgere tutte le Regioni italiane in modo da assicurare la tutela della centralità della persona in egual misura su tutto il territorio nazionale.

FNOMCEO. ANELLI: IL MEDICO VA INFORMATO E FORMATO SULLA MEDICINA DI GENERE

Grande soddisfazione della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo) per l'approvazione del Piano nazionale sulla Medicina di genere, presso la quale è attiva dal 2015 un'apposita Commissione, coordinata da **Teresita Mazzei**, alla quale partecipano esperti della materia.

"Comprendere come il genere influisca sulla diagnosi, sulla risposta alle terapie e sulla sensibilità agli effetti collaterali, ma anche sull'incidenza delle patologie e sull'accesso alle cure è una que-

Il Centro di riferimento per la Medicina di Genere, già impegnato direttamente nella promozione della ricerca sui meccanismi fisiopatologici responsabili delle differenze di genere e sugli effetti dello stile di vita e dell'ambiente sulla salute dell'uomo e della donna, si occuperà di formare e aggiornare gli operatori sanitari e di promuovere campagne di comunicazione e informazione rivolte ai cittadini per una corretta ed omogenea applicazione di un approccio genere-specifico.

In conclusione possiamo dire che è un risultato importante che richiederà un grande impegno da parte di tutti gli addetti poiché l'attuazione di questo Piano rappresenterà un obiettivo strategico per la nostra Sanità che, attraverso una medicina più aderente alle specifiche necessità di ciascuno, potrà essere più efficace ed economica.

stione di appropriatezza e di equità, che permette di realizzare appieno gli obiettivi di efficienza, efficacia e universalità del nostro Servizio Sanitario nazionale – ha affermato il presidente della Fnomceo, **Filippo Anelli** –. Il medico va informato e formato sulla Medicina di genere, non solo attraverso il percorso accademico ma anche nel post lauream, in particolare attraverso l'Educazione continua in medicina. Per questo come Fnomceo proporremo alla nuova Commissione nazionale Ecm di includere tra le tematiche speciali di interesse nazionale la Medicina di genere, per implementare l'organizzazione e premiare la partecipazione a corsi sulla materia. Ma anche l'informazione è fondamentale: presto apriremo sui nostri siti delle sezioni dedicate".



IL REPORT SAVE THE CHILDREN

Maternità sempre più difficile in Italia

Impossibile per la maggioranza conciliare lavoro e famiglia e i servizi di supporto sono scarsi. E infatti si fanno sempre meno figli



SONO QUASI 10 MILIONI LE DONNE CON FIGLI MINORENNI IN ITALIA. Scelgono la maternità sempre più tardi (l'Italia è in cima alla classifica europea per anzianità delle donne al primo parto con una media di 31 anni) e devono sempre più spesso rinunciare a lavorare a causa degli impegni familiari (il 43,2% delle donne tra i 25 e i 49 anni con figli minorenni risulta non occupata). Inoltre, lamentano poco sostegno per chi decide di mettere al mondo un figlio e una scarsa rete di servizi per la prima infanzia, che costringe buona parte del 40,9% di madri con almeno un figlio a scegliere un regime di part-time pur di continuare ad avere un'occupazione lavorativa.

Sono questi alcuni numeri dell'analisi di Save the Children **"Le Equilibriste: la maternità in Italia"** diffusa in occasione della Festa della mamma del 12 maggio. Il report mostra una condizione ancora molto critica e include anche la ricerca 'Indice delle Madri', elaborata dall'Istat per Save the Children, che identifica le Regioni in cui la condizione delle madri è peggiore o migliore sulla base di 11 indicatori rispetto a tre diverse dimensioni: quella della cura, del lavoro e dei servizi. Inoltre, anche quest'anno, l'indice evidenzia i principali mutamenti che hanno interessato la condizione delle madri dal 2004 ad oggi nei diversi territori.

I numeri. In un Paese in cui la natalità ha toccato un nuovo record negativo - 449mila nascite nel 2018, 9mila in meno rispetto all'anno precedente - registrando la nona diminuzione consecutiva dal 2008, le mamme italiane hanno pochi figli, con un numero medio per donna pari oggi a 1,32, ben lontano dai 2,38 del 1970. Diminuiscono le famiglie numerose (5,3%); più cospicua, quasi il doppio, la percentuale di famiglie con un solo genitore (10%, in prevalenza madri).

Dalla disoccupazione all'impossibilità di conciliare lavoro e famiglia fino agli scarsi servizi. Un tasso di disoccupazione femminile, ed in

particolare delle madri, tra i più alti in Europa, impossibilità nel conciliare vita privata e impegni professionali, radicate difficoltà di carriera e di crescita salariale, forte squilibrio nei carichi familiari tra madri e padri, una scarsissima offerta di servizi educativi per l'infanzia. Un quadro critico che si riverbera sul benessere delle madri, ma che affonda le radici nelle pesanti disparità di genere in Italia. **Il nostro Paese si attesta nel 2018 al 70° posto** (su 149 Paesi presi in esame) **del Global Gender Gap Report**, perdendo ben 29 posizioni dal 2015. Uno squilibrio che grava in misura maggiore sulle mamme più in difficoltà: le donne che provengono da un contesto socio-economico disagiato, le mamme sole e quelle di origine straniera, per le quali ai problemi qui evidenziati si aggiungono spesso quelli delle barriere linguistiche, della mancanza di una rete familiare di sostegno e di un difficile accesso ai servizi sociali e sanitari.

Le differenze territoriali. I dati diffusi da Save the Children, l'Organizzazione internazionale che da 100 anni lotta per salvare la vita dei bambini e garantire loro un futuro, per quanto sottolineano in Italia un peggioramento generale nel sostegno alle madri, in particolare nell'area del lavoro e ancor di più dei servizi all'infanzia, fanno emergere la notevole disuguaglianza tra territori che hanno comunque attivato politiche di sostegno, in particolare al lavoro femminile e ai servizi (prevalentemente al nord), e territori invece ancora troppo carenti da questo punto di vista (soprattutto al sud).

Le Province autonome di Bolzano e Trento conservano negli anni i primi posti della classifica, seguite da Lombardia (3° posto, dall'8° dell'anno scorso), Valle D'Aosta (4°), Emilia Romagna (5°) e Friuli-Venezia Giulia (6°). La Provincia di Bolzano in particolare, passa da un 11mo posto nel 2008 ad un primo nel 2017 che conserva anche nel 2018, principalmente per i miglioramenti attuati

nel sistema dei servizi all'infanzia e nell'area della cura.

Tra le regioni del Mezzogiorno fanalino di coda della classifica, la Calabria risulta quella dove è più complicato essere madri e perde due posizioni rispetto al 2017, preceduta da Sicilia (20° posto), Campania (che pur attestandosi al 19° posto guadagna due posizioni rispetto al 2017), Basilicata (18°) e Puglia (17°). L'indice mostra sempre valori sotto 90 per le regioni del Mezzogiorno e, complice la persistente crisi economica, registra un ulteriore progressivo peggioramento in particolare rispetto all'offerta di servizi all'infanzia e all'occupazione femminile, evidenziando quindi la necessità di un impegno politico più forte in questa parte del Paese finalizzato a colmare le disuguaglianze.

Un'Italia a due velocità tra cura, lavoro e servizi per l'infanzia. Il divario Nord-Sud evidenziato dall'Indice delle Madri di Save the Children persiste anche nelle **tre singole aree di indicatori prese in esame per ciascuna regione:** cura, lavoro e servizi per l'infanzia.

La prima area, quella della cura, mostra discreti miglioramenti per tutte le regioni che hanno conquistato i primi posti come la Lombardia che oggi detiene il primato, ma nel 2017 si attestava al 3° posto o l'Emilia-Romagna che la segue, dopo aver guadagnato, dal 2017, ben due posizioni. La Provincia Autonoma di Bolzano, invece, dal 2017 perde una posizione, attestandosi al secondo posto. La Basilicata si attesta al fondo della classifica per quanto riguarda l'area della cura, preceduta da Molise che dal 2017 perde tre posizioni, Abruzzo (che si attesta al 19° posto) e Puglia che invece guadagna due posizioni dallo scorso anno. Da sottolineare i casi della Sicilia che nell'Indice della Cura occupa l'11° posto (18° posto nel 2008) e della Calabria al 14° posto (21° posto nel 2008). A partire dal 2008, molte delle regioni hanno risentito dell'abbassamento del tasso di fecondità registrato in tutta Italia.

La seconda area riguarda il lavoro femminile. Anche qui le Province autonome di Bolzano e Trento si confermano al primo e al terzo posto, con al secondo la Valle d'Aosta, seguite da Emilia-Romagna (4°), Lombardia (5°) e Veneto che passa dall'8° posto nel 2012 al 6° dell'anno scorso, confermato anche quest'anno. La Sicilia si attesta fanalino di coda preceduta da Calabria che perde una posizione (20° posto) a favore della Campania (19°), precedute da Puglia (18°) e Basilicata (17°). I dati dimostrano che oggi è ancora molto difficile per una madre conciliare vita professionale e cura dei figli. Se nella fascia d'età 25-49 anni infatti, le donne occupate senza figli sono il 64,3%, tra quelle con figli minorenni la percentuale scende al 56,8% [9]. Il ricorso al part-time per le mamme sembra una scelta quasi obbligatoria. Nella stessa fascia d'età (25-49 anni) ne usufruisce il 26,3% di quelle senza figli, mentre la percentuale sale al 40,9% tra le mamme. Tra le donne con un figlio lavora part-time il 38,5%, tra quelle con due figli il 42,9% e tra quelle con tre o più figli il 43,7%.

L'ultima area, quella che riguarda i servizi, permette di esaminare l'offerta territoriale delle nostre regioni rispetto ai principali servizi educativi per l'infanzia. Ancora una volta, la provincia di Trento si attesta al primo posto, seconda la Valle d'Aosta seguite da Friuli-Venezia Giulia (3° posto), Provincia autonoma di Bolzano (4°) e Toscana (5°). Per quanto riguarda i servizi, è la Sicilia che si attesta all'ultimo posto preceduta da Calabria (20° posto), Campania (19°), Lazio, in ascesa di tre posti (18°), e Puglia (17°).

Dal 2004 ad oggi, si registra un costante peggioramento dovuto in particolare alle carenze relative ai servizi per la prima infanzia pubblici. Quasi tutte le regioni riportano dati peggiori rispetto al 2004 (tranne le Province Autonome di Trento e Bolzano e il Friuli Venezia Giulia, che, in contro-

IL REPORT SAVE THE CHILDREN

tendenza, hanno registrato qualche miglioramento). Ancor più rilevante, in Italia, è l'enorme squilibrio territoriale nell'offerta del servizio: in diverse regioni del Centro-nord come Valle d'Aosta, Umbria, Emilia Romagna, Toscana e Provincia Autonoma di Trento, la soglia obiettivo del 33% dell'UE è stata ampiamente superata già da diversi anni; in altre, come ad esempio la Sardegna, la copertura è vicina al 30%. In molte regioni del Mezzogiorno, invece, l'obiettivo risulta ancora lontano.

Il sostegno alla natalità in 3 mosse. Il briefing diffuso da Save the Children offre quest'anno anche un approfondimento qualitativo sulle difficoltà più ricorrenti nel percorso nascita, con interviste a diversi esperti, operatori e operatrici. Mancanza di informazioni adeguate, solitudine, difficoltà di accesso alle strutture pubbliche di supporto, difficoltà di accesso al pediatra di base, sono alcuni dei problemi a cui si trovano a far fronte le neomamme in Italia.

Il quadro generale che emerge dal documento è molto critico; si rileva l'assenza negli anni di interventi strutturali, soprattutto al Sud, dove l'occupazione femminile è ai minimi storici. Manca, nel paese, un investimento strategico per le donne e le madri, e vi sono scarsi segnali di una crescita culturale e sociale. "Anche quest'anno la diffusione dell'indice sulla condizione delle madri, che presentiamo grazie alla collaborazione



Il percorso nascita e la vita delle neomamme sono costellati di difficoltà e la crescita dei figli viene vissuta oggi come un impegno che ricade in gran parte sulle donne. C'è bisogno di una vera politica di sostegno alla genitorialità sul medio e lungo termine

con Istat, rileva come in Italia, dove il numero di nuovi nati è in costante diminuzione, ci sia concretamente ancora poca attenzione alla maternità. Il percorso nascita e la vita delle neomamme, soprattutto di quelle più in difficoltà perché in situazioni di povertà, o sole, o di origine straniera, sono costellati di difficoltà e la crescita dei figli viene vissuta oggi come un impegno che ricade in gran parte sulle donne. È necessario che l'impegno nella tutela della maternità, così come dell'infanzia, sia riconosciuto come un investimento per il futuro del Paese. Occorre una presa di coscienza delle istituzioni tutte, affinché si scardini questo circolo vizioso e la maternità possa essere per tutte le mamme e i loro bambini un momento di gioia e di serenità, senza il pesante aggravio di ostacoli di carattere economico e sociale" ha affermato **Antonella Inverno**, responsabile Policy e Law dei Programmi Italia-Europa di Save the Children. "Negli anni sono stati varati diversi interventi una tantum, ma di scarsa efficacia. C'è bisogno di una vera politica di sostegno alla genitorialità sul medio e lungo termine.

Save the Children propone un intervento in 3 mosse: aiutare subito le mamme più in difficoltà, a partire dai primi mille giorni di vita del bambino, garantendo un sostegno emotivo e materiale, anche in sinergia con gli interventi di contrasto alla povertà; valorizzare le migliori esperienze del mondo del lavoro, garantendo un con-



gedo di paternità di almeno 10 giorni per riequilibrare fin da subito i carichi di cura e introducendo un sistema di family audit nel settore privato; promuovere il benessere del bambino e della famiglia fin dalla prima infanzia, assicurando l'assegnazione del pediatra di base prima delle dimissioni post parto per una continuità di cura e garantendo a tutti i bambini il diritto ad accedere ai servizi educativi del sistema integrato 0-6 anni" ha concluso **Raffaella Milano**, Direttrice dei Programmi Italia-EU di Save the Children.

GINECOLOGIA E DONNA UN VIAGGIO DI TUTTA UNA VITA

94° Congresso Nazionale SIGO
59° Congresso Nazionale AOGOI
26° Congresso Nazionale AGUI
2° Congresso Nazionale AGITE

**PROGRAMMA
PRELIMINARE**

NAPOLI, 27/30 OTTOBRE 2019
Hotel Royal Continental
Centro Congressi Federico II

Presidenti:

Antonio Chiantera
Giuseppe De Placido
Luigi Stradella
Fulvio Zullo

Segreteria Organizzativa:



sigo2019@thetriumph.com
www.sigo.it

SIGO 2019



SIGO
SOCIETA' ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI



AGUI
Associazione Ginecologi
Universitari Italiani

AGITE

ASSOCIAZIONE
GINECOLOGI
TERRITORIALI

PROGRAMMA
PRELIMINARE

GINECOLOGIA E DONNA
UN VIAGGIO DI TUTTA UNA VITA

NAPOLI 27-30 OTTOBRE



OSTETRICA

Royal Continental

Domenica 27 ottobre 2019

08:30 Apertura registrazione

AUDITORIUM

Precorso

09:30 13:00

14:00 16:30

Simulazioni in ostetricia: Technical skills

Simulazioni in ostetricia: Non technical skills

SALA FESTE

Precorso

09:30 13:00

14:00 16:30

Sedia BTL

SALA ANGIOINA

Precorso Gine

09:30 13:00

14:00 16:30

Suture in laparoscopia

SALA POSILLIPO

Precorso Gine

09:30 13:00

14:00 16:30

Vulva-forum

Lunedì 28 ottobre 2019

08:00 09:30

AUDITORIUM

Breakfast meeting

Live surgery

SALA FESTE

Breakfast meeting

Live ultrasound

SALA CATALANA

Breakfast meeting

New trends in ecografia transvaginale

09:00 09:30

SALA NORMANNA

Breakfast meeting

Mini Lecture HPV Vaccini

SALA S. LUCIA

Breakfast meeting

Anomalie della placentazione

SALA CAPUANA

Breakfast meeting

AUDITORIUM

09:30 11:00

SESSIONE PLENARIA

Il parto pretermine

Discussant: *Alfirevic*

- Precision medicine, genetics, OMICS. Roberto Romero
- Fattori di rischio e predizione del parto pretermine
- Pessario e cerchiaggio cervicale
- Terapia medica

11:30 13:00

SESSIONE PLENARIA

Disturbi ipertensivi della gravidanza

- Precision medicine: applicable in a multifactorial disorder like preeclampsia? Basky Thilagathan
- Screening of preeclampsia
- Management of preeclampsia Ben W Mol
- Emodinamica materna and long term outcome.

13:00 14:30

SALA FESTE

Lunch meeting

- Nuovo prodotto per la sessualità
- Studio EVES.
- Ospemifene

SALA CATALANA

Lunch meeting

Riunione specializzandi AGUI. Network italiano

- Introduzione e presentazione del Network Nuovi iscritti. Risultati raggiunti
- Il punto di vista dei Direttori
- EBCOG Hospital visiting
- The ENTOG Network: present, and future
- La formazione all'estero durante la specializzazione
- Il Nord
- Il Centro
- Il Sud e le isole
- Gruppi di ricerca
- Criticità, preparazione documento AGUI Meeting del network

SALA NORMANNA

Lunch meeting

- Percorso della coppia in PMA
- DHEA vaginale: nuova terapia per la VVA post menopausale
- Risultato dello studio BOLERO

SALA S. LUCIA

Lunch meeting

Presidente: *H. Moshe*

Moderatori: *V. Berghella, F. Zullo e I. Marino*

- Prediction of Preeclampsia, China and Hong kong. Liona poon, Hong Kong
- Africa, Anne Kihara
- Hema Divakar, India

SALA CAPUANA

Lunch meeting

SALA ANGIOINA

Lunch meeting

AMH in medicina della riproduzione

- responsabili e operatori centri PMA, Ambrosini
- AMH come marcatore di riserva ovarica: aspetti fisiocendocrini e significato clinico,
- AMH e stimolazione ovarica controllata,
- Presentazione ai responsabili dei Centri PMA Campani del Metodo di misurazione automatizzato Elecsys

SALA POSILLIPO

Lunch meeting

Le infezioni vulvo-vaginali e le comorbidità associate

AUDITORIUM

15:00 16:30

SESSIONE PLENARIA

Diabete e IUGR

Prediction of GDM *Moshe Hod*

Screening and management of GDM *Berghella*

Fisiopatologia dell'accrescimento fetale/IUGR

Timing of delivery in IUGR. *Zarko Alfirevic*

17:00 18:30

SESSIONE PLENARIA

Monitoraggio del feto con patologia dell'accrescimento oggi

- Monitoraggio del feto con patologia dell'accrescimento: il punto di vista del ginecologo
 - Il feto con patologia dell'accrescimento: il punto di vista del neonatologo
 - La cardiocografia oggi
- Discussione di casi clinici e panel di esperti. Quattro casi clinici di CTG

18:30 20:00

SALA FESTE

Cocktail meeting

Studio macro e microscopico della placenta. *SIUDS e SIDS + sessione placenta*

SALA CATALANA

Cocktail meeting

- Valutazione della riserva ovarica
- expanded carrier screening
- valutazione del rischio genetico e predizione dei fenotipi riproduttivi
- personalized diagnosis and treatment of endometrial receptivity
- Endometrite cronica

SALA NORMANNA

Cocktail meeting

Metabolismo e nutrizione in gravidanza

- Antiemetici in gravidanza

SALA S. LUCIA

Cocktail meeting

HPV

- Lo screening con HPV DNA test primario: il ruolo del ginecologo
- La vaccinazione HPV il ruolo del ginecologo
- La comunicazione in tema HPV: cosa dire, a chi
- HPV genitale extracervicale: punti fermi e comunicazione
- HPV dell'orofaringe: e il ginecologo?
- HPV e le altre MST nell'ambito della coppia: quale gestione?

SALA CAPUANA

Cocktail meeting

Focus su tiroide e gravidanza

- La tiroide in fase preconcezionale: prevenire è meglio che curare
- La funzione tiroidea in gravidanza: quando e come intervenire
- Tiroide e post-partum: un problema sottovalutato.

SALA ANGIOINA

Cocktail meeting

Tavola rotonda medico-legale

AOGOI PER NOI: ufficio legale -

scudo giudiziario

SALA POSILLIPO

Cocktail meeting

Vitamine in gravidanza

- Anemia

Martedì 29 ottobre 2019

08:00 09:30

AUDITORIUM

Breakfast meeting (Gine)

Isteroscopia. Live + discussione teoria

SALA FESTE

Breakfast meeting

La contraccezione negli adolescenti

SALA CATALANA

Breakfast meeting

Carcinoma della vulva

- Chirurgia e ricostruzione di un caso di recidiva inguinale
 - Chirurgia e ricostruzione di due casi di recidiva vulvare con eventuali trattamenti pre e post chirurgici
 - Elettrochemioterapia
 - Chirurgia palliativa/exenteratio
- Discussione e tavola rotonda

SALA NORMANNA

Breakfast meeting

Domande in gravidanza cosa concedere o sconsigliare: evidenze scientifiche

SALA S. LUCIA

Breakfast meeting

Endometriosi laser

SALA CAPUANA

Breakfast meeting

Diagnostica predittiva

AUDITORIUM

09:30 11:00

SESSIONE PLENARIA

Fibromatosi

- Molecular diagnostics for uterine smooth muscle tumor Douglas Levine
- Terapia medica
- Terapia Chirurgica
- Potenzialità riproduttive

AUDITORIUM

11:30 13:00

SESSIONE PLENARIA

Medicina della riproduzione

- Awakening follicles nella insufficienza ovarica precoce *A. Pellicer*
- Sindrome dell'ovaio policistico: dall'ovocita al bimbo in braccio
- Impatto della patologie tiroidea sulla fertilità e sull'esito della PMA
- Oncofertilità: tra linee guida e quesiti irrisolti,

13:00 14:30

SALA FESTE

Lunch meeting

GiSS - SIGO

Menopausa e terza età

SIGO-AOGOI-AGUI-AGITE 2019

SALA CATALANA

Lunch meeting
GISS SIOG
Oncologia

SALA NORMANNA

Lunch meeting
GISS-SIGO
Scienze ostetriche

SALA S. LUCIA

Lunch meeting
GISS-SIGO
La PMA

SALA CAPUANA

Lunch meeting
• Ulipristal acetato tra passato e futuro
• Raccomandazioni italiane sulla fibrosi uterina

SALA ANGIOINA

Lunch meeting
GISS-SIGO
Diagnosi prenatale

SALA POSILLIPO

Lunch meeting
Medicina della riproduzione: tutela della salute riproduttiva e consapevolezza del rischio in PMA

- Il "pap test riproduttivo": razionale, vantaggi e sostenibilità
- La prevenzione della sterilità nel maschio
- The time flies: la gravidanza in età riproduttiva avanzata

AUDITORIUM

14:30 16:00

SESSIONE PLENARIA**Plenaria di Medicina della riproduzione**

Ultime frontiere della medicina della riproduzione

- Il valore della riserva ovarica: who, how, when and why
- L'opportunità della genetica: carrier screening
- Omics e recettività endometriale
- Individualized (iART)

16:00 17:30

SALA FESTE

Riunione società S.
AGUI
Incontro AGUI, Rappresentanti specializzandi

16:00 16:30

SALA CATALANA

Riunione società S.
AGITE

16:00 17:30

SALA POSILLIPO

Riunione società S.
AOGOI

18:00 20:00

AUDITORIUM

Riunione società S.
SIGO

Mercoledì 30 ottobre 2019

08:00 09:30

SALA FESTE

Breakfast meeting
NIPT
• Nipt

SALA CATALANA

Breakfast meeting
Presentazione libretto rosa

SALA NORMANNA -

Breakfast meeting
SEGI Campania

SALA S. LUCIA**Breakfast meeting**

Special session: l'ostetrico ginecologo e il mondo del lavoro

- L'autonomia regionale differenziata e ricadute sulla professione
- Formazione post laurea e accesso al mondo del lavoro
- Il contratto di lavoro fra tutele e aumenti salariali
- la legge24/2017: delusione e speranze

SALA CAPUANA**Breakfast meeting**

Integratori infertilità

AUDITORIUM

09:30 11:00

SESSIONE PLENARIA**Genetica**

- Microarray and beyond to next-generation sequencing in fetal diagnosis Huda B. Al-Kouatly
- Counselling genetico
- Il ruolo del NIPT e l'ipotesi del solo T21 Joris Vermeesch
- Prenatal genetics 2019 Ron Wapner

AUDITORIUM

11:30 13:00

SESSIONE PLENARIA**Fetal Therapy Breaking news!**

- La fetal therapy in Italia
- TTTS laser Y Ville
- Terapia chirurgica neonatale
- Liver transplant and pregnancy outcome. I. Marino

GINECOLOGIA E MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE

Federico II

Domenica 27 ottobre 2019

08:30 Apertura registrazione

AULA MAGNA**Precorso**

09:30 13:00

14:00 16:30

Isteroscopia

SALA A**Precorso**

09:30 13:00

14:00 16:30

Scl

SALA C**Precorso Ost**

09:30 13:00

14:00 16:30

La genetica e l'ecografia in aiuto per la diagnostica delle anomalie fetali

SALA B**Precorso**

09:30 13:00

14:00 16:30

SALA D**Precorso**

09:30 13:00

14:00 16:30

Uroginecologia

SALA E**Precorso**

09:30 13:00

14:00 16:30

Ecocardiofetale

SEDE CARDARELLI**Precorso**

09:30 13:00

14:00 16:30

Hands-on robotica, corso su cadaveri

Lunedì 28 ottobre 2019**AULA MAGNA****Breakfast meeting**

08:00 09:30

Lectio Magistralis. Moderno management del carcinoma ovarico

Philippe Morice

SALA A**Breakfast meeting**

08:00 09:30

HPV Vaccini Mini-Lecture.

La vaccinazione Anti papilloma Virus nelle donne adulte e nelle donne trattate

SALA C**Breakfast meeting**

08:00 09:30

Elettrochirurgia e laparoscopia

SALA B**Breakfast meeting**

08:00 09:30

Endometriosi atipica

SALA D**Breakfast meeting**

08:00 09:30

SIGO Young

AULA MAGNA

09:30 11:00

SESSIONE PLENARIA**Oncologia 1: Ovaio**

- Predittività molecolare
- Predittività ecografica
- Tailoring: terapia chirurgica
- Nuove prospettive di terapia medica

SALA A**Streaming plenaria****SALA B****Streaming plenaria****AULA MAGNA**

11:30 13:00

SESSIONE PLENARIA**Menopausa**

- Quale terapia alla luce della medicina predittiva?
- Terapia sistemica e locale per l'atrofia vulvo vaginale
- Nutraceutica in post-menopausa
- Menopausa e fragilità ossea. Il ruolo dei farmaci, della vitamina D e del calcio

SALA A**Streaming plenaria****SALA B****Streaming plenaria**

13:00 14:30

SALA C**Lunch meeting**

Il ginecologo ed il rischio oncogenetico

- Carcinoma della mammella
- Carcinoma dell'ovaio
- Carcinoma del colon-retto
- Chirurgia profilattica
- Esperienza in rete oncologica a confronto

SALA D**Lunch meeting**

Nuova IUS LNG: tips and tricks

SALA E**Lunch meeting**

Cervice

AULA MAGNA

15:00 16:30

SESSIONE PLENARIA**Oncologia 2: endometrio**

- Clinical translation of endometrial cancer genomics Douglas Levine
- Tailoring preoperatorio
- Chirurgia di stadiazione e delle recidive
- Fertility sparing e prevenzione primaria

SALA A**Streaming plenaria****SALA B****Streaming plenaria****AULA MAGNA**

17:00 18:30

SESSIONE PLENARIA**Malformazioni uterine**

- Tailoring riproduttivo integrato
- Correzione isteroscopica delle malformazioni uterine
- Chirurgia ricostruttiva Grigoris Grimbizis
- Uterus transplant: 'lesson learned' T. Falcone

SALA A**Streaming plenaria****SALA B****Streaming plenaria**

18:30 20:00

AULA MAGNA**Cocktail meeting**

Violenza sulle donne



SIGO-AOGOI-AGUI-AGITE 2019

**PROGRAMMA
PRELIMINARE**

**GINECOLOGIA E DONNA
UN VIAGGIO DI TUTTA UNA VITA**

NAPOLI 27-30 OTTOBRE



SIGO-AOGOI-AGUI-AGITE 2019

SALA C
Cocktail meeting
Training inserimento spirali, isterectomia inutili

SALA D
Cocktail meeting
Immunoistochimica del k endometriale

SALA E
Cocktail meeting
BRCA

Martedì 29 ottobre 2019

AULA MAGNA
Breakfast meeting
08:00 09:30
Lectio magistralis
Introduzione: Berghella
• *Epidemiologia del taglio cesareo. M. Robson*

AULA MAGNA
09:30 11:00

SESSIONE PLENARIA

Sala parto
• Evidence based: labor and delivery *V. Berghella*
• Induzione del parto: metodo migliore e timing *D. Rouse*
• VBAC: esperienza di un centro di riferimento
• Come ridurre i tagli cesarei primari in sicurezza *B. Mol*

SALA A
Streaming plenaria

SALA B
Streaming plenaria

AULA MAGNA
11:30 14:00

SESSIONE PLENARIA

Infezioni in gravidanza
• CMV *Yvess Ville*
• Sepsi e shock settico in gravidanza
• Vaccinazioni in gravidanza
• Il punto di vista del neonatologo

SALA A
Streaming plenaria

SALA B
Streaming plenaria

13:00 14:30

SALA D

Lunch meeting
Oncofertilità
• Impiego degli agonisti del GnRH
• La stimolazione ovarica controllata nella paziente con k mammario,
• Criopreservazione del tessuto ovarico nel contesto italiano
• Preservazione della sessualità

SALA E
Lunch meeting
Mini-invasività. Approccio vaginale e approccio laparoscopico
• Chirurgia live

AULA MAGNA
14:30 16:00

SESSIONE PLENARIA

Contraccezione
• La medicina predittiva nelle scelte contraccettive
Anne Gompel
• Long acting reversibili e irreversibili
A. Kustermann
• La contraccezione ormonale oggi
• IVG a 40 anni dalla legge 194

SALA A
Streaming plenaria

SALA B
Streaming plenaria

Mercoledì 30 ottobre 2019

SALA A
Breakfast meeting
08:00 09:30

SALA C
Breakfast meeting
08:00 09:30
Diagnosi differenziali fibromi sarcomi

SALA B
Breakfast meeting
08:00 09:30

AULA MAGNA
09:30 11:00

SESSIONE PLENARIA

Pavimento pelvico
• The genetics of LUTD *Rufus Cartwright*
• Uterosacral Suspension of the Vaginal Apex *Bob Shull*
• Chirurgia laparoscopica
• Nuove prospettive e ripristino funzionale

SALA A
Streaming plenaria

SALA B
Streaming plenaria

AULA MAGNA
11:30 13:00

SESSIONE PLENARIA

Endometriosi
• Endometriosis: from biomarkers to precision surgery
• Choosing wisely e criteri di scelta della terapia medica a lungo termine
• Adenomiosi, nuove sfide di diagnosi e trattamento
• Can we reduce the psychosocial and financial burden of endometriosis? *Tony Luciano*

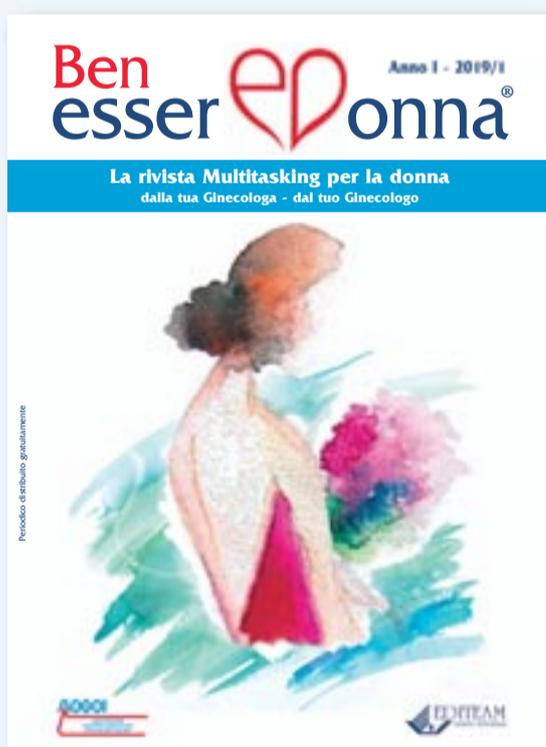
SALA A
Streaming plenaria

SALA B
Streaming plenaria

EDITORIA



Nasce "BenEssere donna" la rivista Aogoi dedicata alla salute femminile



Care Colleghe, cari Colleghi

è un piacere e un onore per me consegnare nelle vostre mani, seppure virtualmente, il primo numero di "BenEssere donna" la rivista Aogoi dedicata alla salute psico-fisica della donna, indubbiamente oggi molto più impegnata di un tempo, per necessità "multitasking" e, come le generazioni dei millennials, sempre più "connessa" e alla ricerca di informazioni valide e autorevoli.

La rivista vi verrà consegnata nei vostri ospedali, nei vostri ambulatori e vi prego di essere promotori attivi di questa iniziativa, ma anche di dare un ritorno segnalando aspetti negativi, insomma una critica che sia il più possibile costruttiva.

Si tratta di un servizio editoriale che Aogoi ha fortemente voluto per promuovere e consolidare il rapporto di fiducia che necessariamente deve sussistere tra la donna e la sua ginecologa, il suo ginecologo. Ma non solo. Abbiamo voluto rispondere alla necessità espressa dalle colleghe/colleghi, di usufruire di uno strumento utile a sensibilizzare, informare ed educare alle scelte di salute consapevoli in tutte le epoche della vita, in un format adeguato a trasformare le nuove acquisizioni scientifiche in consigli pratici e buone abitudini quotidiane.

Come usare questa rivista?

"BenEssere donna" si propone come strumento di counselling da utilizzare nel proprio incontro con la donna per avviare un dialogo continuativo utile a focalizzare i diversi bisogni di salute a favore di una medicina personalizzata mirata alla prevenzione e al benessere psico-fisico. Ed è per questo che vi chiediamo di consegnare la rivista gratuitamente alle donne affinché possa essere recepito e valorizzato il nostro quotidiano impegno nei loro riguardi.

Siamo consapevoli di esserci assunti un impegno oneroso, quasi una sfida, che potremo vincere solo facendo "squadra".

Pertanto vi chiediamo di entrare in questo Network operativo e, grazie all'impegno scientifico di Aogoi, al supporto e all'esperienza tecnica di Editeam nonché alla collaborazione attiva di tutte/i voi, anche con suggerimenti e spunti editoriali, cercheremo di crescere insieme e potenziare la nostra opera di educatori alla salute perché, come affermava Rita Levi Montalcini, "Se istruisci un bambino avrai un uomo istruito. Se istruisci una bambina avrai una donna, una famiglia e una società istruita".

Grazie a tutte/i!

Elsa Viora
Presidente AOGOI

LINEE GUIDA PMA

Chiantera: “Le Società scientifiche italiane non hanno bisogno di commissariamenti e bozze da altri Paesi

La lettera aperta del Segretario Nazionale Aogoi e dei componenti del Giss, il Gruppo di Interesse Scientifico Speciale sulla Medicina della Riproduzione costituito dall’Aogoi e dalla Sigo per la validazione di Linee Guida nel campo della diagnosi e terapia della sterilità di coppia

L’ITALIA VIVE DA TEMPO UN TREND DEMOGRAFICO NEGATIVO che fa registrare ogni anno un nuovo record di calo delle nascite. L’infertilità, maschile e femminile, è diventata un problema molto diffuso e in continuo aumento, da cui discende un crescente ricorso alla procreazione medicalmente assistita (Pma). Negli ultimi anni, la Medicina della riproduzione ha fatto grandi passi in avanti: le tecniche oggi disponibili rappresentano un aiuto concreto alla fertilità naturale per le coppie che desiderano realizzare il desiderio di genitorialità.

La tutela della salute riproduttiva è dunque una tematica prioritaria per la sanità pubblica, così come la cura dell’infertilità. Nell’ambito specifico della Pma, qualsivoglia provvedimento dovrebbe avere come fine ultimo la promozione dell’appropriatezza, della qualità e della sicurezza delle prestazioni, nonché la loro equa accessibilità su tutto il territorio nazionale.

La stesura di Linee Guida italiane per la Procreazione medicalmente assistita, di concerto tra le società scientifiche di riferimento, accreditate al Ministero della Salute, va nella direzione di migliorare e rendere sicuro il processo di cura, così come previsto dalla legge 24/2017 (legge Gelli) sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale.

A tal proposito, la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) e l’Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi), società entrambe accreditate al Ministero della Salute, hanno costituito un “Gruppo di Interesse Scientifico Speciale (Giss) sulla Medicina della Riproduzione” per la validazione di Linee Guida nel campo della diagnosi e terapia della sterilità di coppia, già discusse e concordate con esperti di varia competenza professionale.

Questa materia, infatti, per gli aspetti clinici e il forte impatto emotivo sul vissuto delle coppie, coinvolge anche professionisti delle diverse società scientifiche nazionali con differente estrazione e competenza (ginecologi, esperti in Sterilità e fertilità, esperti in Medicina della riproduzione, andrologi, endocrinologi, ostetriche) e pertanto non può non tener conto, ai fini della stesura delle Linee Guida, del pieno coinvolgimento delle Associazioni Pazienti e delle realtà sociali in cui l’attività sanitaria viene svolta.

Tutto ciò premesso, registriamo con grande rammarico la decisione del Snlg (Istituto Superiore di Sanità) di procedere alla stesura delle Linee Guida della medicina della riproduzione attraverso

ANTONIO CHIANTERA
Segretario Nazionale
AOGOI



La stesura di Linee Guida italiane per la Procreazione medicalmente assistita, di concerto tra le società scientifiche di riferimento, accreditate al Ministero della Salute, va nella direzione di migliorare e rendere sicuro il processo di cura, così come previsto dalla legge 24/2017 (legge Gelli) sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale



una semplice traduzione di Linee Guida internazionali con adattamento o meno alla realtà italiana.

Va altresì tenuto conto che già da febbraio 2018 l’Aogoi in collaborazione con Editeam ha affrontato tale tematica pubblicando un poderoso volume: “**La medicina della riproduzione. Il percorso clinico e diagnostico condiviso**” a cura del Prof. Carlo Foresta e della D.ssa Elsa Viora; volume a cui si potrà far riferimento per la rapida elaborazione delle Linee Guida stesse così come dalle numerose pubblicazioni che i singoli componenti del GISS hanno pubblicato a livello internazionale nel corso degli anni.

Lungi dal dover replicare esperienze estere, riteniamo che l’Italia – con il suo Servizio sanitario di eccellenza e con la sua tradizione scientifica d’avanguardia in tutte le aree che afferiscono alla salute riproduttiva, materno-infantile e neonatale – sia in grado non solo di stilare per sé le proprie Linee Guida, ma anche di far scuola a livello internazionale.

Pertanto rivolgiamo, il nostro appello al Ministro della Salute, D.ssa Giulia Grillo, affinché di concerto con il Dott. Primiano Iannone, Direttore del Cnec, voglia modificare l’attuale indirizzo della semplice traduzione di Linee Guida di altre nazioni e voglia dare la piena attuazione alla richiesta della Federazione Sigo e della Aogoi perché procedano rapidamente alla stesura di Linee Guida sulla Pma della nostra nazione attraverso il **Giss composto da Sigo-Aogoi e da tutte le altre Società Scientifiche e Associazioni rappresentative di cittadini e pazienti**. I membri del Giss rappresentano la massima espressione dell’eccellenza italiana in tema di medicina della riproduzione e coinvolgono tutti i centri di riproduzione assistita: ospedalieri, universitari, privati convenzionati e non.

Prof. Antonio Chiantera
Segretario Nazionale AOGOI

“Registriamo con grande rammarico la decisione del Snlg (Istituto Superiore di Sanità) di procedere alla stesura delle Linee Guida della medicina della riproduzione attraverso una semplice traduzione di Linee Guida internazionali con adattamento o meno alla realtà italiana. Lungi dal dover replicare esperienze estere, riteniamo che l’Italia sia in grado non solo di stilare per sé le proprie Linee Guida, ma anche di far scuola a livello internazionale”

Componenti GISS:

Colacurci Nicola - *Coordinatore*

Ajossa Silvia

Alvigi Carlo

Anserini Paola

Bertoli Massimo

Borini Andrea

Cau Giuseppina

Coccia Maria Elisabetta

Costa Mauro

D’amato Giuseppe

De Placido Giuseppe

De Stefano Cristofaro

Gianaroli Luca

Levi Setti Paolo Emanuele

Mencaglia Luca

Palermo Roberto

Perino Antonio

Porcu Eleonora

Schettini Sergio

Società Scientifiche confluite nel Gruppo GISS

SIGO-AOGOI:

SIFES MR (*Società Italiana di Fertilità e Sterilità e Medicina della Riproduzione*)

SIdR (*Società Italiana della Riproduzione*)

Fondazione PMA Italia

CECOS (*Centre d’Etude et de Conservation des Oeufs et du Sperm*)

Società Scientifiche e Associazioni Pazienti che hanno espresso il loro consenso alla stesura delle Linee Guida italiane:

AIO (*Associazione Italiana Ostetricia*)

FNOPO (*Federazione Nazionale Ordini Professioni Ostetriche*)

SIAMS (*Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità*)

SIBIOC (*Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica*)

SIE (*Società Italiana di Endocrinologia*)

SIERR (*Società Italiana di Embriologia Riproduzione e Ricerca*)

SIGU (*Società Italiana di Genetica Umana*)

ARIANNeOnlus

Associazione Luca Coscioni

APE Onlus - Associazione Progetto Endometriosi

L'ATTIVITÀ DEI GRUPPI DI INTERESSE SCIENTIFICO SPECIALE

Al via i lavori dei GISS

Previsti dal nuovo statuto della Federazione Sigo con la finalità di contribuire a redigere linee guida su tematiche specifiche, i Gruppi di Interesse Scientifico Speciale ricopriranno un ruolo importante anche nel creare una rete non solo tra i ginecologi, ma anche con tutti i professionisti e le associazioni di pazienti coinvolti nei vari ambiti di interesse delle sub-specialità di Ginecologia e Ostetricia

COME TUTTI SAPPIAMO, nell'ultimo Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui 2018 è stato approvato il nuovo statuto della Federazione Sigo-Aogoi-Agui-Agite che raggruppa le tre anime della ginecologia e ostetricia italiana: ospedaliera, universitaria e territoriale. Tra le principali novità previste dal nuovo statuto vi è l'istituzione dei **Giss**, i **Gruppi di Interesse Scientifico Speciale**, all'interno della Federazione. Un Giss è un'assemblea a lungo termine di membri con un'area di interesse in una sub-specialità di Ginecologia e Oste-

tricia, che si riuniscono per discutere sui nuovi sviluppi della loro area e sui modi per valutare e implementare questi sviluppi nella pratica clinica generale.

I Giss sono stati istituiti al fine di riunire competenze specifiche in ogni campo dell'ostetricia e ginecologia, con la finalità di contribuire a redigere linee guida sulle tematiche specifiche, di attuare programmi formativi post-universitari nel loro relativo campo di interesse, di contribuire allo sviluppo di campagne promozionali e realizzare progetti di ricerca nello specifico campo.

La funzione di un Giss è quindi di mantenere gli standard scientifici nella propria specifica area, sia organizzando e sostenendo attività educative e di ricerca sia offrendo opportunità di scambio di opinioni e costruzione di un consenso, concentrandosi sulla qualità e gli standard educativi attraverso la certificazione e l'accreditamento che dovrebbero portare ad ottenere diversi risultati, compresi specifici corsi di formazione o documentazione, la creazione di Gruppi di Lavoro per lo sviluppo di linee guida e/o consensi da pubblicare, ecc.

Ogni Giss dovrà presentare una relazione annuale delle proprie attività al Consiglio Direttivo ed avrà una sua rappresentanza nell'ambito del Consiglio Generale. Il Giss è costituito da un **Gruppo Dirigente Operativo (Gdo)** composto da **11 membri**, di cui uno con funzione di collegamento con il Consiglio Direttivo della Federazione Sigo, **società e/o persone spe-**

cificamente competenti nell'area di interesse in una sub-specialità di Ginecologia ed Ostetricia.

Fino ad ora sono stati costituiti otto Giss che coprono gli ambiti della Ginecologia Oncologica, Ginecologia Endocrinologica, Menopausa, Diagnosi Prenatale, Scienze ostetriche, Studio della placenta, Uroginecologia e Procreazione medicalmente assistita. Mentre sono in via di costituzione altri Giss per la Chirurgia Ginecologica e per la Ginecologia del basso tratto vaginale.

Ogni Giss si avvarrà della collaborazione di Associazioni di pazienti al fine di creare una rete reale ed efficace non solo fra noi professionisti, ma anche con rappresentanti della società civile e delle donne che sapranno arricchire il contenuto delle attività scientifiche in modo da 'calarle' nella realtà quotidiana.

Ci auguriamo che tutti i Giss possano davvero svolgere un ruolo 'dinamico', creando una rete, non solo tra i ginecologi, ma anche con tutti i professionisti di competenze diverse coinvolti nei vari settori specifici, in modo da produrre informazione, cultura e raccomandazioni pratiche che aiutino tutti noi a fornire la migliore assistenza possibile, avvalendosi della partecipazione attiva delle donne, non più pazienti bensì persone consapevoli che la salute è un bene prezioso che va difeso e salvaguardato.

Ecco di seguito i Gruppi di Interesse Scientifico Speciale già attivi con l'elenco dei membri e delle società che vi hanno aderito.

GiSS per la Ginecologia Oncologica

Il coordinatore è Vito Trojano e i componenti sono:

ANGIOLI Roberto, CHIANTERA Vito, FRANCHI Massimo, GIORDA Giorgio, MALZONI Mario, RASPAGLIESI Francesco, SALERNO Giovanna, SARTORI Enrico, SCOLLO Paolo, VIZZA Enrico, ZULLO Fulvio, CRISTIANI Paolo (delegato Presidente AGITE), nonché i Presidenti delle altre Federate o un loro delegato.

Società che finora hanno aderito:

AIOM - Associazione Italiana Oncologia Medica - Presidente Stefania Gori, SIOG - Società Italiana di Oncologia Ginecologica - Presidente Roberto Angioli.

Siamo in attesa di accettazione da parte del CNEC della nostra proposta per l'elaborazione di linee guida in materia per la pubblicazione nell'SNLG.

GiSS per la Menopausa

Il coordinatore è Anna Maria Paoletti e i componenti sono:

BARBARO BECORPI Angela Maria Luisa, BIGLIA Nicoletta, CAGNACCI Angelo, CARUSO Salvatore, DI CARLO Costantino, GALLO Mario, GAMBACCIANI Marco, GRASSI Giuseppina, GUIDA Maurizio, LELLO Stefano, NOCERA Francesca, VILLA Paola, DEL BRAVO Barbara (delegato Presidente AGITE), nonché i Presidenti delle altre Federate o un loro delegato.

Società che finora hanno aderito:

SIM - Società Italiana Menopausa - Presidente Marco Gambacciani e la SIGITE - Società Italiana Ginecologia Terza Età - Presidente Mario Gallo. *Anche per questo GiSS siamo in attesa di eleggibilità da parte del CNEC per la pubblicazione delle linee guida nell'SNLG.*

GiSS per la Diagnosi Prenatale

Il coordinatore è Enrico Ferrazzi e i componenti sono:

VIORA Elsa Presidente AOGOI, VOLPE Paolo delegato Presidente SIGO, MORLANDO Maddalena delegato Presidente AGUI, VEZZANI Dirce delegato Presidente AGITE, ANZELMO Daniela, CETIN Irene, CONOSCENTI Giancarlo, DE ROBERTIS Valentina, GIORLANDINO Claudio, MONNI Giovanni (coordinatore per la parte di diagnosi prenatale invasiva), NAZZARO Giovanni, PREFUMO Federico, SCIARRONE Andrea, STAMPALIIJA Tamara, TADDEI Fabrizio, VALENSISE Herbert. Facilitatori: DE SANTIS Marco, TEODORO Adele.

Società che finora hanno aderito:

SIEOG - Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica - Presidente Tiziana Frusca che collaborerà con noi alla stesura di dette linee guida per la parte ecografica e la SIGU - Società Italiana di Genetica Umana - Presidente Maurizio Genuardi. SIMP - Società Italiana di Medicina Perinatale - Presidente Luca Ramenghi. *Con grande piacere si comunica che il Dr. Primiano Iannone, Direttore del CNEC-SNLG, ha giudicato la proposta di Linee Guida del Gruppo GISS Diagnosi Prenatale eleggibile per la pubblicazione nell'SNLG.*

GiSS Scienze Ostetriche

Il coordinatore è Roberto Jura e i componenti sono:

ARDUINI Lara, CHIANTERA Antonio delegato Presidente AOGOI, CRESCINI Claudio, DEL BO Elsa, DRIUL Lorenza, FERRARO Sebastiana, FRANCESE Letizia, GIORNELLI Roberta, LOCCI Maria Vittoria, MARCHI Antonella, MASSACESI Mario, PARAZZINI Fabio, RAGUSA Antonio, Presidente SIGO o suo delegato, COLACURCI Nicola per AGUI, BARTOLI Maria Grazia delegato Presidente AGITE.

Per il GiSS Scienze Ostetriche c'è stato comunicato che la nostra proposta per LG sulla "Gestione della gravidanza a basso rischio" non è eleggibile per la pubblicazione in quanto sono già in corso di aggiornamento delle LG dell'ISS "Gravidanza fisiologica 2011" che hanno le stesse finalità. Tuttavia, il Dott. Primiano Iannone, Direttore Centro Nazionale Eccellenza Clinica, Qualità e Sicurezza delle Cure, Istituto Superiore di Sanità, ci ha invitati a prendere contatto con il Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva/CNaPPS che sta curando la stesura delle LG, auspicando la partecipazione delle nostre Società al progetto stesso.

GiSS per lo studio della placenta

Il coordinatore è Antonio Chiàntera e i componenti sono:

BARTOLONI Giovanni, BUCCELLI Claudio, BULFAMANTE Gaetano, FULCHERI Ezio, MECACCI Federico, MOSCA Fabio, NERI Margherita, PETRAGLIA Felice, QUINTARELLI Gianfranco, RESTA Leonardo, TARSITANO Pietro, VALENSISE Herbert, DI SIMONE Nicoletta delegato Presidente SIGO, DUBINI Valeria delegato Presidente AGITE nonché i Presidenti o un loro delegato delle altre Federate. *Per questo GiSS è stata presentata la richiesta per l'elaborazione di LG su "La diagnostica*

anatomopatologica della placenta umana nelle varie epoche di gravidanza" e il Direttore del CNEC Dott. Primiano Iannone, ha giudicato la tale proposta eleggibile per la pubblicazione nell'SNLG.

Società che finora hanno aderito:

SIAPEC-IAP - Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia Diagnostica - Presidente Mauro Truini. SIMP - Società Italiana di Medicina Perinatale - Presidente Luca Ramenghi. SIEOG - Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica - Presidente Tiziana Frusca. SIMLA - Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni - Presidente Riccardo Zoja. SIN - Società Italiana di Neonatologia - Presidente Fabio Mosca.

GiSS PMA

Il coordinatore è Nicola Colacurci e i componenti sono:

ALVIGGI Carlo, BORINI Andrea, COSTA Mauro, D'AMATO Giuseppe, DE STEFANO Cristofaro, PERINO Antonio, PORCU Eleonora. CAU Giuseppina delegato Presidente AGITE, COCCIA Maria Elisabetta delegato CECOS, DE PLACIDO Giuseppe delegato Presidente SIGO, MENCAGLIA Luca delegato PMA Italia, PALERMO Roberto delegato SIFES, SCHETTINI Sergio delegato Presidente AOGOI. GIANAROLI Luca coordinatore gruppo studio SIGO medicina della riproduzione. LEVI SETTI Paolo Emanuele coordinatore tra GiSS e CD Federazione SIGO. Facilitatori: AJOSSA Silvia, ANSERINI Paola, BERTOLI Massimo.

Società che finora hanno aderito:

AIO - Associazione Italiana Ostetrica - Presidente Roberta Giomelli. FNOPO - Federazione Nazionale Ordini della Professione Ostetrica - Presidente Maria Vicario. SIAMS Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità - Presidente Dr. Giovanni Corona. SIBIOC Società Italiana di Biochimica Clinica e biologia Molecolare Clinica - Presidente Sergio Bernardini. SIE Società Italiana di Endocrinologia - Presidente Francesco Giorgino. SIERR - Società Italiana di Embriologia Riproduzione e Ricerca - Presidente Lucia De Santis.

SIGU - Società Italiana di Genetica Umana - Presidente Maurizio Genuardi. SIRU - Società Italiana della Riproduzione Umana - Presidenti A. Guglielmino - P. Viganò - L. Montano. Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica - Presidenti M. De Luca - M. Gentili - M. Welby - Segretario Nazionale F. Gallo. APE Onlus - Associazione Progetto Endometriosi - Presidente Annalisa Frassinetti.

GiSS Ginecologia Endocrinologica

Il coordinatore è Anna Maria Paoletti e i componenti sono:

APA Rosanna, DE FRANCISCIS Pasquale, DE LEO Vincenzo, FRUZZETTI Franca, FULGHESU Anna Maria, GENAZZANI Alessandro David, GENNARELLI G., GUIDA Maurizio, LANZONE Antonio, NAPPI Rossella, PAMPALONI Francesca, SIMONCINI Tommaso, STOMATI Massimo, Presidente SIGO o suo delegato, Presidente AOGOI o suo delegato, CIANCI Antonio delegato Presidente AGUI, TOSCHI Marina delegato Presidente AGITE.

GiSS Uroginecologia

I componenti sono:

CHIANTERA Antonio - delegato Presidente AOGOI, FRANCHI Massimo - delegato Presidente SIGO, CERVIGNI Mauro - delegato Presidente AIUG, ORLANDELLA Maurizio delegato Presidente AGITE, SERATI Maurizio - delegato Presidente SIUD, FARMISANO Carmen - SIGO, CAMPAGNA Giuseppe - SIGO, ZULLO Marzio - AIUG, NATALE Franca - AIUG, CAPOBIANCO Giampiero - AIUG, DEVITA Davide - AOGOI, PETRUZZELLI Paolo - AOGOI, IULIANO Lucio - AOGOI, SALVATORE Stefano - AGUI, TORELLA Marco - AGUI, BELLINI Massimo - AGUI, PALMIOTTO Rosanna - AGITE.

Società che finora hanno aderito:

AIUG - Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico - Presidente Gianluca Bracco - Segretario Scientifico Mauro Cervigni. SIUD - Società Italiana di Urodinamica - Presidente Marco Soligo. Per i GiSS di Ginecologia Endocrinologica e di Uroginecologia così come per i costituendi nuovi GiSS verrà inoltrata mediante la piattaforma la proposta per LG al CNEC.

INFERTILITÀ FISIOLÓGICA ETÀ DIPENDENTE

L'orologio biologico esiste e bisogna farci i conti

Tra le cause più frequenti di infertilità, oggi, quella probabilmente più frequente è nuova, e dovremmo iniziare a chiamarla con il suo nome e cognome: "infertilità fisiologica, età dipendente".

La soluzione a questo fenomeno inevitabile, contrariamente a quanto pensi la maggior parte della popolazione generale, non è, e non può essere, la Pma

ANCHE OGGI, COME TUTTI GLI ALTRI GIORNI DI ATTIVITÀ PROFESSIONALE, si è presentata da me Anna (così come Giulia, Maria, Alessia...), 41 anni, lavoratrice, forse in carriera, sicuramente una donna che ha studiato anche dopo la scuola dell'obbligo. Ha poggiato sulla scrivania la sua cartellina con i referti dei controlli precedenti, qualche pap test, e guardando negli occhi il compagno mi ha detto: "Professoressa, siamo qui perché vorremmo iniziare a pensare ad un bambino". Prima di lei, Carla, una sua coetanea con una storia simile è venuta da sola, chiedendomi di sottoporla ad un check-up completo perché proprio non si spiega come mai, nonostante tutto vada bene sia in lei che nel marito, è un anno che stanno provando...ma questo bambino non arriva.

Anna, Carla sono donne come troppe altre, che frequentano i nostri ambulatori alla ricerca di una gravidanza in età avanzata. Ogni volta, prima di stabilire un rapporto empatico e iniziare una lunga spiegazione che le renderà tristi o spaventate, mi chiedo se davvero possiamo continuare ad ignorare questo fenomeno dilagante.

Tra le cause più frequenti di infertilità, oggi, quella probabilmente più frequente è nuova, e dovremmo iniziare a chiamarla con il suo nome e cognome: "infertilità fisiologica, età dipendente".

I dati Istat, non molto diversi dai dati pubblicati in tutti gli altri Paesi europei e comunque del mondo industrializzato, non fanno che innalzare in maniera lenta ma inesorabile l'età alla prima gravidanza delle nostre donne. Se nel 1999 erano solo il 2,8% i bambini nati nel nostro Paese da donne over 40, nel 2009 questo numero è almeno raddoppiato.

Le ragioni alla base di questo fenomeno sono molteplici e la loro analisi esula dallo scopo di questo articolo ma a grandi linee sono legate all'aumento dell'istruzione e dell'occupazione femminile, con crescenti obiettivi di carriera, alle strategie contraccettive altamente efficaci a disposizione, alla scarsità di incentivi sociali a sostegno della genitorialità e all'idea diffusa e fuorviante secondo cui la Procreazione Medicalmente Assistita (Pma) può compensare il naturale declino della fertilità con l'invecchiamento. Tanto è vero che se guardiamo ai dati pubblicati dal Ministero della Salute sui trattamenti dei centri Pma in Italia, vediamo come continua anno dopo anno ad aumentare l'età media delle donne che si rivolgono per un trattamento di fecondazione assistita di coppia: se nel 2005 solo il 20% di loro aveva superato i 40 anni, nel 2016 il tasso è arrivato al 36%, motivo per cui l'età media delle nostre pazienti è oggi di quasi 37 anni.

Roberta Venturella

Professore Associato di Ginecologia e Ostetricia, Università Magna Graecia Responsabile Centro di PMA di III livello Ospedale Pugliese Ciaccio di Catanzaro



Troppe poche sono le donne e le coppie consapevoli di questa realtà, e ancora troppo poche sono le iniziative volte alla diffusione di concetti fondamentali come questi



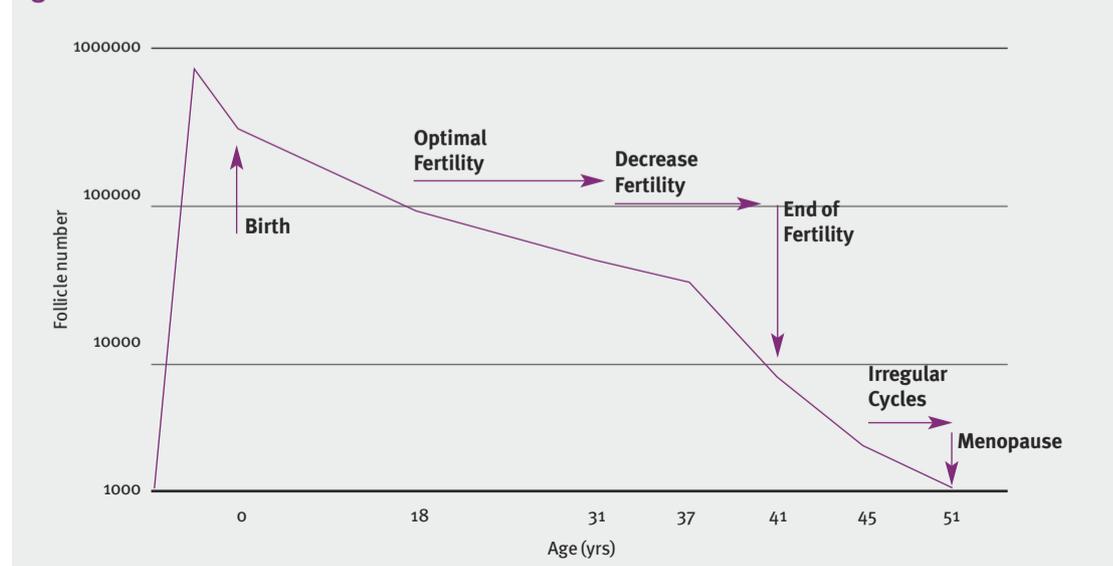
Peccato che a 37 anni è già iniziato, inevitabile, il declino della capacità riproduttiva di qualsiasi donna, anche della più fertile. Studi di popolazione su numeri enormi di donne hanno dimostrato in maniera inequivocabile il rapporto che esiste tra età e fertilità nel sesso femminile, indicando anche una serie di steps successivi ben evidenziati nella **figura 1**, tratta dall'articolo di Te Velde e Pearson pubblicato su una delle riviste più prestigiose del nostro settore nel 2002.

Come mostrato nel grafico, il picco della fertilità femminile si attesta tra i 18 e i 25 anni e inizia a decrescere dopo i 35 (per questo, negli studi scientifici, le donne over 35 sono chiamate AMA (Advanced Maternal Age), fino a terminare definitivamente addirittura 10 anni prima della comparsa della menopausa della donna. Questo

significa che, salvo casi sporadici (che non si attestano in più del 4-5% di tutte le donne) in cui l'età ritardata alla menopausa concederà qualche possibilità di concepimento anche a 42-43 anni, il 90% delle donne italiane, destinate ad andare in menopausa mediamente a 51 anni, perderanno la possibilità di concepire tra 40 e 41 anni. Una donna su 10, più sfortunata, anticiperà ancora di più questo momento, e una su 100, destinata alla menopausa precoce prima dei 40 anni, avrà esaurito ogni chance riproduttiva già intorno ai 30 anni.

Questi numeri, che sconvolgono ogni volta le donne a cui li mostriamo, dipendono da un fattore biologico estremamente semplice: ci siamo evoluti da un punto di vista sociale nel tempo ma siamo rimaste biologicamente identiche alle donne di 3000 anni fa, costruite per concepire a 15 anni e mettere al mondo 3-4 figli, prima

Figura 1. Correlazione tra età e fertilità nella donna



del 15% del patrimonio follicolare presente alla nascita e a 40 anni non rimane più del 5% del numero iniziale.

Come se non bastasse, insieme alla **riduzione del numero**, assistiamo ad una diminuzione progressiva della **qualità degli ovociti**, soprattutto dal punto di vista genetico, a causa di una serie di anomalie dei numerosi *pathways* coinvolti nella fisiologia cellulare, quali produzione di energia, regolazione del ciclo cellulare, bilanciamento del metabolismo, regolazione epigenetica e misgregazione meiotica.

L'anomalia più frequente che ne risulta, legata alla cattiva qualità ovocitaria età-dipendente, è l'**aneuploidia**, che consiste nella presenza di un numero errato di cromosomi negli embrioni generati dall'incontro di queste uova con gli spermatozoi paterni.

Il risultato clinico di questo fenomeno biologico è, da un lato, la percentuale di embrioni con anomalie genetiche, che sale dal 35% nelle donne di età inferiore ai 35 anni all'80% sopra i 42 anni. Dall'altro, diretta conseguenza di tutto ciò, la riduzione del tasso di concepimento spontaneo, di gravidanza a termine e bambino nato vivo, insieme ad un aumento progressivo del tasso di abortività spontanea, che, se a 20 anni è inferiore al 10%, sale al 50% a 42 anni. **Numeri su numeri, quasi un bollettino di guerra**, che dovremmo imparare a memoria e usare tutte le volte che una ragazza adolescente entra nei nostri ambulatori. Perché, contrariamente a quanto pensi la maggior parte della popolazione, **la soluzione a questo fenomeno inevitabile non è, e non può essere la Pma.**

Se guardiamo ai dati pubblicati nell'ultimo report ministeriale, infatti, i tassi di successo dei trattamenti di fecondazione assistita (FIVET e ICSI) decrescono in maniera esponenziale all'aumentare dell'età della donna, così che se il tasso di gravidanza cumulativa per ciclo iniziato è del 37% prima dei 34 anni, questo scende al 29% tra 34 e 39 anni, 15% tra 40 e 42, fino al 6% dopo i 42 anni (figura 2). Di tutte queste gravidanze iniziate, però, più del 53% avrà un esito avverso (cioè non porterà ad un bambino nato a causa di aborto) dopo i 43 anni, così che, a conti fatti, **una donna che inizia un trattamento di Pma a 42 anni ha scarso il 3% di possibilità di tornare a casa con un bambino in braccio (figura 3).** Tra 40 e 42 anni questa possibilità sarà di circa il 9%, tra 35 e 39 anni circa il 20%, almeno in Italia, su cicli senza utilizzo di uova donate.

Quanti medici di base parlano alle proprie pazienti di queste percentuali di successo? Quante coppie pensate che immaginino una realtà del genere, quando decidono di avviare un percorso di Pma o quando scelgono di ritardare la gravidanza per creare prima tutta l'infra-

Per approfondire

Report annuale sull'attività dei centri di procreazione medicalmente assistita - anno 2016- ISS

Te Veld ER, Pearson PL. The variability of female reproductive ageing. Hum Reprod Update 2002; 8:141-154

Laopaiboon M, Intarut B et al. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. BJOG 2014; 121 (Suppl. 1):49-56

Biografia breve

Roberta Venturella è nata nel 1984 a Palermo, dove ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia. Dopo un Dottorato di Ricerca e un periodo da Ricercatrice, è attualmente Professore Associato di Ginecologia e Ostetricia presso l'Università Magna Graecia e Responsabile del nascente Centro di Pma di III livello dell'Ospedale Pugliese Ciaccio di Catanzaro, primo e unico Centro pubblico calabrese. Nella sua attività lavorativa, oltre a trattare le problematiche connesse all'infertilità, si occupa di preservazione della fertilità nelle donne affette da patologie benigne e maligne, di chirurgia mininvasiva, isteroscopica e laparoscopica e di oncologia ginecologica. È autrice di oltre 60 pubblicazioni scientifiche su riviste con peer-review e impact factor, inventrice e titolare di un brevetto per la valutazione dell'età ovarica della donna e vincitrice di premi nazionali e internazionali per le attività di ricerca svolte sulle tematiche ostetrico-ginecologiche

struttura familiare necessaria al proprio progetto di vita insieme? Poche, troppo poche. Così come pochissimo sono conosciuti i rischi materni legati ad una gravidanza in età avanzata, soprattutto se ottenuta dopo donazione di uova (fecondazione eterologa o ovodonazione). Molte coppie, di fronte ad un counselling onesto che illustra i dati di cui abbiamo appena parlato, ci chiedono: "come ha fatto allora la mia amica (o peggio, come ha fatto Gianna Nannini) ad avere un bambino a 49 anni? Se ha potuto lei, perché non posso io?".

Quanti di noi hanno il coraggio di dire a queste coppie che le gravidanze sopra i 45 anni espongono la donna (anche perfettamente in salute e senza patologie croniche pre-esistenti) ad un rischio di morte che è 4,3 volte superiore alle donne under 35, e che questo rischio è comunque 2,6 volte maggiore anche nelle donne tra 40 e 44 anni? Questi dati, tratti da un grosso studio pubblicato sul *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* nel 2014, dicono anche che il rischio di andare incontro a complicanze gravi, quasi mortali (cosiddetto Maternal Near Miss) è 3,5 volte maggiore sopra i 45 anni e 2,2 sopra i 40. Tra gli altri, questi rischi si chiamano ipertensione in gravidanza, eclampsia, diabete, placentazione anomala, emorragia postpartum. Complicanze possibili anche nelle gravidanze spontanee in donne giovani, ma che vedono nella tecnica di ovodonazione e nell'età avanzata due principali fattori di rischio aggiuntivi, che ne fanno aumentare incidenza e pericolosità.

Dalla mia personale esperienza professionale, troppe poche sono le donne e le coppie consapevoli di questa realtà, e ancora troppo poche sono le iniziative volte alla diffusione di conoscenze su concetti fondamentali come questi. La maternità, e in generale la genitorialità, tuttavia, sono bisogni fisiologici del genere umano che, sebbene non nel 100% degli individui, prima o poi esplodono nella vita di una coppia e governano scelte e investimenti, emotivi ed economici. Anche dopo il counselling più oggettivo sul rischio di insuccesso, sui costi (non sono monetari), sui rischi in caso di eventuale successo dopo tecnica di ovodonazione, sono molte di più le coppie che decidono di intraprendere comunque il percorso rispetto a quelle che rinunciano senza neanche averci provato, perché entrano in campo motivazioni fortissime, spesso più forti della consapevolezza delle possibilità di insuccesso.

Per questo motivo ritengo che sia nostra responsabilità, medica e sociale, educare le nuove generazioni sin dalle età più giovani, affinché si cerchi insieme, per tempo, una soluzione alternativa che possa in qualche modo prevenire l'inevitabile diagnosi di "infertilità fisiologica" a 40 anni.

di morire per le cause più svariate prima dei 30. **Che ci piaccia o no, ancora, esistono delle differenze sostanziali tra uomini e donne, anche sul versante riproduttivo.** Mentre gli uomini, infatti, possono essere in grado, salvo patologie intervenute, di produrre ciclicamente nuovi spermatozoi fino alla morte, i gameti femminili, cioè le cellule uovo contenute nelle ovaie, smettono di essere prodotti addirittura durante la vita intra-uterina. Per questa ragione, i determinanti biologici del declino della fertilità femminile associato all'età dipendono tanto dal mancato rinnovo del pool degli ovociti durante la vita, quanto dalla diminuzione progressiva del numero dei follicoli e conseguentemente degli ovociti subito dopo la nascita (**il numero dei follicoli diminuisce negli anni secondo una dinamica esponenziale prevedibile con un modello matematico**). Già a 30 anni nelle ovaie rimane non più

Figura 2. Percentuali di gravidanza su ciclo iniziato e cumulativo dopo PMA in Italia

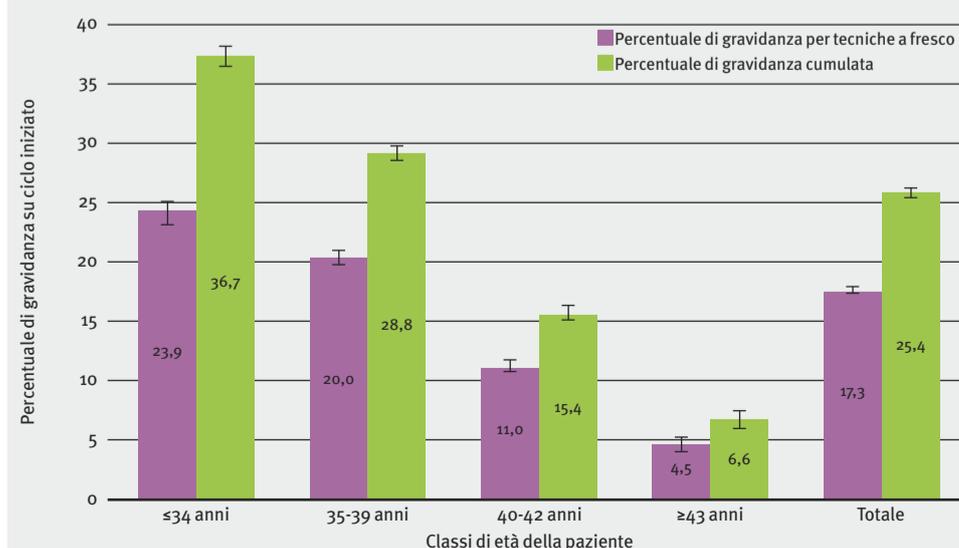
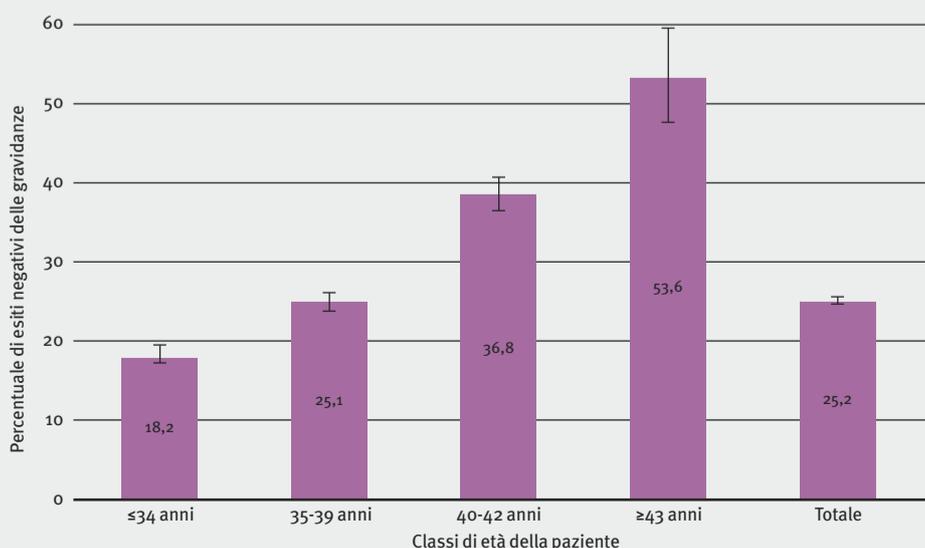


Figura 3. Percentuali di esiti negativi delle gravidanze monitorate dopo PMA in Italia



PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO



L'arte di imparare dagli errori

L'organizzazione sanitaria è la più complessa fra le organizzazioni complesse in quanto vi confluiscano una molteplicità di potenziali rischi. Per cercare di ridurre gli eventi avversi dobbiamo imparare dagli errori, ma soprattutto dai cosiddetti 'quasi errori'

SI RACCONTA CHE EDWARD A MURPHY JR, ingegnere dell'aviazione americana (nulla di certo è noto su questo personaggio), nel 1949 durante un esperimento pronunciò la sua storica frase: "Se ci sono due o più modi di fare una cosa, e uno di questi modi può condurre a una catastrofe, allora qualcuno lo farà". Tutti noi sappiamo che l'errore non è eliminabile nelle organizzazioni complesse quali l'aviazione, la difesa militare, le centrali nucleari e l'organizzazione sanitaria. Quest'ultima è la più complessa fra le organizzazioni complesse in quanto è aperta sempre (non chiude mai, lavora 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno), è aperta a tutti (enorme gamma di attività e pluralità di competenze professionali), è in costante evoluzione, ma è complessa soprattutto per la vulnerabilità dei soggetti trattati: i malati. Pertanto, come in altri sistemi complessi simili ma con un rapporto inferiore di componente umana, anche in ambito sanitario si deve "accettare" che il verificarsi degli errori e dei danni che ne possono conseguire siano eventi possibili, componenti ineliminabili del sistema, anche se in gran parte controllabili.

Il Sistema Sanitario infatti è un sistema dinamico, articolato, adattativo, aperto, in cui agiscono in continua interazione fluida molteplici fattori fra cui: la specificità dei singoli pazienti con le loro patologie e aspettative personali sempre più alte; la complessità degli interventi sanitari a cui concorrono pluralità di competenze specialistiche; una crescente molteplicità di ruoli professionali e una interfaccia uomo/macchina/biotecnologia sempre più presente e complessa.

Questi fattori devono integrarsi e agire sinergicamente per garantire, tempestivamente, il raggiungimento di un unico obiettivo rappresentato dalla "cura del paziente"; questo si accresce le competenze tecniche dei professionisti ma aumenta anche gli step in cui si possono annidare i rischi e la possibilità di errore.

James Reason, professore emerito di Psicologia nell'Università di Manchester, definisce così l'errore umano: "L'errore è caratterizzato da una sequenza di attività fisiche o mentali che non riescono a determinare un esito desiderato, quando esse non possono essere attribuite all'intervento del caso" (Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge University Press, 1990). **Reason distingue tra errori d'esecuzione e tra azioni compiute secondo le intenzioni e delinea così tre diverse tipologie d'errore** (Reason, 1990):

- **Slips**: errori di esecuzione che si verificano a livello di abilità. In questa categoria vengono classificate tutte quelle azioni eseguite in modo diverso da come pianificato, cioè l'operatore sa come dovrebbe eseguire un compito ma non lo fa, oppure inavvertitamente lo esegue in maniera non corretta.
- **Lapses**: errori di esecuzione provocati da un fallimento della memoria. In questo caso l'azione ha un risultato diverso da quello atteso a causa di un fallimento della memoria. A differenza degli slips, i lapses non sono direttamente osservabili.
- **Mistakes**: errori non commessi durante l'esecuzione pratica dell'azione. In questo caso è il piano stesso a non essere valido, nonostante le azioni si realizzano come sono state pianificate. Possono essere di due tipi:
 - **Rule-based mistakes**: errori dovuti alla scelta della regola sbagliata a causa di una errata percezione della situazione oppure nel caso di uno sbaglio nell'applicazione di una regola.
 - **Knowledge-based mistakes**: errori dovuti alla mancanza di conoscenze o alla loro scorretta applicazione.

Un caso che merita di essere approfondito, vista la sua importanza anche

numerica, è quello delle violazioni (Reason, 1997). **La differenza tra errori e violazioni** si basa sul concetto di "intenzionalità". Per violazioni s'intendono tutte quelle azioni che implicano un aggiramento deliberato di regole e/o codici di comportamento condivisi nel contesto (in questo caso si tratta di un comportamento intenzionale, ma non necessariamente malevolo).

Reason, nell'analisi dell'errore umano, sviluppa anche una teoria sistemica detta "**teoria degli errori**" dalla quale nasce l'idea che il verificarsi di un incidente sia frutto di una concatenazione d'eventi che hanno superato tutte le difese che erano state messe in atto. Reason ha chiarito in maniera più precisa il significato d'errore latente, attraverso il cosiddetto modello del "**formaggio svizzero**": immaginiamo un'organizzazione come formata da una serie di settori (immaginiamoli come delle fette del formaggio) che agiscono in serie, allora in ogni fetta vi possono essere dei buchi che rappresentano i cosiddetti errori. In primo luogo dobbiamo pensare a una configurazione variabile nel tempo dove i fori sono molto mobili, si aprono e si richiudono molto velocemente, e si spostano in vari punti possibili della stessa fetta.

Questi buchi mobili coincidono con gli errori manifesti o "attivi", che possono essere i più vari, ma che, di solito, non lasciano tracce né conseguenze rilevanti. Cosa diversa è rappresentata dagli **errori "latenti"** che possiamo raffigurare come dei fori nel formaggio ben più duraturi e poco mobili. Questi sono legati alla progettazione organizzativa, all'insieme delle regole che determinano le modalità lavorative. Questi fori durano molto a lungo nel tempo, fino a quando nuove procedure, linee guida, comportamenti, non vengono introdotti formalmente nell'ambiente lavorativo e applicati diffusamente.

Tutte le fette di formaggio, che nell'insieme configurano l'intera organizzazione, possono quindi contenere occasioni di errore: i cosiddetti errori "latenti", che non aspettano altro che di poter emergere. Ma ciò accade raramente, solo quando i fori nelle varie fette si allineano fra di loro e non esistono quindi più meccanismi di tolleranza e compensazione. È solo allora che, per puro caso, l'allineamento dei fori determina il passaggio da "rischio" ad "evento".

In un mondo ideale ciascun strato difensivo è intatto. La presenza di buchi in queste fette di per sé non è sufficiente a determinare un esito nefasto (Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768-70). La possibilità che si verifichi un evento avverso dipende quindi dalla presenza nel sistema di "**insufficienze latenti**", ovvero insufficienze o errori di organizzazione, di progettazione, di controllo, ecc., che restano silenti nel sistema senza generare danni evidenti, finché un fattore scatenante non li renderà manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni con conseguenze più o meno gravi.

Peraltro è più facilmente individuabile, come causa diretta e immediata di un evento avverso, una "**insufficienza attiva**", un errore umano, una procedura non rispettata, una distrazione, un momento di stanchezza, un incidente di percorso che ha direttamente consentito il verificarsi dell'evento. Poiché gli errori 'attivi', insiti nella natura umana, non potranno essere eliminati in modo definitivo (ce lo ricorda il grande Seneca con il suo *Errare humanum est*), per aumentare la sicurezza del sistema è necessario agire sugli errori di pianificazione o 'latenti' (sui quali quelli attivi s'innescano) inserendo e migliorando le procedure di sicurezza, cioè le barriere.

Pertanto devono essere ideate delle barriere se si vuole raggiungere un controllo del rischio, riducendo la probabilità che si verifichino errori (prevenzione) e contenendo le conseguenze dannose degli errori comunque verificatisi (protezione); la visione di "sistema" si contrappone alla visione di "individuo". A titolo di esempio entriamo in un immaginario ambulatorio di patologia del basso tratto genitale. Durante una colposcopia, l'infermiera 'distrattamente' versa la formalina nella ciotola per l'acido acetico. Il ginecologo nell'eseguire l'esame 'distrattamente' deterge la portio con la formalina procurando così una lesione cervico-vaginale. In quell'ambulatorio la formalina e l'acido acetico, che hanno aspetto simile, venivano forniti dalla farmacia in uguali contenitori ed erano conservati nel medesimo armadietto.

Si tratta di un evento avverso, evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente/operatore sanitario, non intenzionale e indesiderabile che ha procurato un danno alla paziente. **All'evento avverso dovrà seguire una segnalazione** con il sistema di **Incident Reporting**, l'errore verrà analizzato con uno dei metodi reattivi della Gestione del Rischio Clinico per andare a capire cosa e perché è successo, vedere ciò che si è fatto rispetto a ciò che si sarebbe dovuto fare al fine di definire ed attivare azioni che facciano in modo che quella determinata situazione non riaccada.

Immaginiamo che sempre nel nostro ipotetico ambulatorio l'infermiera distrattamente ha confuso la formalina con l'acido acetico ma il ginecologo, prima di detergere la portio, ha la sensazione olfattiva che il tampone passato dall'infermiera è imbevuto di formalina invece che di acido acetico e quindi chiede la sostituzione del tampone intercettando così l'errore ed evitando così l'evento avverso e il danno alla paziente.

Questa circostanza, definita near miss, aveva la potenzialità di determinare un evento avverso alla persona, ma poiché intercettata non ha raggiunto la paziente.

Come noto, i **near miss** (chiamati anche 'quasi incidenti') sono molto preziosi proprio perché non coinvolgono il paziente, sono indicatori importanti della vulnerabilità del sistema perché sono più frequenti degli eventi avversi,

MAURIZIO SILVESTRI*
MARGARETE TOCKNER**
LAURA GRASSELLI**

* *Direttivo nazionale Aogoi*
** *Servizio Gestione Rischio Clinico USL Umbria 2*

“
Le misure di prevenzione comprendono azioni per creare barriere al fine di rendere più facili le cose giuste e più difficili quelle sbagliate, strategie necessarie per governare l'errore

SEGUE DA PAGINA 24

L'arte di imparare dagli errori

costituiscono la base sommersa dell'“iceberg” mentre gli eventi avversi sono solo la punta.

In caso di near miss si può discutere con maggiore serenità poiché non essendoci stato danno al paziente c'è minor senso di colpa, minore attenzione a cercare giustificazioni, minore timore ad essere giudicati; è più facilmente possibile individuare i possibili fattori contribuenti e proporre le azioni correttive, preventive o di miglioramento, quindi quei cambiamenti organizzativi finalizzati ad evitare il ripetersi dell'errore e rendere più sicuro il sistema.

Nel nostro ambulatorio immaginario l'errore attivo è lo scambio dei flaconi, mentre le criticità/ errori latenti/errori organizzativi sono l'approvvigionamento e lo stoccaggio di formalina e l'acido acetico che vengono forniti in flaconi simili e conservati nel medesimo armadietto/scaffalatura e la disattenzione del personale. L'errore attivo è lo scambio dei flaconi.

Questi fattori latenti avrebbero potuto rimanere dormienti ancora per molto tempo prima di manifestarsi ma, combinandosi opportunamente con atti insicuri e situazioni scatenanti (disattenzione), hanno creato una opportunità per l'accadimento di un near miss e di un evento avverso.

Le misure di prevenzione comprendono azioni per creare barriere al fine di rendere più facili le cose giuste e più difficili quelle sbagliate, strategie necessarie per governare l'errore.

Nel nostro immaginario ambulatorio delle malattie del basso tratto genitale le azioni preventive/migliorative condivise, per rendere più difficile all'operatore di sbagliare, saranno:

- conservare la formalina in luogo separato rispetto all'acido acetico
- porre l'acido acetico e la formalina in contenitori con caratteristiche differenti (o apporre Alert)
- evidenziare sui contenitori con maggiore chiarezza la natura della sostanza contenuta
- aggiungere all'acido acetico un colorante che possa darle un colore differente dal bianco
- disporre che l'infermiera, dopo aver versato nella ciotola l'acido acetico, verifichi con l'olfatto che si tratti realmente di acido acetico e comunicarlo ad alta voce al ginecologo che a sua volta, prima di detergere la portio, dovrà verificare con l'olfatto che il tampone è imbevuto con l'acido acetico e confermarlo ad alta voce all'infermiera.

È necessario però che le procedure non siano eccessive poiché, nel giro di poco tempo, si presterebbero ad essere violate. Mentre le misure di protezione saranno necessarie per recuperare e contenere gli effetti degli errori che purtroppo continueremo a fare. Come per esempio porre vicino al colposcopio un sistema per una rapida irrigazione della vagina nell'eventualità si dovesse, per errore, detergerla con la formalina invece che con l'acido acetico.

Dobbiamo sempre ricordare che per prenderci cura dei pazienti è necessario lavorare in un ambiente 'sicuro'. Ed è anche per questo che è fondamentale imparare dagli errori ma, come detto, soprattutto dai 'quasi errori' e sviluppare una cultura di base i cui obiettivi principali sono accrescere l'efficacia delle attività mirate alla prevenzione e alla riduzione degli eventi avversi prevedibili e prevenibili e, come conseguenza, recuperare la fiducia dei pazienti nelle organizzazioni sanitarie.

Gli esempi fatti illustrano che imparare dagli errori e soprattutto dai 'quasi errori' è possibile e che questo approccio consente, in modo trasparente e non punitivo, di rendere l'assistenza ai nostri pazienti sempre più sicura. Realizzando delle barriere per controllare il rischio possiamo ridurre la probabilità che si verifichino errori (prevenzione) e contenere le conseguenze dannose degli errori comunque verificatisi (protezione), con una visione di “sistema” che si contrappone alla visione di “individuo”.

BUENOS AIRES 25-27 APRILE 2019

I Convegno italo-argentino di ecografia e diagnosi prenatale

L'iniziativa, che apre a un network fra professionisti con origini italiane, è stata una importante occasione di aggiornamento sulle tematiche materno-fetali e di confronto fra realtà con una diversa organizzazione sanitaria.

Il prossimo incontro sarà organizzato a Napoli nell'ambito del nostro Congresso nazionale

LO SCORSO APRILE A BUENOS AIRES, nella storica Aula magna dell'Università, si è svolto il I Convegno italo-argentino di ecografia e diagnosi prenatale nell'ambito di un congresso dedicato alla medicina materno-fetale ed alle nuove tecnologie, sotto l'egida del Ministero argentino della Salute, della Ambasciata d'Italia e della Fetal Medicine Foundation.

Il congresso di medicina materno-fetale è organizzato da diversi anni ed ha coinvolto molti relatori provenienti dall'Europa e da diversi Paesi dell'America Latina. È la prima volta, invece, che viene organizzato il convegno italo-argentino voluto dal dottor **Mario Palermo**, emigrato da piccolo in Argentina, e dal professor **Domenico Arduini** che da molti anni collabora con l'Università di Buenos Aires. L'iniziativa ha avuto un grande successo di pubblico con aula piena soprattutto di giovani studenti e specializzandi, dei colleghi e colleghe argentine.

I relatori invitati sono stati, oltre ai molti colleghi sudamericani, italiani provenienti non solo dall'Italia (**Gianni Monni**, **Enrico Ferrazzi**, **Elsa Viora**, **Federica Bellussi**) ma anche dagli Usa (**Giancarlo Mari**, **Vincenzo Berghella**) con l'obiettivo di creare un network fra professionisti con origini italiane.

La qualità delle relazioni è stata molto elevata con ampia discussione e partecipazione del numero pubblico presente. È stata una importante oc-



casione di aggiornamento sulle tematiche materno-fetali e di confronto fra realtà con una diversa organizzazione della sanità.

Oltre alla parte scientifica, va segnalata l'affettuosissima ospitalità di Mario Palermo e della sua famiglia che, oltre all'abbondante cocktail di benvenuto organizzato all'interno dell'Università e alla cena dei relatori, ci hanno accolti a casa loro come vecchi amici. Si è creato fin da subito un clima amichevole e molto piacevole, come se ci si conoscesse da sempre.

Siamo stati anche ricevuti dall'ambasciatore italiano a Buenos Aires e, seppure sotto una pioggia torrenziale, abbiamo potuto ammirare la bellissima villa, sede dell'ambasciata.

Il secondo incontro sarà organizzato a Napoli durante il nostro Congresso nazionale e dovremo essere all'altezza non solo come programma scientifico, ma anche come accoglienza. **(E.V.)**



Giovanni Monni, Direttore della S.C. Fisiopatologia della riproduzione umana e diagnosi prenatale dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu di Cagliari e Past President Aogoi, è stato nominato membro del **Committee for Ethical and Professional Aspects of Human Reproduction and Women's Health** della Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (Figo) per il triennio 2019-2021.

Il **Committee Board**, che si riunisce periodicamente a Londra, **si occupa in particolare degli aspetti relativi a:**

- Raccolta e studio attuale degli aspetti etici che vengono trattati nella ricerca e nella pratica clinica in ostetricia, ginecologia e medicina riproduttiva
- Aspetti etici internazionali
- Raccomandazioni sulle linee guida su problemi etici correlati al

Giovanni Monni entra nel Comitato etico della Figo

“L’incarico affidatomi premia tutto il team dell’Ospedale Pediatrico Microcitemico di Cagliari che si pone ancora una volta all’avanguardia a livello internazionale nel campo della ricerca scientifica e clinica e negli aspetti sociali ed etici della riproduzione femminile”

- training, formazione, scienza e pratica in ostetricia e ginecologia
- Presentazione degli aspetti etici all’attenzione delle Società membri Figo, dei medici e Adel pubblico nei paesi sviluppati e in quelli in via di sviluppo
 - Gestione della politica Figo riguardo alle sponsorizzazioni e relazioni con le companies
 - Promozione del Figo Bioethics Training



Curriculum sulla salute riproduttiva e sessuale nei paesi in via di sviluppo ed in quelli più sviluppati. “L’incarico – ha affermato il professor Monni – premia tutto il team dell’Ospedale Pediatrico Microcitemico di Cagliari che si pone ancora una volta all’avanguardia a livello internazionale nel campo della ricerca scientifica e clinica e negli aspetti sociali ed etici della riproduzione femminile”.

RUBRICHE/LIBRI

GIAN CARLO DI RENZO
VINCENTO BERGHELLA
ANTONIO MALVASI

Good practice and malpractice in labor and delivery

Editore: Edra, marzo 2019

Pagine: 464

euro 119,00

www.edizioniedra.it

L’opera affronta i vari aspetti del travaglio e del parto secondo la medicina dell’evidenza e le linee guida internazionali. Un libro-guida che fornisce tutti gli strumenti necessari per giudicare l’operato di ostetrici e ginecologi in base al Paese di appartenenza

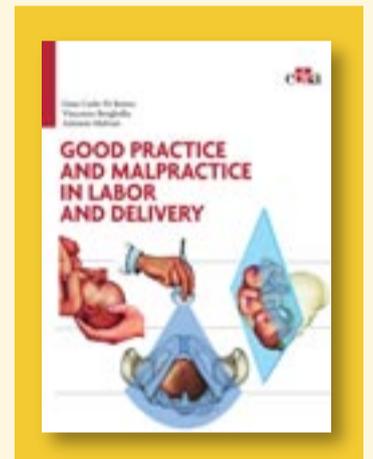
GOOD PRACTICE AND MALPRACTICE IN LABOR AND DELIVERY

La responsabilità professionale, la “good practice and malpractice” in ostetricia, rappresenta uno dei maggiori settori del contenzioso medico-legale. Ad oggi, però, non esistono testi che affrontino contemporaneamente sia gli aspetti critici del travaglio e del parto sia gli aspetti legali. Questo testo, per la prima volta, riunisce entrambi gli argomenti. L’opera quindi non è un classico trattato di ostetricia e ginecologia, ma affronta i vari aspetti del travaglio e del parto secondo la medicina dell’evidenza e le linee guida internazionali. Sono state inserite sia le linee guida Acog che Racog, così da fornire tutti gli strumenti necessari per giudicare l’operato di ostetrici e ginecologi in base al Paese di appartenenza. In ogni Paese, infatti, si seguono linee guida differenti, qui

illustrate per intero.

Per agevolare la consultazione, il testo è suddiviso in capitoli dedicati alle varie fasi di preparazione e di assistenza del travaglio, parto e postparto. Ogni capitolo è affidato ai massimi esperti internazionali della materia. Il testo risponde all’esigenza di fornire una guida che indichi cosa fare e cosa non fare nell’assistenza al travaglio e al parto. Infatti, guardando sia agli aspetti critici che legali (validi per tutti i Paesi), il libro guida nel riconoscimento degli aspetti di management negativi (la bad practice) che spesso si basano su processi tradizionali, su presupposti scientifici mai validati, su “credenze e opinioni personali”.

Elsa Viora
Vito Trojano



Addio ad Alberto Zacutti

Past President Aogoi, il Professor Zacutti è stato un pioniere dell’ecografia e ha dato un contributo importante alla nostra Ginecologia e Ostetricia. Vogliamo qui ricordarlo come uomo di profonda cultura umanistica, di grande competenza, generosità e integrità

SI È SPENTO A FINE MAGGIO, all’età di 95 anni, il Professor Alberto Zacutti. Allievo del Professor Paroli, dopo la sua attività nella Clinica Ostetrica dell’Università di Pisa, nel 1962 è diventato Primario Ostetrico Ginecologo dell’Ospedale S. Andrea di La Spezia, dove ha lavorato sino al 1997. Il Professor Zacutti è stato uno studioso, un cultore e un pioniere dell’ecografia, utilizzando uno dei primi apparecchi ecografici presenti in Italia. In quegli anni, grazie agli studi del

Professor Zacutti, il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell’Ospedale S. Andrea era famoso in tutta Italia e in Europa, considerato una vera e propria scuola di formazione per chi desiderasse imparare la pratica dell’ecografia ostetrica e ginecologica.

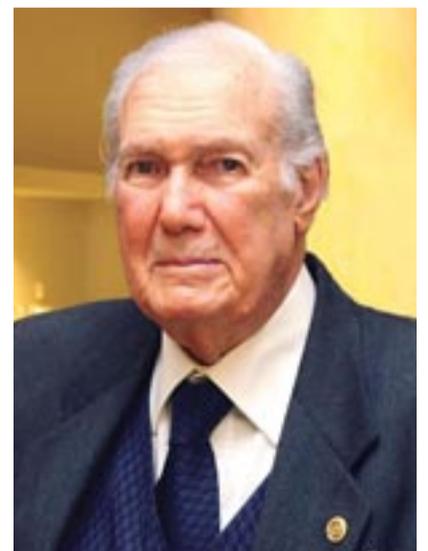
Anche in Ginecologia Zacutti ha dato un contributo importante introducendo a La Spezia nuove tecniche chirurgiche ed eseguendo, in tempi particolarmente rapidi e con sicurezza, interventi complessi, come quelli dei tumori del collo dell’utero.

Si è sempre impegnato nella ricerca e nel miglioramento delle condizioni di assistenza alla gravidanza, partecipando all’attività delle società scientifiche ostetrico ginecologiche, ricoprendo la carica di Presidente Aogoi e vice Presidente Sigo.

Alberto Zacutti è stato anche un uomo di profonda cultura umanistica a vasto raggio ed essendo molto legato al suo territorio, in ambito locale, ha compiuto interessanti ricerche sulla storia antica della regione Apuana - Lunense.



Il professor Zacutti ha dato un contributo importante anche in Ginecologia introducendo nuove tecniche chirurgiche ed eseguendo interventi complessi, come quelli dei tumori del collo dell’utero



Tutti i collaboratori, gli allievi, le donne che ha assistito in gravidanza ed ha aiutato a partorire, quelle che ha curato, gli amici e tutti coloro che lo hanno conosciuto testimoniano la sua grande competenza, generosità e integrità.