

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 4 **Elsa Viora**
I 10 obiettivi 'possibili'
per la ginecologia italiana
- 13 **Violenze contro i sanitari**
Professionisti della sanità
vittime di aggressioni
- 27 **Corso Laboratorio Aogoi**
Dagli elementi di fisiologia
alle regole di sala parto

Gyneco Aogoi

NUMERO 2 - 2018 - BIMESTRALE - ANNO XXIX

ANEMIA in gravidanza

Un fattore di rischio
da non sottovalutare
**Le raccomandazioni
per evitare le complicanze**

I disturbi delle vie urinarie rientrano tra quelli più frequentemente riscontrati nell'assistenza sanitaria territoriale e sono tra le più importanti cause di morbilità e di costi sanitari. Tre sono gli aspetti da considerare:

1 Disturbi con causa batterica

Negli adulti la maggior parte dei disturbi alle vie urinarie è causata dal batterio **Escherichia coli**.

Altri batteri riscontrati nelle vie urinarie sono microrganismi che popolano il tratto intestinale quali *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Enterococcus faecalis* e *Pseudomonas*. Il trattamento della cistite richiede l'eliminazione del batterio patogeno mediante blocco della proliferazione.

Possibili strategie:

- **Antibiotico:** elimina il batterio infettante, con possibili effetti collaterali e sviluppo di resistenze.
- **Cranberry:** inibisce l'adesione dei batteri alle mucose.

2 Infiammazione

Ogni infezione produce un processo infiammatorio. L'infiammazione è la risposta del sistema immunitario, ma il perdurare delle infezioni e/o lo sviluppo di recidive fa sì che il processo infiammatorio peggiori ulteriormente il quadro clinico; infatti molti dei disturbi legati alla cistite sono in realtà riconducibili maggiormente al processo infiammatorio che non all'infezione stessa.

3 Recidive

Le recidive interessano circa il 20-25% delle donne che almeno una volta hanno sofferto di cistite.

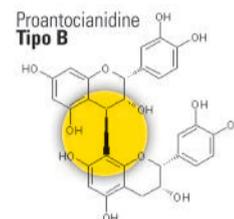
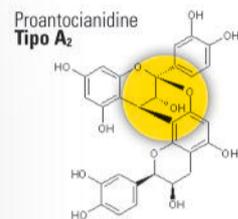
L'utilizzo eccessivo di antibiotici può risultare dannoso per la salute, soprattutto in caso di cistiti ricorrenti. L'impiego di alternative naturali può quindi rappresentare una valida soluzione, efficace e sicura.

I componenti attivi di Cistinam® Forte sono:

Cranberry

Infezione

L'attività del Cranberry, nell'inibire l'adesione dei batteri alle mucose e mantenere la funzionalità delle vie urinarie prevenendo l'insorgenza di infezioni, è ben nota e documentata. **Per ottenere risultati significativi è fondamentale utilizzare un estratto di Cranberry della migliore qualità.** Le Proantocianidine, presenti negli estratti di Cranberry, sono in grado di inibire l'adesione dei batteri alle mucose e prevenire l'insorgenza di infezioni. **Solo le Proantocianidine di tipo A₂ sono attive nell'inibire l'adesione dei batteri alle mucose.**



Le Proantocianidine di tipo A₂ differiscono da quelle di tipo B per un doppio legame, fondamentale per l'affinità di legame con le fimbrie del batterio da neutralizzare.



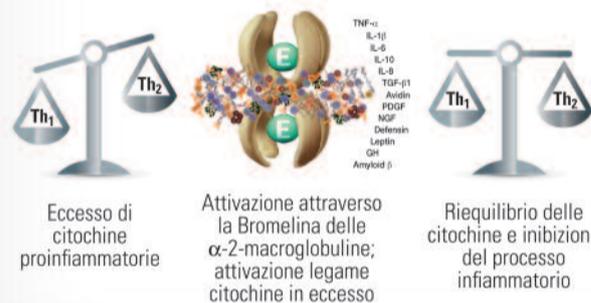
Meccanismo antiadesivo del Cranberry per legame delle PAC₃ (Proantocianidine) alle fimbrie con adesine dei batteri uropatogeni.

Cistinam® Forte contiene CranCan NC, estratto di Cranberry prodotto da Nutracanada, **contiene Proantocianidine di tipo A₂** e l'estratto risulta **30 volte più concentrato rispetto ai comuni estratti di Cranberry.**

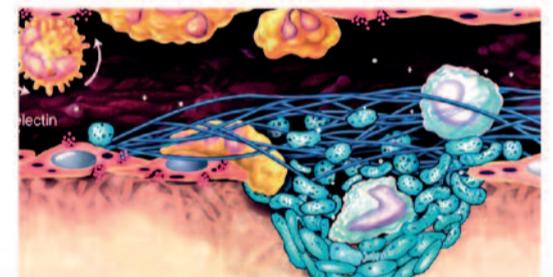
Bromelina

Infiammazione

La **Bromelina**, attivando le α-2-macroglobuline, permette il riequilibrio del pattern delle citochine di tipo Th1 e Th2 e di conseguenza la diminuzione del processo infiammatorio.



La significativa attività proteolitica e fibrinolitica della **Bromelina** provoca la lisi di essudati fibrinosi e substrati proteici alterati, facilita il riassorbimento dell'edema, migliora la circolazione nel focolaio infiammatorio, favorisce la penetrazione di antibiotici nel sito infettato.



Cistinam® Forte

Per il benessere delle vie urinarie

Cistinam® Forte a base di Bromelina e Cranberry per mantenere la funzionalità delle vie urinarie. Le compresse gastroresistenti di **Cistinam® Forte** permettono la piena funzionalità della **Bromelina** e il massimo livello di assorbimento dell'estratto di **Cranberry**.



COMPRESSE GASTRORESISTENTI

Estratto di Cranberry prodotto da: **Nutra Canada** HIGH-QUALITY EXTRACTS



IN FARMACIA E PARAFARMACIA

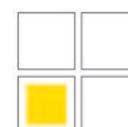
named.it

Per maggiori informazioni



Numero Verde 800-203678

da Lunedì a Venerdì ore 14.00 - 17.00 info@named.it



NAMED®
NATURAL MEDICINE

IN QUESTO NUMERO

Buona lettura!

Cosa chiediamo al nuovo governo? È da questa la domanda che nasce il mio articolo, in apertura del numero. È inevitabile, in momenti come questi, esprimere dei desideri o, più concretamente, fare un quadro della situazione, valutare i punti di forza e le criticità, cercare delle soluzioni.

La risposta a questa domanda – al di là dei 10 punti che ho inserito nel mio elenco ‘ideale’ (ma ‘possibile’) di cose da fare – può essere ben riassunta dal Sos che il mondo medico sta lanciando da anni al mondo politico: ‘salvate il nostro servizio sanitario nazionale’. La nostra sanità pubblica, universale e di qualità, che rischia di non essere più tale. La dedizione, il sacrificio e la passione per il nostro lavoro davvero non bastano più.

E poi il punto che più ci sta a cuore: le risorse per il materno-infantile. Investire sulla salute delle generazioni future, sulla salute delle donne è per un Paese una scommessa già vinta in partenza.

È fondamentale ri-stabilire un'alleanza, creare un clima diverso. Non si può pensare di continuare ad allargare il baratro che si sta creando tra chi assiste e chi viene assistito. Occorrono più risorse e meglio gestite. La rete assistenziale va potenziata, organizzata in modo sistematico e capillare, per garantirne l'omogeneità sul territorio.

La 'fuga' dei medici, sia dal pubblico sia dall'Italia, e le inaccettabili violenze contro i sanitari (quasi 1500 casi nel 2017), sono argomento dello Speciale di questo numero. Le troppe carenze organizzative e strutturali (deficit di organico, posti letto/farmaci/presidi ecc.) cui quotidianamente dobbiamo far fronte inducono tanti bravi colleghi a 'mollare' e creano livore negli utenti.

Le cifre contenute nel Def, il documento di Economia e Finanza, e soprattutto i dati del rapporto **Osservasalute 2017** ci danno un quadro nazionale della spesa sanitaria e della performance in sanità che fa riflettere. Così come le parole del presidente dell'Iss **Walter Ricciardi** a commento dei risultati del Rapporto.

L'approfondimento di questo numero, curato da **Maurizio Silvestri** e i colleghi di **Spoleto**, è dedicato alla Anemia in gravidanza: un 'Global Health Problem' per l'elevata prevalenza anche nei paesi sviluppati. In questo focus un quadro esaustivo sul tema, comprese le 6 raccomandazioni nazionali elaborate dal Tavolo tecnico dell'Agenas.

Vi invito a leggere l'articolo di **Sandro Viglino**, presidente Agite, dedicato ai 40 anni della **Legge 194** e il report di **Davide De Vita** sul **2° Corso Laboratorio Aogoi** di 'simulazione ad alta fedeltà', da lui organizzato e presieduto dal nostro segretario Nazionale **Antonio Chiantera**.

A **Emilio Arisi**, presidente Smic, le congratulazioni mie e di tutta l'Aogoi per il prestigioso riconoscimento che ha ricevuto dalla European Society of Contraception and Reproductive Health (Esc) in occasione del 15° Congresso di Budapest.

Ho lasciato per ultimo un argomento di grande interesse per tutti noi: il prossimo **Congresso nazionale**, in programma a Roma dal 28 al 31 ottobre. **La lettera dei presidenti** Pier Luigi Benedetti **Panici**, Valeria **Dubini**, Maria Giovanna **Salerno** e Pier Luigi **Venturini** ci anticipa l'impostazione e lo 'spirito' di questa nuova edizione "in continuità con i precedenti e con uno sguardo rivolto al futuro".



ELSA VIORA
Presidente AOGOI

CONGRESSO

DONNA, SALUTE E BENESSERE: MEDICINA DELL'EVIDENZA E SFIDE FUTRE



Donna, salute e benessere: tre parole che delineano uno degli elementi cardine del buon funzionamento di una società e richiamano il nostro ruolo di grande responsabilità come medici della donna.

INDICE

SEI

Def 2018. Le cifre della spesa sanitaria nel 2017 e le previsioni per il 2018 nel Documento di Economia e Finanza

UNDICI

Mobilità sanitaria 2018: un business pubblico da 4,6 mld. Ma a guadagnarci sono solo 7 Regioni

VENTI

Anemia in gravidanza. È un importante fattore di rischio di morbilità sia per la madre che per il feto. Le Raccomandazioni per prevenirla e curarla

VENTISEI

Legge 194. "Quarant'anni di vita la legge li dimostra tutti perché sono i dati reali a dimostrarlo". Il punto di Sandro Viglino, Presidente Agite

TRENTA

A Emilio Arisi il Premio d'onore della Esc 2018. Il presidente Smic insignito del prestigioso riconoscimento al 15° Congresso della European Society of Contraception and Reproductive Health

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 2 - 2018
Anno XXIX

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 2018
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



Che cosa chiediamo al nuovo governo?

Innanzitutto di preservare quel patrimonio prezioso che abbiamo creato nei decenni, affinché non venga perduto né ridimensionato.

È fondamentale sostenere la sanità pubblica e ri-stabilire una alleanza tra operatori della salute, cittadini e istituzioni.

Investire nel settore materno-infantile significa migliorare le condizioni di salute delle generazioni future, la salute delle donne è la cartina di tornasole di un Paese.

Ma se la politica e il governo devono fare la loro parte anche noi dobbiamo portare avanti, con risolutezza, alcune priorità, se vogliamo che il nostro sistema sanitario continui ad essere tra i migliori del mondo

ELSA VIORA
Presidente AOGOI

QUANDO QUESTO NUMERO sarà pubblicato forse avremo un nuovo governo e un nuovo ministro della Salute. È inevitabile, in momenti come questi, esprimere dei desideri o, più concretamente, fare un quadro della situazione, valutare i punti di forza e le criticità, cercare di trovare delle soluzioni.

Sono ben conscia che nessuno ha la bacchetta magica per risolvere i problemi della sanità italiana, ma credo che si possa e si debba fare qualcosa per mantenere quanto di buono c'è e anche correggere quanto vi è di sbagliato.

L'ostetricia-ginecologia italiana è certamente una delle migliori in Europa e nel mondo. Abbiamo un servizio sanitario che molti ci invidiano e che consente un accesso alle cure a tutti. Ma per quanto ancora?

Dobbiamo vigilare affinché questo patrimonio che si è creato nei decenni non venga perduto né ridimensionato: questo è il primo e fondamentale messaggio da dare alla politica. La salute dei cittadini è un bene imprescindibile. E investire nella salute è fondamentale.

Non è possibile pensare che riducendo i finanziamenti in sanità e in ricerca, non firmando il contratto dei medici, non permettendo un ricambio degli operatori sanitari si possa mantenere il livello qualitativo dell'assistenza.

Il fatto che in passato ci siano stati errori e sprechi non può essere motivo per dimenticare quanto di buono è stato fatto, e quotidianamente viene fatto, nei nostri ospedali, nei nostri ambulatori, nei nostri consultori.

Oggi, purtroppo, molte strutture sanitarie italiane vanno avanti grazie al sacrificio, allo spirito di dedizione, alla passione di molti operatori. **E le difficoltà che oggi ci troviamo quotidianamente ad affrontare non possono più essere ignorate:** i turni pesanti, le relazioni sempre più difficili con chi si rivolge a noi che a volte (troppo spesso) finiscono per sfociare nell'aggressione non solo verbale ma addirittura fisica. Tutto ciò è segno di un cambiamento sociale importante, di un momen-



“

Dobbiamo ri-stabilire una alleanza tra tutti noi, che con ruoli e competenze diverse siamo operatori della salute, e chi si rivolge a noi. Il rischio è una 'guerra tra poveri': operatori che lavorano in condizioni sempre peggiori e utenti che chiedono sempre di più

to che riflette una profonda crisi economica che coinvolge tutti noi: medici, operatori sanitari, persone assistite.

Non ci sono ricette pronte, ma è indispensabile ri-creare un dialogo, ri-stabilire una alleanza tra tutti noi, che con ruoli e competenze diverse siamo operatori della salute, e chi si rivolge a noi. Se non raccogliamo questa sfida, la sanità non riuscirà ad intraprendere quel percorso virtuoso che tutti noi auspichiamo e rischia di diventare un terreno di scontro, una 'guerra tra poveri': operatori che lavorano in condizioni sempre peggiori e utenti che chiedono sempre di più, dimenticando che il binomio più esami/più interventi non sempre significa 'migliore assistenza'.

Per questo è fondamentale creare un clima diverso. Non si può pensare di continuare ad allargare il baratro che si sta creando tra chi assiste e chi viene assistito.

È vero che alcune criticità sono collegate alla situazione generale (superamento della crisi economica, minore disoccupazione, maggiore tutela delle fasce fragili) ma altre sono strettamente dipendenti dalle condizioni di lavoro (turn-over, organizzazione strutturale e funzionale adeguata, formazione dei giovani, aggiornamento), e su queste è possibile (e doveroso) intervenire.

Gli aspetti economici sono importanti ma non vorrei più sentir parlare sempre e solo di 'tagli' ogniqualvolta viene affrontato il capitolo sanità. La salute non può essere gestita come una "azienda", con criteri solo economici. La salute è un bene di tutti che va tutelato e salvaguardato. E comunque, anche a voler 'monetizzare', non va dimenticato che quello in sanità è un ottimo investimento perché, come ci ricorda il vecchio adagio, spendere oggi significa risparmiare domani. **Quella che stiamo vivendo** è una crisi non solo economica ma anche di ideali, di valori sociali e, su questo terreno, noi, come Società scientifiche, possiamo avere un ruolo importante.

Se sapremo difendere temi come la Formazione dei giovani, l'Aggiornamento dei medici e di tutto



“ Quella che stiamo vivendo è una crisi non solo economica ma anche di ideali, di valori sociali e, su questo terreno, noi, come Società scientifiche, possiamo avere un ruolo importante. Senza ideali che ci guidino nel nostro lavoro diventiamo dei meri burocrati della medicina



il personale sanitario, condizioni di Lavoro adeguate allora riusciremo anche ad offrire la migliore 'accoglienza' (e non solo 'assistenza') a chi ha bisogno delle nostre cure. E a questo riguardo non dobbiamo dimenticare la comunicazione e la prevenzione, che sono aspetti fondamentali del nostro lavoro.

L'ambito ostetrico-ginecologico è particolarmente importante in quanto la salute delle donne è la cartina di tornasole di un Paese. Investire nel settore materno-infantile significa migliorare le condizioni di salute delle generazioni future. **Non dimentichiamoci il progetto "1000 giorni" che l'Oms ha promosso, che anche il Ministero della Salute ha recepito e che però ora è indispensabile iniziare ad attuare!**

La prevenzione dei rischi nei primi mille giorni di vita è una priorità di salute pubblica, anche in considerazione dell'effetto sinergico dei rischi individuali e dei benefici che ne derivano a lungo termine per l'intera popolazione.

Sono consapevole che, quando ci si addentra in riflessioni come queste, il rischio di farsi prendere la mano enunciando 'principi' è alto. Ma accetto comunque di correre il rischio perché penso che senza principi, senza ideali che ci guidino nel nostro lavoro diventiamo dei meri burocrati della medicina.

La prima cosa che chiederei al nuovo Governo è di tenere nella debita considerazione il punto di vista dei professionisti della sanità per l'apporto che possono dare alla soluzione di molti problemi che affliggono il nostro Ssn. Questo non solo perché disponiamo di competenze specifiche ma anche perché l'esperienza clinica, unita al confronto quotidiano con l'utenza, ci permette di avere un quadro completo e reale, il polso, della situazione.

La nostra battaglia per far sopravvivere la nostra sanità pubblica, universale e di qualità non è certamente una battaglia di categoria. Quello che vogliamo, e chiediamo, è di poter lavorare in condizioni adeguate per garantire la migliore assisten-

za possibile alle donne: obiettivo che si può realizzare solo con una forte alleanza tra operatori sanitari, popolazione e istituzioni.

Un'alleanza che però deve essere sorretta da una solida rete assistenziale che abbiamo la possibilità, in termini di competenze, per realizzare. Una rete assistenziale efficiente consente al singolo di avere risposta ai suoi bisogni, consente alla comunità di condividere le risorse e consente allo Stato e alle Regioni di monitorare i percorsi di cura con un grande risparmio economico. Dobbiamo stringere i tempi e trovare delle modalità che permettano alle singole realtà di lavorare insieme e 'far rete'.

Penso di esprimere un concetto largamente condiviso dicendo che la rete **Territorio-Ospedale-Territorio** è ormai una meta ineludibile: dobbiamo imprimere una rapida accelerazione per consolidarla, organizzandola in modo sistematico e capillare. Se molto è stato fatto moltissimo ancora resta da fare, soprattutto per garantirne l'omogeneità sul territorio.

La politica e il Governo devono fare la loro parte ma anche noi medici la nostra. Perciò in un elenco ideale (certo perfettibile) di 'cose da fare' subito per il materno infantile inserirei senz'altro questi **10 punti**: sono obiettivi 'possibili' che vorrei che la ginecologia italiana, noi tutti, condividessimo e portassimo avanti con risolutezza.

Programmazione del numero di specialisti necessari nei prossimi 20 anni. Per formare un medico servono in media 15 anni (6 anni di laurea, 4-5 di specializzazione, 5 di esperienza pratica). Già ora stiamo assistendo ad una carenza di ginecologi e molti bandi di concorso vanno deserti: è indispensabile valutare ora quanti ginecologi saranno necessari nel 2030-2040.

Prevedere un turn-over adeguato con rapporto 1/1. È vero che le nascite stanno diminuendo ma stanno aumentando le gravidanze a rischio che necessitano di assistenza adeguata e la popolazione invecchia con un aumento delle pato-

logie ginecologiche correlate all'età.

Stabilire una alleanza tra gli operatori sanitari e la popolazione, dando il giusto ruolo alla comunicazione ed alle competenze (chi fa che cosa, condividere le decisioni) nel reciproco rispetto.

Salute e benessere della donna dalla pubertà alla menopausa a tutto campo: l'informazione sulla fisiologia, la contraccezione, la fertilità. La salute non è "assenza di malattia" ma comprende il benessere della sfera psico-sessuale ed affettiva. I consultori familiari possono e devono svolgere un ruolo essenziale su tutta questa parte, e molto altro, se presenti in modo capillare sul territorio e dotati di risorse adeguate. La contraccezione deve tornare ad essere gratuita, per lo meno per le fasce fragili e/o a maggiore rischio: questo argomento va certamente ripreso sia per le conseguenze sociali sia per l'impatto economico.

Percorso nascita: la gravidanza inizia ben prima del concepimento con percorsi adeguati per la gravidanza fisiologica e per la gravidanza con fattori di rischio che necessita di accertamenti ed assistenza specifica.

Punti nascita: attuare quanto già previsto in modo da garantire una adeguata assistenza a madre e bambino e mettere in sicurezza il lavoro degli operatori, medici ed ostetriche, in sala parto.

Assistenza nel puerperio: dimissioni protette, promozione dell'allattamento, sostegno alla donna ed al bambino.

Prevenzione delle patologie oncologiche femminili (cervice, endometrio, ovaio, mammella).

Valutazione appropriatezza del percorso diagnostico-assistenziale per la patologia benigna dell'apparato genitale femminile che comprenda tutto l'iter assistenziale (reti territorio-ospedale).

Valutazione appropriatezza del percorso diagnostico-assistenziale per la patologia maligna dell'apparato genitale femminile che comprenda tutto l'iter assistenziale (reti territorio-ospedale).

“ La prevenzione dei rischi nei primi mille giorni di vita è una priorità di salute pubblica. È necessario attuare al più presto il progetto "1000 giorni" promosso dall'Oms e che anche il Ministero della Salute ha recepito

Def 2018

Per la sanità l'incidenza sul Pil tornerà a salire solo dal 2022

La previsione del rapporto fra spesa sanitaria e Pil presenta un profilo crescente a partire dal 2022 per poi attestarsi attorno al 7,7 per cento nel 2060 e al 7,6 per cento nel 2070

“L'ITALIA È USCITA FINALMENTE dalla crisi economica più difficile dal dopoguerra, la crescita è ripresa e si è andata consolidando, il lavoro dall'inizio della legislatura è cresciuto recuperando circa 1 milione di posti di lavoro, il deficit si è ridotto attorno al 2,3% e anche il debito, cresciuto enormemente tra il 2007 e il 2012-2014, si è stabilizzato e comincia ora a scendere”. Così il presidente del Consiglio **Paolo Gentiloni** ha commentato il Documento di economia e finanza 2018 approvato il 26 aprile scorso dal Consiglio dei Ministri. **In ragione dell'attuale momento di transizione caratterizzato dall'avvio dei lavori della XVIII legislatura, il Def approvato non contempla alcun impegno per il futuro**, bensì - si legge in una nota di Palazzo Chigi - si limita alla descrizione dell'evoluzione economico-finanziaria internazionale, all'aggiornamento delle previsioni macroeconomiche per l'Italia e del quadro di finanza pubblica tendenziale che ne consegue. Il Parlamento trova quindi nel Documento un quadro aggiornato della situazione economica e finanziaria quale base per la valutazione delle politiche economiche e dei programmi di riforma che il prossimo Esecutivo vorrà adottare.

Il Def consente comunque di apprezzare il percorso di risanamento delle finanze pubbliche operato nel corso della passata legislatura: il debito pubblico in rapporto al Pil è stato stabilizzato a partire dal 2015 dopo sette anni di incrementi consecutivi mentre il deficit è sceso costantemente. Al tempo stesso, è possibile rilevare un sostegno costante alla crescita, grazie al quale il Paese è uscito dalla recessione, registrando quattro anni consecutivi di progressi del Pil dallo 0,1% del 2014 all'1,5% del 2017. Il tasso di disoccupazione è sceso dal picco del novembre 2013 (13,0%) all'11,2 del 2017, mentre il numero di occupati è aumentato di quasi 1 milione di unità dal punto più basso della crisi nel settembre 2013, di cui oltre la metà con contratti a tempo indeterminato.

Per quanto riguarda il periodo di previsione preso in considerazione nel Def, le stime macroeconomiche contemplano una crescita del Prodotto interno lordo rispetto all'anno precedente pari a 1,5% nel 2018 e 1,4% nel 2019 e una riduzione del tasso di disoccupazione rispettivamente al 10,7% nel 2018 e al 10,2% nel 2019.

Per quanto riguarda in particolare la spesa sanitaria, la previsione è stata effettuata sulla base della metodologia del reference scenario la quale recepisce, oltre agli effetti derivanti dall'invecchiamento demografico, anche gli effetti indotti da ulteriori fattori esplicativi in grado di incidere significativamente sulla dinamica della spesa sa-

nitaria. Dopo una fase iniziale di riduzione per effetto delle misure di contenimento della dinamica della spesa, **la previsione del rapporto fra spesa sanitaria e Pil presenta un profilo crescente a partire dal 2022** e si attesta attorno al 7,7 per cento nel 2060 e al 7,6 per cento nel 2070.

La componente socio-assistenziale della spesa pubblica per assistenza di lungo corso è composta per circa 4/5 dalle indennità di accompagnamento e per circa 1/5 dalle prestazioni socio-assistenziali erogate a livello locale. Dopo una fase iniziale di sostanziale stabilità, la componente socio-assistenziale della spesa per LTC (Long Term Care) presenta un profilo crescente in termini di Pil, che si protrae per l'intero periodo di previsione, attestandosi all'1,6 per cento nel 2070.

SPESA SANITARIA: I RISULTATI 2017

Nel 2017 la spesa sanitaria corrente del Conto economico consolidato della sanità relativo alle istituzioni delle Amministrazioni pubbliche è risultata, nelle stime di Contabilità nazionale, pari a **113.599 milioni di euro con un tasso di incremento dell'1,1 per cento rispetto al 2016**.

Con riferimento alle singole componenti di spesa, si evidenzia quanto segue:

- **la spesa per i redditi da lavoro dipendente** è pari a 34.917 milioni, **sostanzialmente stabile rispetto al 2016**. Tale dinamica conferma gli effetti positivi derivanti dagli strumenti di governance del settore sanitario introdotti dagli Accordi Stato Regioni intervenuti in materia. L'invarianza osservata nel 2017 è influenzata dai seguenti fattori:
 - **il blocco del turnover** in vigore nelle regioni sotto piano di rientro, sia nell'ambito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa, sia a seguito della procedura sanzionatoria di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 e s.m.i.;
 - **le politiche di contenimento** delle assunzioni messe in atto autonomamente dalle regioni non sottoposte ai piani di rientro;
 - **gli automatismi** introdotti dalla vigente legislazione in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi in relazione al personale dipendente cessato.
- **la spesa per i consumi intermedi** è pari a 32.823 milioni, **in crescita rispetto al 2016 del 4,2 per cento**. La dinamica complessiva dell'aggregato è determinata sia dal tasso di crescita della spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici (+4,4%) sia dall'aumento della restante componente dei consumi intermedi (+4,1%). La dinamica della spesa registrata nei



consumi intermedi al netto della componente farmaceutica, risulterebbe quindi non aver beneficiato pienamente delle vigenti misure di contenimento della spesa per acquisto di beni e servizi, fra le quali:

- **lo sviluppo dei processi di centralizzazione degli acquisti** anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione da Consip e dalle centrali regionali;
- la messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (Anac), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa;
- la fissazione, in ciascuna regione, di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, pari al 4,4 per cento del fabbisogno sanitario regionale standard.
- **la spesa per le prestazioni sociali** in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market è pari a 39.561 milioni, sostanzialmente stabile rispetto al 2016. Con riferimento alle principali componenti dell'aggregato, si registra quanto segue:
 - la spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è pari a 7.605 milioni, in riduzione del 6,1 per cento rispetto al 2016. Tale risultato conferma la tendenza in riduzione registrata negli ultimi anni, a seguito delle misure di contenimento previste dalla legislazione vigente e, in particolare, della fissazione di un tetto di spesa, con attivazione del meccanismo del pay-back;
 - **la spesa per l'assistenza medico-generica** è pari a 6.695 milioni, di poco superiore al valore del 2016 (+0,1%);
 - **la spesa per le altre prestazioni sociali in natura** (ospedaliera, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) è pari a 25.261 milioni, in aumento del 2 per cento rispetto all'anno precedente.

La dinamica di tale componente di spesa risente:

- di una migliore regolazione, in particolare nelle regioni sotto piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, realizzata attraverso la definizione di tetti di spe-



Il tasso di disoccupazione è sceso dal picco del novembre 2013 (13,0%) all'11,2 del 2017, mentre il numero di occupati è aumentato di quasi 1 milione di unità dal punto più basso della crisi nel settembre 2013, di cui oltre la metà con contratti a tempo indeterminato



**BENESSERE EQUO E SOSTENIBILE:
MIGLIORANO GLI INDICATORI DI SALUTE**

Più speranza di vita e meno eccesso di peso, ma il Sud resta indietro

Il documento sottolinea un miglioramento sia nella speranza di vita in buona salute alla nascita, sebbene secondo i dati provvisori dell'Istat potrebbe essersi verificata una leggera contrazione nel 2017, sia per l'eccesso di peso, la cui incidenza sulla popolazione con più di 18 anni si mantiene al di sotto del 45% a partire dal 2015.

Per quanto riguarda la speranza di vita in buona salute, nel periodo 2009-2012 l'indicatore ha mostrato un andamento crescente, passando da un valore di 56,4 anni a 58,5 anni, per poi diminuire leggermente e mantenersi stabile ad un valore di 58,2 anni nel biennio 2013-2014.

Nel triennio 2015-2017 si è registrato un incremento da 58,3 anni nel 2015 a 58,8 anni nel 2016, per poi attestarsi a 58,5 anni nel 2017. Se si considerano i valori disaggregati per sesso, spiega l'allegato al Def 2018, in tutto il periodo 2009-2016 i maschi mostrano un valore dell'indicatore più alto di quello delle femmine.

In entrambi i casi nel periodo 2009-2014 si ha un aumento dell'indicatore di 2 anni per le donne e 1,7 anni per gli uomini. Nel biennio 2015-2016 si registra ancora un incremento della speranza di vita in buona salute, più accentuato per i maschi rispetto alle femmine (rispettivamente da 59,2 a 59,9 e da 57,5 a 57,7). Questi andamenti hanno prodotto una contrazione della differenza maschi-femmine passata da 2,6 anni nel 2009 a 2,2 anni nel 2016, sebbene il valore più basso si sia registrato nel 2015 (1,7 anni).

Analizzando la disaggregazione territoriale, il Mezzogiorno presenta valori dell'indicatore costantemente inferiori rispetto a quelli del Nord e del Centro nel periodo 2009-2016. Tutte le ripartizioni mostrano un incremento dell'indicatore tra il 2009 e il 2014 (rispettivamente 1,2 anni nel Mezzogiorno, 2,4 anni nel Centro e 2 anni nel Nord). Nel biennio 2015-2016 nel Mezzogiorno e nel Nord prosegue un andamento crescente dell'indicatore (con incrementi di 0,6 e 0,9 anni rispettivamente); si raggiungono così valori di 56,6 anni nel Mezzogiorno e 60,5 anni nel Nord. Nel Centro si è riscontrata al contrario una riduzione da 58,8 anni nel 2015 a 58,3 anni nel 2016.

Per quanto riguarda l'eccesso di peso, è considerato una misura della sostenibilità degli attuali livelli di salute della popolazione. A livello individuale può essere associato a una serie di malattie croniche e disabilità che riducono la qualità e l'aspettativa di vita; a livello aggregato, un aumento dell'incidenza dell'eccesso di peso può generare una caduta della produttività del lavoro, con rilevanti effetti sulla crescita economica, e un aumento delle spese sanitarie.

Tra il 2005 e il 2014 la quota di popolazione con più di 18 anni con eccesso di peso è stabile: il valore dell'indicatore oscilla attorno al 45%, con l'eccezione del 2009 quando raggiunge il 46,2 per cento. Nel 2015, per la prima volta, l'indicatore scende sotto il 45% registrando una contrazione dell'1,4% rispetto all'anno precedente. Nel 2017 la quota di individui che presentano eccesso di peso è del 44,8% della popolazione residente in Italia, in aumento dello 0,7% rispetto al 2015, ma la percentuale è stabile se confrontata con il dato del 2016.

Tra la popolazione maschile l'incidenza dell'eccesso di peso è più elevata che tra la popolazione femminile. Nel periodo 2005-2015 però si riduce per entrambi i generi: -0,5% per i maschi e -1,3% per le donne. Nel triennio 2015-2017, invece, si osserva una dinamica differente tra i due generi: per i maschi la variazione complessiva è nulla mentre per le femmine si registra un aumento dell'1,4 per cento.

Questi andamenti, spiega il documento allegato al Def 2018, hanno prodotto una contrazione della differenza maschi-femmine del 19,3% nel 2015 e 17,9% nel 2017. Nel Mezzogiorno si registrano percentuali sempre più elevate rispetto alle altre ripartizioni e nel triennio 2015-2017 la quota di persone di 18 anni o più in sovrappeso o obese è aumentata dello 0,8% (da 49,7 a 48,9). Tuttavia, nel triennio la variazione maggiore si è verificata a Nord dove si è registrato un aumento dell'1,7% (da 40,7 a 42,4). Al Centro, al contrario, la quota di popolazione con eccesso di peso si è ridotta dell'1,7 per cento. Nel 2017, per la prima volta, nel Nord l'incidenza dell'eccesso di peso è superiore a quella del Centro.

sa e l'attribuzione di budget, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale;

- dell'effetto delle disposizioni previste dalla normativa vigente sugli importi e sui volumi di acquisto di prestazioni, erogate da soggetti privati accreditati, per l'assistenza specialistica e ospedaliera;
- per le altre componenti di spesa, il livello registrato è pari a 6.298 milioni, con un decremento del 2 per cento rispetto al 2016.

LE PREVISIONI PER LA SPESA SANITARIA

Le previsioni sono state effettuate sulla base della legislazione vigente e del quadro macroeconomico elaborato per il periodo di riferimento. In particolare, esse scontano gli oneri, comprensivi di arretrati, derivanti dal rinnovo dei contratti relativi al personale dipendente nonché quelli relativi al rinnovo delle convenzioni dell'assistenza medico-generica.

Previsioni per l'anno 2018. La spesa sanitaria del 2018 è prevista pari a 115.818 milioni, con un tasso di crescita del 2 per cento. Nel dettaglio, la previsione evidenzia:

- **per i redditi da lavoro dipendente** un livello di spesa pari a 36.438 milioni. La previsione considera l'applicazione delle disposizioni previste dalla Legge di bilancio 2018 in materia di rinnovi contrattuali, nonché la riduzione permanente delle risorse destinate al trattamento accessorio definita dalla legislazione vigente;
- **per i consumi intermedi** un livello di spesa pari a 33.331 milioni. La previsione riflette un profilo di spesa inferiore rispetto alla dinamica mediamente registrata negli ultimi anni. In particolare, per quanto riguarda la componente farmaceutica, essa conferma l'aumento registrato nel 2017 (4,4%) conseguente all'immissione sul mercato di farmaci innovativi erogati nel corso dei ricoveri ospedalieri ovvero in regime di distribuzione diretta, nonché il rispetto del nuovo tetto del 6,89 per cento della spesa farmaceutica per acquisti diretti. Per le altre componenti dei consumi intermedi la spesa risulta sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente, anche per effetto della prosecuzione degli effetti di contenimento derivanti dalle misu-

re già implementate a legislazione vigente;

- **per le prestazioni sociali in natura** corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market un livello di spesa pari a 39.832 milioni. Con riferimento alle singole componenti dell'aggregato: o per l'assistenza farmaceutica convenzionata è prevista una spesa pari a 7.408 milioni. Il livello di spesa sconta le misure di contenimento della spesa farmaceutica previste dalla normativa vigente e risulta coerente con il rispetto del nuovo tetto del 7,96 per cento della spesa farmaceutica convenzionata³⁴; o per l'assistenza medico-generica è prevista una spesa pari a 6.957 milioni, tenuto anche conto delle specifiche disposizioni in materia di rinnovo della convenzione;
- **per le altre prestazioni sociali in natura** (ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) è prevista una spesa pari a 25.466 milioni. La previsione tiene conto del trend storico dell'aggregato e delle misure previste dalla vigente normativa;
- **per le altre componenti di spesa** è previsto un livello di spesa pari a 6.218 milioni.

PREVISIONI PER GLI ANNI 2019-2021. Nel triennio 2019-2021, la spesa sanitaria è prevista crescere ad un tasso medio annuo dell'1,4 per cento; nel medesimo arco temporale il Pil nominale crescerebbe in media del 3 per cento. Conseguentemente, il rapporto fra la spesa sanitaria e Pil decresce e si attesta, alla fine dell'arco temporale considerato, ad un livello pari al 6,3 per cento.

LA PREVISIONE RIFLETTE:

- **la dinamica** dei diversi aggregati di spesa coerente con gli andamenti medi registrati negli ultimi anni;
- **il contributo** del Ssn alla manovra di finanza pubblica prevista dalla Legge di bilancio 2017;
- **gli interventi** di contenimento della spesa sanitaria già programmati a legislazione vigente;
- **la normativa** relativa all'indennità di vacanza contrattuale e al rinnovo dei contratti per il personale dipendente e convenzionato con il Ssn;
- **la riduzione** permanente delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale dipendente, prevista dalla legislazione vigente.

DIBASE

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione; DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale; DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale; DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile; DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione 10 ml contengono: colecalciferolo (vitamina D₃) 2,5 mg pari a 100.000 U.I. 1 goccia contiene: 250 U.I. di vitamina D₃. DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Un contenitore monodose contiene: colecalciferolo (vitamina D₃) 0,625 mg pari a 25.000 U.I. DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Un contenitore monodose contiene: colecalciferolo (vitamina D₃) 1,25 mg pari a 50.000 U.I. DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile Una fiala contiene: colecalciferolo (vitamina D₃) 2,5 mg pari a 100.000 U.I. DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile Una fiala contiene: colecalciferolo (vitamina D₃) 7,5 mg pari a 300.000 U.I. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** soluzione iniettabile; soluzione orale; gocce orali, soluzione. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** DIBASE può essere somministrato a cadenza giornaliera, settimanale, mensile o annuale (vedere paragrafo 5.2). In caso di terapia per via orale, si raccomanda di somministrare DIBASE durante i pasti (vedere paragrafo 5.2). La terapia per via intramuscolare è indicata solo in caso di sindromi da malassorbimento. **Prevenzione della carenza di vitamina D:** la somministrazione preventiva di DIBASE è consigliata in tutte le condizioni caratterizzate da maggior rischio di carenza o da aumentato fabbisogno. È generalmente riconosciuto che la prevenzione della carenza di vitamina D deve essere effettuata: in maniera sistematica nel neonato (in particolare nel prematuro), nel lattante, nella donna in gravidanza (ultimo trimestre) e nella donna che allatta alla fine dell'inverno e in primavera, nel soggetto anziano, eventualmente nel bambino e nell'adolescente se l'esposizione solare è insufficiente; nelle seguenti condizioni: scarsa esposizione solare o intensa pigmentazione cutanea, regime alimentare squilibrato (povero di calcio, vegetariano, ecc.), patologie dermatologiche estese o malattie granulomatosi (tubercolosi, lebbra, ecc.); soggetti in trattamento con anticonvulsivanti (barbiturici, fenitoina, primidone); soggetti in trattamento con terapie corticosteroidi a lungo termine; patologie digestive (malassorbimento intestinale, mucoviscidosi o fibrosi cistica); insufficienza epatica. **Trattamento della carenza di vitamina D:** la carenza di vitamina D deve essere accertata clinicamente e/o con indagini di laboratorio. Il trattamento è teso a ripristinare i depositi di vitamina D e sarà seguito da una terapia di mantenimento se persiste il rischio di carenza, ad un dosaggio di vitamina D idoneo alla prevenzione (vedi sopra "Prevenzione della carenza di vitamina D"). Nella maggior parte dei casi è consigliabile non superare, in fase di trattamento, una dose cumulativa di 600.000 U.I. all'anno, salvo diverso parere del medico. A titolo indicativo si fornisce il seguente schema posologico, da adattare a giudizio del medico sulla base della natura e gravità dello stato carenziale (vedere anche paragrafo 4.4). **DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione** Le posologie giornaliere sotto indicate possono essere assunte anche una volta alla settimana moltiplicando per sette la dose giornaliera indicata. **Neonati, Bambini e Adolescenti (<18 anni)** Prevenzione: 2-4 gocce al giorno (pari a 500-1.000 U.I. di vitamina D₃). Trattamento: 8-16 gocce al giorno (pari a 2.000-4.000 U.I. di vitamina D₃) per 4-5 mesi. **Donne in gravidanza** 3-4 gocce al giorno (pari a 750-1.000 U.I. di vitamina D₃) nell'ultimo trimestre. **Adulti e Anziani** Prevenzione: 3-4 gocce al giorno (pari a 750-1.000 U.I. di vitamina D₃). In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio fino a 8 gocce al giorno (pari a 2.000 U.I. di vitamina D₃). **Trattamento:** 20-40 gocce al giorno (pari a 5.000-10.000 U.I. di vitamina D₃) per 1-2 mesi. **Istruzioni per l'uso** La confezione contiene 1 flacone ed un contagocce. Il flacone è dotato di una capsula a prova di bambino. Il contagocce è dotato di una custodia. Per l'impiego seguire le istruzioni sotto riportate: a. aprire il flacone rimuovendo la capsula nel modo seguente: premere e contemporaneamente svitare (vedi Figura 1); b. svitare la custodia in plastica che avvolge la punta del contagocce (vedi Figura 2); c. inserire il contagocce nel flacone per prelevare il contenuto. Dosare le gocce in un cucchiaino e somministrare (vedasi "Posologia e modo di somministrazione"); d. chiudere il flacone (vedi Figura 3). Riavvitare la custodia sulla punta del contagocce; e. riporre il flacone ed il contagocce nella confezione.



DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Neonati, Bambini e Adolescenti (<18 anni) Prevenzione: 1 contenitore monodose (pari a 25.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 1-2 mesi. **Trattamento:** 1 contenitore monodose (pari a 25.000 U.I. di vitamina D₃) una volta a settimana per 16-24 settimane. **Donne in gravidanza** 1 contenitore monodose (pari a 25.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese nell'ultimo trimestre. **Adulti e Anziani** Prevenzione: 1 contenitore monodose (pari a 25.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese. In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio a 2 contenitori monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese. **Trattamento:** 2 contenitori monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D₃) una volta alla settimana per 8-12 settimane. **DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Neonati, Bambini e Adolescenti (<18 anni)** Prevenzione: 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 2-4 mesi. **Trattamento:** 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D₃) una volta a settimana per 8-12 settimane. **Donne in gravidanza** 2 contenitori monodose (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) all'inizio dell'ultimo trimestre. **Adulti e Anziani** Prevenzione: 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 4-8 mesi. **Trattamento:** 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese per 4-6 mesi. **Bambini e Adolescenti (2-18 anni)** Prevenzione: 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 4-8 mesi. **Trattamento:** 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese per 4-6 mesi. **Donne in gravidanza** 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) all'inizio dell'ultimo trimestre. **Adulti e Anziani** Prevenzione: 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 4 mesi. In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio a 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 2 mesi. **Trattamento:** 2 fiale (pari a 200.000 U.I. di vitamina D₃) una volta al mese per 3 mesi. **Istruzioni per l'uso** Le dosi possono essere somministrate per via orale o intramuscolare. Le fiale sono dotate di anello di prerottura e devono essere aperte nel modo seguente: tenere con una mano la parte inferiore della fiala; porre l'altra mano sulla parte superiore posizionando il pollice al di sopra dell'anello bianco ed esercitare una pressione. **DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile Neonati fino a 24 mesi** Si consiglia di somministrare le dosi con DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione oppure con DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale o con DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale. **Bambini e Adolescenti (2-18 anni)** Prevenzione: 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D₃) una volta all'anno. **Trattamento:** 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D₃) da ripetere dopo 3 mesi. **Adulti e Anziani** Prevenzione: 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D₃) una volta all'anno. In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio a 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D₃) ogni 6 mesi. **Trattamento:** 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D₃) da ripetere dopo 6 settimane. **Istruzioni per l'uso** Le dosi possono essere somministrate per via orale o intramuscolare. Le fiale sono dotate di anello di prerottura e devono essere aperte nel modo seguente: tenere con una mano la parte inferiore della fiala; porre l'altra mano sulla parte superiore posizionando il pollice al di sopra dell'anello bianco ed esercitare una pressione. **4.3 Controindicazioni** Ipersensibilità al colecalciferolo o a uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1. Ipercalcemia, ipercalcemia. Calcolosi renale (nefrolitiasi, nefrocalcinosi). Insufficienza renale (vedere paragrafo 4.4). **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego** In caso di somministrazioni prolungate con alti dosaggi, si consiglia di monitorare il livello sierico di 25-idrossi-colecalciferolo. Interrompere l'assunzione di DIBASE quando il livello sierico di 25-idrossi-colecalciferolo supera i 100 ng/ml (pari a 250 nmol/l). Nei pazienti anziani già in trattamento con glicosidi cardiaci o diuretici è importante monitorare la calcemia e la calcemia. In caso di ipercalcemia o di insufficienza renale, ridurre la dose o interrompere il trattamento. Per evitare un sovradosaggio, tenere conto della dose totale di vitamina D in caso di associazione con trattamenti contenenti già vitamina D, cibi addizionati con vitamina D o in caso di utilizzo di latte arricchito con vitamina D. Nei seguenti casi può essere necessario un aumento dei dosaggi rispetto a quelli indicati: soggetti in trattamen-

to con anticonvulsivanti o barbiturici (vedere paragrafo 4.5); soggetti in trattamento con terapie corticosteroidi (vedere paragrafo 4.5); soggetti in trattamento con ipolipidizzanti quali colestipolo, colestiramina e orlistat (vedere paragrafo 4.5); soggetti in trattamento con antiacidi contenenti alluminio (vedere paragrafo 4.5); soggetti obesi (vedere paragrafo 5.2); patologie digestive (malassorbimento intestinale, mucoviscidosi o fibrosi cistica); insufficienza epatica. Il prodotto deve essere prescritto con cautela a pazienti affetti da sarcoidosi, a causa del possibile incremento del metabolismo della vitamina D nella sua forma attiva. In questi pazienti occorre monitorare il livello del calcio nel siero e nelle urine. Pazienti affetti da insufficienza renale presentano un alterato metabolismo della vitamina D; perciò, se devono essere trattati con colecalciferolo, è necessario monitorare gli effetti sull'omeostasi di calcio e fosfato. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** L'uso concomitante di anticonvulsivanti o barbiturici può ridurre l'effetto della vitamina D, per inattivazione metabolica. In caso di trattamento con diuretici fiazidici, che riducono l'eliminazione urinaria del calcio, è raccomandato il controllo delle concentrazioni sieriche di calcio. L'uso concomitante di glucocorticosteroidi può ridurre l'effetto della vitamina D₃. In caso di trattamento con farmaci contenenti la digitale, la somministrazione orale di calcio combinato con la vitamina D aumenta il rischio di tossicità della digitale (aritmia). È pertanto richiesto lo stretto controllo del medico e, se necessario, il monitoraggio elettrocardiografico e delle concentrazioni sieriche di calcio. Un concomitante uso di antiacidi contenenti alluminio può interferire con l'efficacia del farmaco, diminuendo l'assorbimento della vitamina D, mentre preparati contenenti magnesio possono esporre al rischio di ipermagnesemia. Studi sugli animali hanno suggerito un possibile potenziamento dell'azione del warfarin quando somministrato con calciferolo. Sebbene non vi siano simili evidenze con l'impiego di colecalciferolo è opportuno usare cautela quando i due farmaci vengono usati contemporaneamente. La colestiramina, il colestipolo e l'orlistat riducono l'assorbimento della vitamina D, mentre l'alcolismo cronico diminuisce le riserve di vitamina D nel fegato. **4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento** **Gravidanza** Nei primi 6 mesi di gravidanza la vitamina D deve essere assunta con cautela per il rischio di effetti teratogeni (vedere paragrafo 4.9). **Allattamento** Quando necessario, la vitamina D può essere prescritta durante l'allattamento. Tale supplementazione non sostituisce la somministrazione di vitamina D nel neonato. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Non sono disponibili dati sugli effetti del prodotto sulla capacità di guidare. Tuttavia, un effetto su tale capacità è improbabile. **4.8 Effetti indesiderati** Se la posologia è conforme alle effettive esigenze individuali, DIBASE è ben tollerato, grazie anche alla capacità dell'organismo di accumulare il colecalciferolo nei tessuti adiposi e muscolari (vedere paragrafo 5.2). Gli effetti indesiderati segnalati con l'uso della vitamina D sono i seguenti: **Disturbi del sistema immunitario:** reazioni di ipersensibilità. **Disturbi del metabolismo e della nutrizione:** debolezza, anoressia, sete. **Disturbi psichiatrici:** sonnolenza, stato confusionale. **Patologie del sistema nervoso:** cefalea. **Patologie gastrointestinali:** costipazione, flatulenza, dolore addominale, nausea, vomito, diarrea, gusto metallico, secchezza delle fauci. **Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo:** rash, prurito. **Patologie renali e urinarie:** nefrocalcinosi, poliuria, polidipsia, insufficienza renale. **Esami diagnostici:** ipercalcemia, ipercalcemia. **Segnalazione delle reazioni avverse sospette:** La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/responsabili>. **4.9 Sovradosaggio** Interrompere l'assunzione di DIBASE quando la calcemia supera i 10,6 mg/dl (2,65 mmol/l) o se la calcemia supera 300 mg/24 h negli adulti o 4-6 mg/kg/die nei bambini. Il sovradosaggio si manifesta come ipercalcemia e ipercalcemia, i cui sintomi sono i seguenti: nausea, vomito, sete, polidipsia, poliuria, costipazione e disidratazione. Sovradosaggi cronici possono portare a calcificazione vascolare e degli organi, come risultato dell'ipercalcemia. Il sovradosaggio durante i primi 6 mesi di gravidanza può avere effetti tossici nel feto: esiste una correlazione tra eccesso di assunzione o estrema sensibilità materna alla vitamina D durante la gravidanza e ritardo dello sviluppo fisico e mentale del bambino, stenosi aortica sopravvalvolare e retinopatia. L'ipercalcemia materna può anche portare alla soppressione della funzione paratiroidea nei neonati con conseguente ipocalcemia, tetania e convulsioni. **Trattamento in caso di sovradosaggio** Interrompere la somministrazione di DIBASE e procedere alla reidratazione. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: Vitamina D e analoghi, colecalciferolo. Codice ATC: A11CC05. La vitamina D corregge una situazione carenziale della stessa e aumenta l'assorbimento intestinale di calcio. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Come per le altre vitamine liposolubili, l'assorbimento del colecalciferolo a livello intestinale è favorito dalla concomitante assunzione di alimenti contenenti grassi. Il colecalciferolo è presente nel circolo ematico in associazione a specifiche a-globuline che lo trasportano al fegato, dove viene idrossilato a 25-idrossi-colecalciferolo. Una seconda idrossilazione avviene nei reni, dove il 25-idrossi-colecalciferolo viene trasformato in 1,25-diidrossi-colecalciferolo, che rappresenta il metabolita attivo della vitamina D responsabile degli effetti sul metabolismo fosforocalcico. Il colecalciferolo non metabolizzato viene accumulato nei tessuti adiposi e muscolari per essere reso disponibile in funzione del fabbisogno dell'organismo; per questo motivo DIBASE può essere somministrato anche a cadenza settimanale, mensile o annuale. Nei soggetti obesi si riduce la biodisponibilità della vitamina D a causa dell'eccesso di tessuto adiposo. La vitamina D viene eliminata attraverso le feci e le urine. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Gli studi preclinici condotti in varie specie animali dimostrano che gli effetti tossici si verificano nell'animale a dosi nettamente superiori a quelle previste per l'uso terapeutico nell'uomo. Negli studi di tossicità a dosi ripetute, gli effetti più comunemente riscontrati sono stati: aumento della calcemia, diminuzione della fosfatemia e della proteinuria. A dosi elevate, è stata osservata ipercalcemia. In una condizione prolungata di ipercalcemia le alterazioni istologiche (calcificazione) più frequenti sono state a carico dei reni, cuore, aorta, testicoli, timo e mucosa intestinale. Gli studi di tossicità riproduttiva hanno dimostrato che il colecalciferolo non ha effetti nocivi sulla fertilità e riproduzione. A dosi che sono equivalenti a quelle terapeutiche, il colecalciferolo non ha attività teratogena. Il colecalciferolo non ha potenziale attività mutagena e carcinogena. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione:** olio di oliva raffinato. **DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale:** olio di oliva raffinato. **DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale:** olio di oliva raffinato. **DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile:** olio di oliva raffinato per uso iniettabile. **DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile:** olio di oliva raffinato per uso iniettabile. **6.2 Incompatibilità** Non sono note eventuali incompatibilità con altri farmaci. **6.3 Periodo di validità** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione: 3 anni a confezione integra. Dopo prima apertura del flacone: 5 mesi. DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale: 2 anni. DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale: 2 anni. DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile: 3 anni. DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile: 3 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Conservare a temperatura non superiore ai 30° C, nella confezione originale per tenere il medicinale al riparo dalla luce. Non congelare. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione Flacone in vetro ambrato contenente 10 ml, chiuso con una capsula a prova di bambino in polipropilene. La confezione contiene 1 flacone ed 1 contagocce. DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Contenitore in vetro ambrato contenente 2,5 ml, chiuso con una capsula in polipropilene. Confezioni da 1, da 2 o da 4 contenitori monodose. DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Contenitore in vetro ambrato contenente 2,5 ml, chiuso con una capsula in polipropilene. Confezioni da 1, da 2 o da 4 contenitori monodose. DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile Fiala in vetro ambrato. Confezioni da 1 fiala, 3 fiale o 6 fiale. DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile Fiala in vetro ambrato. Confezione da 1 fiala o 2 fiale. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** ABIOGEN PHARMA S.p.A. via Meucci 36 Ospedaletto - PISA 8. **NUMERI DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione - flacone 10 ml 036635011 DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 1 contenitore monodose 2,5 ml 036635047 DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 2 contenitori monodose 2,5 ml 036635098 DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 4 contenitori monodose 2,5 ml 036635050 DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 1 contenitore monodose 2,5 ml 036635062 DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 2 contenitori monodose 2,5 ml 036635086 DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 4 contenitori monodose 2,5 ml 036635074 DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile - 1 fiala 1 ml 036635100 DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile - 3 fiale 1 ml 036635112 DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile - 6 fiale 1 ml 036635023 DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile - 1 fiala 1 ml 036635124 DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile - 2 fiale 1 ml 036635035 **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Data della prima autorizzazione: Ottobre 2005. Data del rinnovo più recente: Ottobre 2010 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** 05/2017 **25.000 U.I./2,5 ml 1 flaconcino monodose** 5,42 €; **25.000 U.I./2,5 ml 2 flaconcini monodose** 8,10 €; **50.000 U.I./2,5 ml 1 flaconcino monodose** 8,50 €; **50.000 U.I./2,5 ml 2 flaconcini monodose** 15,34 €; **100.000 U.I./ml gocce orali** 5,42 €; **100.000 U.I. 6 fiale** 4,00 €; **300.000 U.I. 2 fiale** 3,50 € - Classe A - RR **25.000 U.I./2,5 ml 4 flaconcini monodose** 16,00 € - Classe C - RR

CONTRATTO DIRIGENZA



Doppio no per il Comitato di settore dalla Ragioneria generale dello Stato

Dimezzati gli aumenti per il 2018 e l'indennità di esclusività non potrà entrare nel monte salari

Buone notizie (in parte) per i medici e i dirigenti sanitari sul contratto dal ministero dell'Economia: la proposta contenuta nell'atto di indirizzo integrativo di aumenti "correttamente" pari a 458,10 milioni di euro (il +3,48% previsto per tutto il Pubblico Impiego), ridotti per il 2018 a 261,64 milioni (circa il +2%, il 56% dell'aumento previsto che si tradurrebbe in circa 106 euro lordi rispetto ai 190 previsti) non piace all'Economia che la bocchia.

La Ragioneria generale dello Stato (per il ministero dell'Economia), nella sua risposta all'atto di indirizzo integrativo sottolinea che la proposta – cosa già fatta per il personale dei livelli – “non è in linea con il quadro regolativo vigente (articolo 48, comma 2, del Dlgs n. 165/2001, Accordo sul pubblico impiego del 30 novembre 2016 e legge n. 205/2017) che prevede, invece, il riconoscimento, senza differenziazioni tra comparti di benefici contrattuali per il triennio 2016-2018 del 3,48% a decorrere dal 2018”.

La Ragioneria sottolinea che l'asimmetria che si creerebbe all'intero del Pubblico impiego in questo modo “è suscettibile di determinare contenzioso, tenuto conto che, nel caso all'esame, il beneficio riconosciuto per l'anno 2018 si discosta significativamente dall'incremento percentuale riconosciuto al restante personale pubblico”.

SINDACATI DELLA DIRIGENZA:

“La partita dell'esclusiva non può chiudersi con un parere tecnico”

DOPO LA LETTERA DELL'ECONOMIA al Comitato di settore, i medici attaccano: “La Ragioneria Generale dello Stato, con una nota sull'Atto di Indirizzo integrativo per l'Area della Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria predisposto dal Comitato di Settore delle Regioni – sottolinea un comunicato del Coordinamento nazionale delle aree contrattuali medica, veterinaria sanitaria –, ha messo in luce il macigno, che nessuno, sin ora, ha voluto vedere, che grava su questo contratto”.

E non allentano la presa sulla loro richiesta di inserire l'indennità di esclusività nel monte salari del contratto: “L'inserimento dell'indennità di esclusività di rapporto nella massa salariale dei dirigenti medici, veterinari e sanitari, è indispensabile per rendere giustizia alla categoria, affinché essa ottenga gli stessi aumenti riconosciuti agli altri dipendenti della Pub-

Per l'Economia quindi la previsione non va. Ma se politicamente le Regioni dovessero giudicare “imprescindibile soddisfare la richiesta del comitato di settore” la Ragioneria “rinviava alle valutazioni di codesti Uffici e del competente Dipartimento della funzione pubblica”.

Ci vogliono aumenti maggiori quindi, sempre che la volontà delle Regioni (e la politica) lo consenta, di almeno l'1,48% in più nel 2018.

Ma anche cattive notizie per i medici e i dirigenti sanitari. La Ragioneria generale dello Stato risponde nella nota al Comitato di settore anche al quesito sull'inclusione nel monte salari della quota relativa all'indennità di esclusività.

Secondo il Conto annuale 2016 il valore dell'indennità di esclusiva per quell'anno è di circa 1,28 miliardi e un aumento del 3,48% su questo importo (se fosse nel monte salari e quindi soggetto agli aumenti del contratto) varrebbe quindi poco più di ulteriori 45 milioni circa che aggiungerebbero all'aumento di circa 190 euro lordi ulteriori 30 euro, fino cioè a 220 euro lordi. Una cifra che non riguarderebbe solo il contratto da rinnovare ora, ma che si “trascinerebbe” anche sui prossimi contratti.

E per questo, anche qui arriva una bocciatura all'idea perché, scrive la Ragioneria, “tali richieste – determinando, ove accolte, effetti di maggiore spesa – altererebbero il quadro finanziario di riferimento per il rinnovo del contratto collettivo in esame con effetti negativi anche sulle tornate contrattuali successive”.

blica Amministrazione”. Il contratto di medici, veterinari e dirigenti sanitari del Ssn, ricorda il Coordinamento, è l'unico del comparto sanità ancora al palo, “un ritardo imperdonabile che colpisce chi ha ruoli di responsabilità diretta nella diagnosi e cura dei pazienti e nella protezione della salute, assicurando, in modo insostituibile, un diritto costituzionale fondamentale”. **E rivolgendosi al nuovo Governo, il Coordinamento afferma che** “i partiti che si apprestano a formare un nuovo Governo devono urgentemente intestarsi un problema che si trascina da 10 anni, da cui dipende il destino stesso della sanità pubblica e delle professioni dirigenziali nel suo contesto, cercando una soluzione soddisfacente, rispettosa del diritto alla cura dei cittadini e di chi lavora con alto senso di responsabilità per una sanità pubblica, equa ed accessibile anche in futuro”.

I CALCOLI DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE

Come sono usati i soldi delle nostre tasse? Su 10 mila euro di imposte versati, 1.934 vanno alla sanità

DA QUEST'ANNO I CITTADINI che hanno presentato la dichiarazione dei redditi nel 2017 potranno conoscere come sono state distribuite le imposte relative al 2016, accedendo al proprio cassetto fiscale o alla dichiarazione precompilata. È un progetto che ha come obiettivo principale quello di migliorare il senso di partecipazione dei cittadini troppo spesso considerati soltanto contribuenti. Lo spiega l'Agenzia delle entrate. Sono circa 30 milioni i soggetti potenzialmente interessati, di cui 20 che hanno adottato il modello 730 e altri 10 milioni circa il modello Redditi. Dalla seconda metà di aprile, sul sito di Agenzia delle entrate, accedendo al proprio cassetto fiscale o consultando la dichiarazione precompilata via web, si potrà conoscere come sono state distribuite le risorse fiscali in un quadro sintetico che contiene le principali voci di spesa.

Sanità pubblica, previdenza, istruzione, sicurezza, ordine pubblico, trasporti, cultura, protezione del territorio, ma anche la quota parte del debito pubblico o come si contribuisce al bilancio dell'Unione europea, oltre ai servizi generali delle pubbliche amministrazioni. La destinazione delle imposte è stata predisposta sulla base dei dati analitici della spesa pubblica elaborata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Nel totale delle imposte considerate, oltre all'Irpef sono ricomprese, se dovute, le addizionali regionali e comunali Irpef, la cedolare secca sulle locazioni, il contributo di solidarietà, l'acconto per somme assoggettate a tassazione separata, l'imposta sostitutiva sui premi di risultato, l'imposta sostitutiva per il “regime di vantaggio” e il “regime forfetario”.

Prendendo ad esempio un contribuente che ha 10 mila euro di imposte relative al 2016, egli saprà che 2.125 euro sono stati destinati alla voce previdenza e assistenza, 1.934 euro sono andati alla sanità, 1.090 euro all'istruzione, 882 euro a difesa, ordine pubblico e sicurezza, 832 ai servizi erogati dalla Pubblica Amministrazione e così via.

Tutte le principali voci di spesa dello Stato sono, quindi, riassunte in una tabella e in un “grafico a torta” attraverso i quali il contribuente potrà verificare concretamente il percorso compiuto dalle imposte in base alla propria dichiarazione dei redditi 2017.

“Da quest'anno ogni contribuente potrà sapere con precisione dove sono finiti i soldi che ha pagato in tasse. Per farlo basterà accedere al proprio cassetto fiscale o alla dichiarazione precompilata

FABBISOGNO MEDICI SPECIALISTI

Ecco l'accordo Stato-Regioni. Previsti oltre 8.500 posti per ciascun anno accademico dal 2017 al 2020

SONO 8.569 per il 2017-2018, 8523 per il 2018-2019 e 8.604 per il 2019-2020 i posti disponibili tra quelli messi a bando dal Governo e quelli delle Regioni per la formazione dei medici specialisti. L'Accordo, all'ordine del giorno della Stato-Regioni il 10 maggio scorso e rinviato su richiesta delle Regioni perché le tabelle sono state sottoposte solo il 9 maggio – prevede nelle tabelle allegate il numero di posti per ogni specialità e per ogni Regione nei tre periodi considerati.

In generale il fabbisogno è suddiviso in tre aree: chirurgia, servizi e medicina. **In ognuno dei tre bienni il numero maggiore di posti disponibili è per l'area funzionale di medicina (rispettivamente 3.954 nel 2017-2018; 3.934 nel 2018-2019 e 3.963 nel 2019-2020), mentre il minore è per l'area funzionale di chirurgia (nei tre bienni 1.968; 1.962; 1.987).**

Complessivamente però il maggior fabbisogno previsto è, nell'area dei servizi, Anestesia e rianimazione, Terapia intensiva e del dolore, sempre sopra gli 855 posti, seguita per il primo e terzo biennio sempre nell'area dei servizi dalla Radiodiagnostica, ma con circa la metà dei posti e nel secondo biennio, sempre con circa metà dei posti, nell'area della chirurgia da Chirurgia generale. Il fabbisogno minore invece è nell'area di medicina per la Medicina termale (3 posti per ognuno dei tre bienni) e per la Statistica sanitaria e Biometria ancora nell'area dei servizi con 8-9 posti per ognuno dei bienni considerati.

RAPPORTO 2017 OSSERVASALUTE

Il fallimento del federalismo sanitario

L'Italia è mediamente in buona salute, ma tra Nord e Sud troppe differenze

Il quadro nazionale della performance in sanità

Un'analisi su più parametri ha permesso di delineare il quadro della performance dei Ssr e della dinamica osservabile nel periodo in studio, dal 2008 al 2015. La proiezione delle Regioni sul piano delinea **quattro gruppi di regioni:**

Bassa performance

Campania, Sardegna, Sicilia in miglioramento, Calabria e Puglia quelle a **media performance**: Basilicata in miglioramento, Molise in peggioramento, Abruzzo e Lazio

Buona performance e alta spesa

Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Piemonte e Liguria in peggioramento

Alta performance

Umbria in peggioramento, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Veneto e Friuli Venezia Giulia

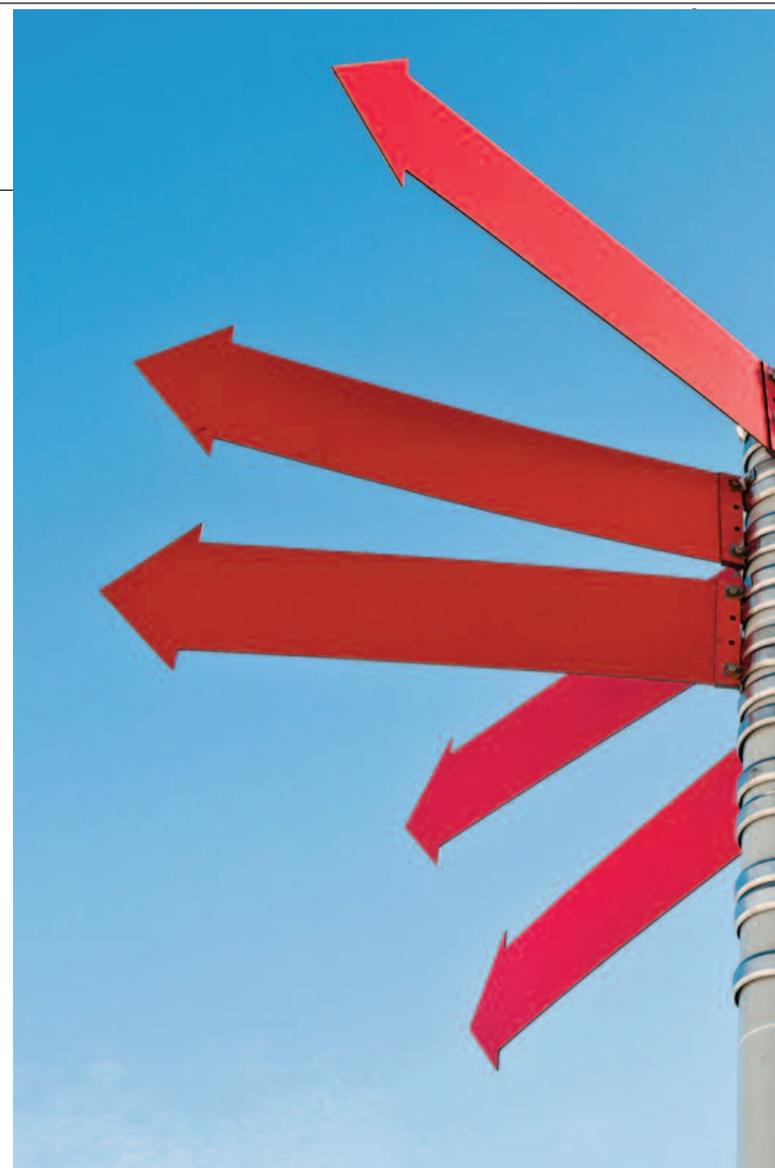
“È evidente il fallimento del Servizio sanitario nazionale, anche nella sua ultima versione federalista, nel ridurre le differenze di spesa e della performance tra le regioni. Rimane aperto e sempre più urgente il dibattito sul ‘segno’ di tali differenze. Si tratta di differenze inique perché non ‘naturali’, ma frutto di scelte politiche e gestionali”. Così **Walter Ricciardi**, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e direttore dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane e Ordinario di Igiene all'Università Cattolica, commenta i risultati del rapporto 2017 Osservasalute. E aggiunge: “È **auspicabile che si intervenga al più presto** partendo da un riequilibrio del riparto del Fondo sanitario nazionale, non basato sui bisogni teorici desumibili solo dalla struttura demografica delle Regioni, ma sui reali bisogni di salute, così come è urgente un recupero di qualità gestionale e operativa del sistema, troppo deficitarie nelle regioni del Mezzogiorno”.

Il Rapporto è frutto del lavoro di 197 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali. **L'allarme di Ricciardi nasce dai dati. Il tollerato: il profondo divario fra Nord e Meridione sia nelle dimensioni della performance indagate che nella qualità della spesa pubblica e, nello specifico, di quella sanitaria.** La progressiva attenzione al rientro dagli eccessi di spesa e alla copertura dei disavanzi pregressi, peraltro, non è stata accompagnata da una analoga attenzione al superamento delle disegualianze in termini di assistenza garantita. Le fonti pubbliche coprono circa il 95% della spesa ospedaliera, ma solo circa il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali e circa il 65% delle spese di assistenza di lungo termine (Long Term Care-LTC) nelle strutture residenziali. Sono dedicate a prestazioni ambulatoriali e LTC i circa 35 miliardi di euro di spesa sanitaria privata, corrispondente a circa il 23% della spesa sanitaria complessiva, di cui solo una piccola parte è mediata dai fondi assicurativi, mentre la gran parte è a carico diretto delle famiglie.

SPESA PRIVATA

Nel decennio 2005-2015 si è osservato un netto incremento della spesa privata (+23,2%, da 477,3 euro pro capite a 588,1), soprattutto nelle regioni del Nord. Tali regioni si contraddistinguono per alti livelli di spesa pubblica pro capite, buoni livelli di erogazione dei Lea e quote basse di persone che rinunciano alle cure. “Tale evidenza può essere interpretata – sottolinea **Alessandro Solipaca**, Direttore Scientifico dell'Osservatorio – come il risultato di scelte individuali di cittadini che, avendo la possibilità economica, preferiscono rivolgersi al settore privato, ottenendo un servizio più tempestivo o di migliore qualità. D'altra parte non va dimenticato che spesso la partecipazione alla spesa richiesta dal settore pubblico e confrontabile con la tariffa del privato”.

A guidare la classifica delle regioni con la spesa privata pro capite più alta c'è la Lombardia (608 euro), Calabria (274 euro), Campania (263 euro) e Sicilia (245 euro) chiudono questa graduatoria, che appare invariata in tutto il periodo di osservazione. Ma se nel Meridione i consumi out of pocket delle fami-



glie sono bassi, **la quota di persone che dichiara di non aver soldi per pagarsi le cure è elevata.** Si tratta di una persona su cinque, quattro volte la percentuale osservata nelle regioni settentrionali.

GLI ESITI DI SALUTE

In particolare la mortalità prevenibile attraverso adeguati interventi di Sanità Pubblica, sono più elevati nelle regioni meridionali. La **Campania, e in particolare la Calabria,** sono le Regioni che nel quadro complessivo delineato dagli indicatori selezionati **mostrano il profilo peggiore.**

IL QUADRO NAZIONALE DELLA PERFORMANCE IN SANITÀ

Rileva situazioni di **buona copertura dei sistemi sanitari nelle Regioni del Centro-Nord,** mentre **per il Meridione appare urgente un forte intervento** in grado di evitare discriminazioni sul piano dell'accesso alle cure e dell'efficienza del sistema.

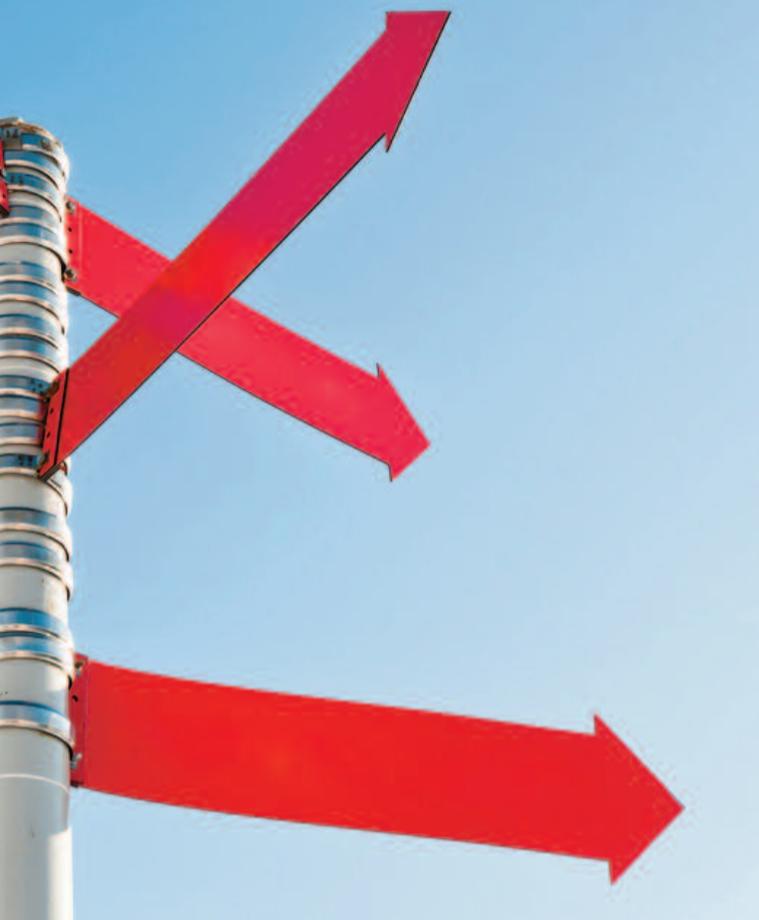
SPORT, FUMO E ALCOL

Gli italiani, inoltre, cominciano timidamente a occuparsi in maniera più proattiva della propria salute, tendono a fare più sport ma scontano ancora tanti problemi, in primis quelli con la bilancia: è aumentata la percentuale delle persone in sovrappeso - 33,9% contro 36,2% – ma soprattutto **è aumentata la quota degli obesi** – 8,5% contro 10,4%. Quanto al vizio del **fumo, dal 2014 resta in Italia praticamente stabile** (al 2016 si stima fumi il 19,8% della popolazione over-14 anni) mentre sul fronte dei **consumi di alcolici** si assiste a una lenta, ma inarrestabile **diminuzione dei non consumatori,** che sono pari al 34,4% (nel 2014 era il 35,6%, nel 2015 34,8%) degli individui di età superiore a 11 anni.

TUMORI E SCREENING

L'efficacia delle cure e della prevenzione delle neoplasie è migliorata. In particolare per la prevenzione, ottimi risultati, secondo il rapporto, sono conseguiti alla diminuzione dei fumatori tra gli uomini e all'aumento della copertura degli screening preventivi (per esempio il pap test periodico e la mammografia) tra le donne. Lo dimostra la diminuzione dei nuovi casi di tumori al polmone tra i maschi (diminuiti del 2,7% l'anno dal 2005 al 2015) e della cervice uterina tra le donne (-4,1% annuo). È aumentata di 5,7 punti percentuali anche la sopravvivenza a 5 anni per il tumore al polmone e 2,4 punti per il carcinoma del collo dell'utero.

Al contrario, risultati negativi si riscontrano per il tumore polmonare tra le donne, tra le quali i nuovi casi sono in sensibile aumento (+1,6% tra il 2005 e il 2015). **Per quanto riguarda i tumori soggetti a programmi di screening organizza-**



to, gli effetti dell'introduzione di misure efficaci di prevenzione secondaria sono visibili nelle aree del Paese dove si è iniziato prima e dove la copertura è ottimale. Una documentata minor copertura di popolazione e una ritardata implementazione degli screening organizzati sono fattori da considerare per spiegare le diverse performance osservate nel Paese.

INVECCHIAMO MALE

Sul fronte della salute gli italiani sono sempre più anziani e tra questi (in particolare tra gli over 75) aumentano quelli con limitazioni fisiche, che non sono in grado di svolgere da soli attività quotidiane semplici come telefonare o preparare i pasti (+4,6% tra 2015 e 2016 negli over-75 che riferiscono qualche limitazione nelle attività).

Analizzando il fenomeno delle limitazioni nelle classi di età, tali prevalenze si attestano al 13% nella classe di età 65-74 anni, al 38% per gli anziani tra i 75-84 anni e al 69,8% tra gli ultra ottantacinquenni.

CONFRONTANDO L'ITALIA CON L'EUROPA

Il nostro Paese ne esce con un quadro rassicurante: l'Italia è tra i Paesi più longevi d'Europa e del mondo – secondo gli ultimi dati disponibili, **nel 2015 si colloca al secondo posto dopo la Svezia per la più elevata speranza di vita alla nascita** per gli uomini (80,3 anni) e al terzo posto dopo Francia e Spagna per le donne (84,9 anni), a fronte di una media dei Paesi dell'Unione Europea (UE) di 77,9 anni per gli uomini e di 83,3 anni per le donne. Anche rispetto agli anni di vita attesa all'età di 65 anni gli uomini e le donne italiane vivono in media un anno in più del valore medio europeo (rispettivamente, 18,9 anni vs 17,9 e 22,2 anni vs 21,2 anni). **Tuttavia se si esamina la speranza di vita senza limitazioni, dovuta a problemi di salute, la situazione cambia:** ad eccezione della Svezia, gli altri Paesi ai primi posti della graduatoria per speranza di vita alla nascita degli uomini, come Spagna e Italia, scendono, rispettivamente, al 7° e 11° posto; per le donne, Francia e Spagna scendono al 6° e 8° posto, mentre **l'Italia va nella 15ª posizione, quindi anche al di sotto della media dell'Ue.**

E ancora, va rilevata la maggiore prevalenza di artrosi, che caratterizza gli anziani italiani rispetto a quelli degli altri Paesi europei (46,6% delle persone che riferiscono una condizione di artrosi, uno dei più alti valori in Europa subito sotto Portogallo e Ungheria, rispettivamente 47,2% e 52,0%, contro i valori più bassi della Gran Bretagna, 6,1% e dell'Estonia, 8,2%), e il loro basso livello di attività fisica.

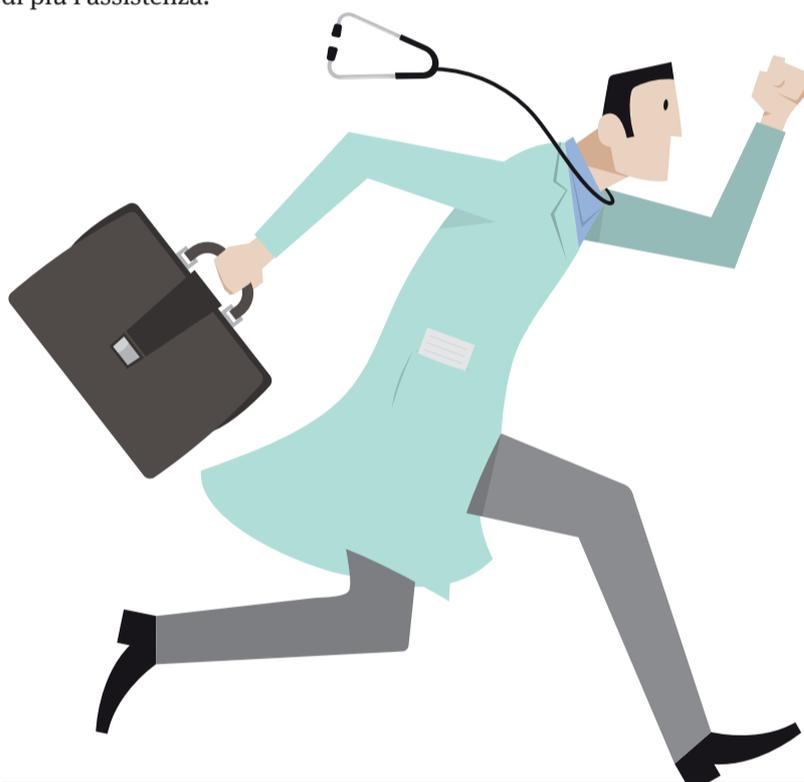
TROPPI ANTIBIOTICI

Quanto alle buone pratiche sanitarie va rilevato come in Italia si consumino ancora più antibiotici rispetto al resto

d'Europa: è tra i Paesi con il consumo più alto di antibiotici, 60 posto nella graduatoria.

Sul fronte della sostenibilità del servizio sanitario, il decennio appena trascorso ha confermato una situazione da tempo nota e tollerata: il profondo divario fra Nord e Meridione sia nelle dimensioni della performance indagate che nella qualità della spesa pubblica e, nello specifico, di quella sanitaria; poi che la spesa out of pocket (sostenuta privatamente dai cittadini) è aumentata in maniera disuguale nel Paese (in particolare è cresciuta dell'8,3% nel periodo 2012-2016). L'aumento è stato elevato nelle regioni del Nord, nel Centro i valori di tale spesa sono stati costanti, mentre sono diminuiti nelle regioni meridionali. **E resta come grande problema quello dell'aumento dell'età legata però alle cronicità e alla non autosufficienza.** Un problema che riguarderà sempre più anziani: le proiezioni per il 2028 indicano, infatti, che **tra 10 anni le persone anziane non autonome saranno 6,3 milioni persone.**

Per di più poi a livello nazionale **il numero di medici e odontoiatri del Ssn si è ridotto in modo costante tra il 2012 e il 2015**, passando da 109.151 unità nel 2012 a 105.526 unità nel 2015 (-3,3%). Lo stesso trend si riscontra, seppur in maniera più accentuata, se si rapporta il numero di medici e odontoiatri del Ssn alla popolazione; infatti, in questo caso la riduzione del numero di unità è del 5,4%. **Anche per quanto riguarda gli infermieri c'è una riduzione costante**, meno marcata (-2,1%), del numero di unità, che passano da 271.939 nel 2012 a 266.330 nel 2015. E tutto questo lascia scoperta ancora di più l'assistenza.



Progresso parziale per alcune patologie tumorali prevenibili

È il caso dei tumori del colon-retto maschile e della mammella femminile, per i quali la mortalità si riduce, ma persiste un lieve aumento dell'incidenza.

Tra gli uomini l'incidenza del tumore colon-rettale, pur avendo subito un rallentamento della crescita, è stimata ancora in leggero ma significativo aumento (+0,5%; tasso standardizzato da 66,9 a 70,4 per 100.000).

Per il tumore della mammella la sopravvivenza a 5 anni è elevata e stimata ancora in aumento (+4,2%, da 86,9% a 91,1%). L'incidenza in leggero aumento in Italia (+1,0%: da 107,2 a 118,4 per 100.000). Un effetto analogo si osserva per la mortalità che, nell'insieme, diminuisce del 2,8% l'anno (da 22,5 a 17,0 per 100.000).

Il quadro nazionale non è, però, omogeneo sul territorio ed è la risultante di andamenti contrapposti, di reale progresso al Centro-Nord (dove l'incidenza si riduce o si stabilizza) e più sfavorevoli al Sud e nelle Isole.



Il numero di medici e odontoiatri del Ssn si è ridotto in modo costante tra il 2012 e il 2015

Mobilità sanitaria 2018. Un "business" pubblico da 4,6 miliardi

Ma a guadagnarci sono solo sette Regioni e al Sud l'unica in attivo è il Molise

Quattordici Regioni debentrici. Solo sette creditrici oltre al Bambino Gesù e all'Associazione dei cavalieri italiani del Sovrano militare Ordine di Malta (Acismom). In tutto un giro di oltre 4,6 miliardi legati alla mobilità sanitaria interregionale.

Leggendo la tabella complessiva della mobilità, **chi deve di più è la Calabria** che raggiunge un saldo negativo di oltre 319 milioni, seguita dalla Campania con più di 302 milioni e dal Lazio con oltre 289 milioni. **Chi guadagna di più è la Lombardia** che deve incassare oltre 808,6 milioni. **Al secondo posto c'è l'Emilia Romagna** con quasi 358 milioni e **terza è il Veneto** con 161,5 milioni circa da avere.

Bilanci positivi ovviamente per Bambino Gesù e Ordine di Malta e qualche aiuto che sul totale arriva dalle rateizzazioni previste per gli anni precedenti.

Queste somme saranno quelle che comporranno la colonna della mobilità sanitaria nel riparto 2018, concordato dai governatori per 110,132 miliardi circa a febbraio, ma che deve ancora essere formalizzato in Conferenza Stato-Regioni.

L'accordo sulla mobilità è stato per il momento accantonato su richiesta dell'assessore al Bilancio della Lombardia Garavaglia che, pur condividendo da un punto di vista tecnico le tabelle relative alle matrici di mobilità in sintonia con tutta la Commissione Salute, ha chiesto di sospendere la loro approvazione fino alla risoluzione della questione della compensazione interregionale della mobilità in materia di tassa automobilisti-

Segue

Mobilità sanitaria 2018. Segue

ca. Il Dg alla Sanità della Regione Veneto ha espresso contrarietà alla sospensione dell'approvazione, ma i presidenti hanno accolto la richiesta della Regione Lombardia, concordando però sulla necessità di prevedere in tempi brevi un confronto politico ristretto per arrivare alla risoluzione della questione entro la prossima riunione. **La Commissione salute delle Regioni ha comunque raggiunto un accordo sulla compensazione della mobilità sanitaria** (in cui oltre ai viaggi in cerca di cure migliori o alle cure casuali in altre Regioni sono compresi anche gli interventi interregionali per le cellule staminali, la plasmaderivazione, gli emocomponenti, i residui manicomiali, gli hanseniani e i disabili cronici) che deve ora essere formalizzato in Conferenza dei presidenti, che si basa su alcuni presupposti.

Nel riparto 2018 andranno riportate le ricadute di:

- acconto 2018 sulla base della matrice di scambio 2016;
- saldi tra acconto entrato nel riparto 2016 (dati 2013) ed effettivi dati scambi per il 2016;
- accordo sulle dinamiche di aumento 2016: per quanto riguarda gli aumenti di fatturato per attività ospedaliera registrati nel 2016, che hanno riguardato il solo settore privato (il settore pubblico è sostanzialmente stabile nella propria produzione ospedaliera complessiva), le Regioni hanno concordato un abbattimento del 60% degli aumenti dei relativi saldi regionali rispetto agli stessi saldi riferiti al 2015;
- scambio dati su disabili 2013 e 2014, oltre ad alcune partite regolatorie rimaste in sospeso in sede di riparto 2017 (Lombardia/Molise, Lombardia/Sardegna, addebiti Regione Lazio, ricalcolo addebiti Provincia Bolzano, riabilitazione ospedaliera Umbria).

Per quanto riguarda la mobilità 2014, le Regioni hanno deciso di procedere a una rateizzazione quadriennale (importi uguali ogni anno) 2018-2021 per: saldi tra acconto entrato nel riparto 2014 (dati 2012) ed effettivi scambi 2014; accordo settembre 2016 dei presidenti sulle dinamiche di aumento 2014.

Quest'ultimo accordo prevede che in relazione agli aumenti osservati per il settore privato, e tenendo presente le indicazioni normative, si applica una riduzione % sull'incremento del valore registrato dai saldi delle singole Regioni. Riduzione che deve comunque salvaguardare la produzione dell'alta complessità come definita dalla legge di stabilità 2016 (comma 574) e quindi non potrà essere superiore al 50 per cento. Gli abbattimenti avvengono sia sugli aumenti 2014 rispetto al 2013 sia sugli aumenti 2015, sempre rispetto al 2013.

I valori degli scambi riferiti al privato sono così ridefiniti, per essere inseriti nel riparto del fondo sanitario. Rispetto a tutti gli altri settori a cui si applica la compensazione valgono i valori già acquisiti dal coordinamento.

In base all'accordo le Regioni si scambiano i dati individuali di attività erogata per valutare i consumi dei propri residenti che non potranno portare a modifiche di carattere finanziario rispetto all'accordo stesso. Le ricadute sul riparto del fondo sanitario è previsto che vengano diluite in due esercizi finanziari, prevedendo di avere a riferimento la valorizzazione della mobilità 2015 e il relativo conguaglio nel riparto 2017, in modo da riallineare il riparto ai meccanismi usuali e prevedere che i conguagli della mobilità 2014 siano inclusi nel riparto 2018, insieme ai dati che verranno prodotti per il 2016.

La mobilità 2018, quindi, parte da lontano e prevede anche tutti i conguagli dal 2013 al 2016.

La sanità può contare su 59 parlamentari

Ecco i nomi di medici, farmacisti e professionisti della salute eletti in Parlamento

Tra conferme e new entry, abbiamo trovato 59 parlamentari che provengono dalla sanità. Di questi, 35 siederanno tra i banchi della Camera, mentre 24 prenderanno posto al Senato. In questa nutrita 'pattuglia' troviamo 37 medici, 10 farmacisti, 4 biologi, 3 psicologi, 2 fisioterapisti, 2 infermieri, 1 assistente sociale ed 1 operatore sanitario. A livello di schieramenti, il partito più rappresentativo per la sanità è il M5S con 28 parlamentari tra i due rami del Parlamento. A seguire, Forza Italia con 10 e la Lega con 9. Il Partito Democratico, invece, si ferma a solo a quota 6.



CAMERA

MEDICI

Rossana Boldi Lega
Fabiola Bologna M5S
Mario Alejandro Borghese MAIE
Guido De Martini Lega
Graziano Delrio PD
Paolo Ficara M5S
Giulia Grillo M5S
Nicola Grimaldi M5S
Marco Marin FI
Rosa Menga M5S
Silvana Nappi M5S
Nicola Provenza M5S
Paolo Russo FI
Doriana Sarli M5S
Paolo Siani PD
Giorgio Trizzino M5S
Manuel Tuzi M5S
Leda Volpi M5S
Alberto Zolezzi M5S

FARMACISTI

Roberto Bagnasco FI
Giuseppe Chiazzese M5S
Marcello Gemmato FdI
Caterina Licatini M5S
Andrea Mandelli FI
Carlo Piastra Lega

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

Massimo Enrico Baroni M5S, Psicologo
Maria Teresa Bellucci FdI, Psicologa
Elena Carnevali PD, Fisioterapista
Andrea Cecconi M5S, Infermiere
Giuseppe D'Ambrosio M5S, Fisioterapista
Ilaria Fontana M5S, Biologa
Elena Lucchini Lega, Biologa
Stefania Mammi M5S, Infermiera
Francesca Troiano M5S, Psicologa
Lorenzo Viviani Lega, Biologo

SENATO

MEDICI

Antonio Barboni FI
Paola Binetti Ncl
Caterina Biti PD
Roberto Calderoli Lega
Maria Domenica Castellone M5S
Luigi Di Marzio M5S
Emilio Floris FI
Albert Laniece Autonomie-PSI-MAIE
Giuseppe Mangialavori FI
Gaspere Antonio Marinello M5S
Raffaele Mautone M5S
Pino Pisani M5S
Gianni Pittella PD
Maria Rizzotti FI
Rosellina Sbrana Lega
Marco Siclari FI
Pierpaolo Sileri M5S
Laura Stabile FI

FARMACISTI

Elena Cattaneo MAIE
Gianfranco Rufa Lega

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

Elena Fattori M5S, Biologa
Laura Garavini PD, Assistente sociale
Barbara Guidolin M5S, Operatore socio sanitario
Raffaella Fiormaria Marin Lega, Psicologa

La Fnomceo incontra i parlamentari medici. Anelli: "Lavoriamo insieme"



FILIPPO ANELLI
Presidente della Fnomceo

NELLA SALA DEL COMITATO CENTRALE della Fnomceo, il 18 aprile scorso, l'Esecutivo della Federazione ha incontrato i parlamentari medici provenienti da tutti gli schieramenti politici. Senatori e deputati presenti che hanno presentato la loro testimonianza del loro percorso professionale. **"Questo nostro incontro di oggi è il primo di una lunga serie** - ha affermato il Presidente della Fnomceo, **Filippo Anelli,** aprendo i lavori -. Vogliamo chiedere al Governo che verrà di cambiare la Legge 502 del 92, la riforma del Sistema Sanitario che ha conferito eccessivi poteri ai Direttori Generali, privilegiando gli obiettivi di bilancio rispetto a quelli di salute.

Vogliamo chiedergli maggiori attenzioni per il disagio dei medici, costretti a lavorare in condizioni non sicure, con turni massacranti, senza potersi fermare per essere sostituiti dalle nuove leve quando sarà il momento. Ma dobbiamo farlo insieme a voi: solo se riusciamo a guardare

all'interno della professione senza autoreferenzialità saremo in grado di capire come costruire un Servizio Sanitario Nazionale sostenibile. Oggi, con chiunque io parli, viene fuori questa difficoltà, questa sfiducia, questa mancanza di speranza verso un cambiamento possibile e che sia di per sé un valore aggiunto".

Cambiamento che è invece stato auspicato dai quattordici tra deputati e senatori intervenuti, che hanno le idee ben chiare su come realizzarlo: portando dentro la politica i valori etici della professione, la propensione all'ascolto attivo, l'inclinazione a cogliere le necessità dei cittadini. Così come è importante essere uniti, al di là e al di sopra di visioni divisive che hanno reso difficile fare fronte comune per resistere alle imposizioni dall'alto.

Prossimo appuntamento a giugno, sempre presso la sede Fnomceo, che, come ha dichiarato **Anelli** **"rimane la vostra casa, la casa di tutti i medici"**.

SPECIALE VIOLENZE CONTRO I SANITARI

In Italia quasi 1.500 casi nel 2017

41	Aggressioni al 118
320	Negli ambulatori
20	Nelle case di riposo
400	Nei reparti di degenza
37	In assistenza domiciliare
456	Al pronto soccorso
72	Negli ambulatori del servizio psichiatrico di diagnosi e cura
62	In terapia Intensiva
11	Nei penitenziari

In totale sono 1.420 gli episodi di violenza ai danni di medici e di altri professionisti sanitari compiuti nel 2017 in Italia (soprattutto in Puglia, seguita da Sicilia, Sardegna, Lombardia). Numeri impressionanti. **A renderli noti è stato il presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Roma, Antonio Magi**, nell'ambito della conferenza stampa che ha segnato la sigla di un protocollo di intesa con l'Associazione Stampa Romana per una buona comunicazione della salute e della sanità.

“I problemi legati alla violenza, alle minacce, alle cause temerarie, alle fake news, all'abusivismo sono diventati trasversali all'intera società”, ha sottolineato **Antonio Magi**. “Non sono più specifici di una singola professione, quella del medico, del giornalista, ma sono legati all'organizzazione che la società si sta dando. Per rispondere a questo malessere diffuso, è fondamentale creare un meccanismo nuovo per cui l'Ordine dei Medici diventi punto d'incontro con i cittadini e con le altre professioni, per offrire un miglior servizio ai cittadini stessi. In quest'ottica, insieme a Fnomceo, **stiamo partendo con due campagne:** la prima, contro la violenza, è la ripetizione della fortunata campagna ‘Chi aggredisce un medico aggredisce se stesso’. La seconda, contro le fake news.

“I dati diffusi dall'Ordine dei Medici di Roma e dall'Associazione Stampa Romana confermano una triste escalation della violenza contro medici, giornalisti, potremmo aggiungere anche insegnanti”, ha commentato il presidente Fnomceo **Filippo Anelli**. “Cosa hanno in comune queste professioni? Di essere poste a garanzia di tre diritti fondamentali, costituzionalmente protetti: la tutela della salute, la libertà di stampa e di espressione, l'istruzione universalistica e gratuita. Sono diritti

fondamentali perché, se vengono meno, viene meno l'essenza stessa della società civile, che salvaguarda i diritti dell'individuo nell'interesse della collettività. È una società triste e al tramonto quella che, per la pretesa di una gratificazione immediata – una notizia ‘gradita’, una prestazione medica da lui ritenuta preferibile a un'altra, un buon voto – violenta i propri diritti, distrugge la propria libertà. È urgente ripartire da una nuova alleanza sociale tra medici, giornalisti, insegnanti, intellettuali, cittadini, istituzioni che, con uno scatto di orgoglio, ricostruisca sulla base di valori condivisi non solo le nostre professioni, ma la stessa società civile”, ha concluso Anelli. **“Istituire un Osservatorio** per monitorare con puntualità tutti gli episodi di aggressioni al personale del servizio sanitario”. È questa una delle proposte che arrivano dall'Ordine dei medici di Roma per mettere in campo le più efficaci misure di prevenzione e contrasto a un fenomeno che nell'ultimo anno ha fatto oltre 100 di questi episodi nel Lazio che hanno avuto come teatro soprattutto Pronto soccorso, medici della continuità assistenziale, servizi psichiatrici. Tra le

altre proposte dell'Omceo Roma, l'istituzione di programmi di formazione del personale impegnato in prima linea, protocolli operativi con le Aziende sanitarie e ospedaliere di Roma e provincia, coordinamento forte con le forze dell'Ordine e la Prefettura. “È un programma ad ampio spettro che abbiamo presentato e condiviso con i direttori generali delle Asl territoriali di Roma e provincia e quelli dei grandi ospedali pubblici. Abbiamo proposto una serie di interventi da realizzare insieme al management e ai medici e a tutto il personale. Vogliamo procedere in modo pragmatico e partecipato perché in questo campo un modello unico è improponibile. Ognuno dei settori più esposti, tipo pronto soccorso o guardia medica notturna o spdc, necessita infatti di misure di sicurezza specifiche”, ha spiegato il presidente dell'Ordine **Antonio Magi** il 7 maggio scorso in occasione dell'incontro con i direttori generali delle Asl di Roma e provincia e quelli dei grandi ospedali pubblici a cui ha partecipato anche l'assessore alla sanità **Alessio D'Amato**.

Al via i lavori per un Tavolo permanente tra Fnomceo e sindacati

“LA REVISIONE DELLE RACCOMANDAZIONI ministeriali sulla sicurezza degli operatori sanitari, che risalgono ormai al 2007 e che non sono mai state pienamente applicate. L'emanazione di disposizioni sulle buone pratiche per i Direttori Generali delle aziende e degli enti del servizio Sanitario Nazionale: non lasciare i medici da soli nei presidi di Guardia medica, prevedere accompagnatori nelle visite a domicilio, formare gli operatori a prevedere e disinnescare un'escalation di violenza”. **Sono solo alcune delle idee**, proposte concrete, programmi di azione messi sul tavolo nella riunione della Fnomceo con i sindacati medici, sul tema della violenza contro gli operatori sanitari a fine marzo. Ancora: “Lo sfruttamento le previsioni legislative della Legge Gelli sul risk management per fare in modo che raccomandazioni e disposizioni siano uniformemente applicate. L'istituzione di una Commissione parlamentare sulla violenza contro gli operatori sanitari, da cui scaturisca una proposta di Legge per equiparare il reato, in tutti i casi, a quello di violenza a pubblico ufficiale, rendendolo sempre perseguibile d'ufficio e non su querela di parte. Infine, una comunicazione efficace verso la popolazione, tramite spot della Pubblicità Progresso, per far comprendere che ‘chi aggredisce un medico aggredisce se stesso’”. **Al tavolo Fnomceo si sono alternate oggi le voci delle sigle sindacali della medicina convenzionata** – presenti Cisl-medici, Fimmg, Smi, Snam, Sumai) e di quella ospedaliera (Arooi, Anaa-As-somed, Anpo-Ascoti-Fials medici, Cgil-medici, Cimo-Asmd, Cimop, Fvm, Uil medici, Sigm, Sindacato nazionale radiologi), che hanno dibattuto problemi e possibili soluzioni insieme al presidente della Fnomceo Filippo Anelli, al vicepresidente Giovanni Leoni, al Segretario Roberto Monaco, alla Coordinatrice Area Strategica Professione Maria Erminia Bottiglieri. **Tre sono infatti le Aree di lavoro all'interno dell'Osservatorio ministeriale: il Territorio, l'Ospedale, la Sanità Veterinaria**, ognuna con le sue peculiarità. Ma se diverse sono le problematiche, tutti i rappresentanti sindacali si sono trovati d'accordo su un punto: è il defianziamento del Servizio Sanitario Nazionale il principale fattore di rischio per le aggressioni contro gli operatori sanitari. **La maggior parte delle aggressioni, dicono i dati, è scatenata da una prestazione negata**, a cui il paziente pretende di avere diritto, ma che, per legge o anche per mancanza di risorse, non gli può essere erogata. Inoltre il blocco del turnover, la carenza di personale, gli orari massacranti, la carenza di fondi da destinare alla messa in sicurezza delle sedi sono tutti fattori che mettono a rischio la sicurezza dei professionisti della sanità. **È stato dunque istituito un Tavolo di Consultazione permanente sulla Professione tra la Fnomceo e i sindacati medici**. Prossimo step, che coinvolgerà anche le associazioni di cittadini, la predisposizione di un questionario. Obiettivo: la prevenzione delle aggressioni, il monitoraggio su scala nazionale di rischi, eventi sentinella, margini di intervento, e la loro gestione secondo le linee guida del risk management.





SPECIALE VIOLENZE CONTRO I SANITARI

IL PRESIDENTE OMCEO DI
FERRARA SCRIVE A
MATTARELLA

**“Invece dei corsi
Ecm di autodifesa,
si vigili sulle
strutture dove
lavorano i medici”**

Medici a scuola di autodifesa

La gestione della violenza diventa
tematica Ecm di interesse nazionale

QUALI SONO I SEGNALI che preannunciano un'escalation di violenza? E come disinnescare la rabbia dell'interlocutore prima che sfoci in un'aggressione fisica? Che cosa si intende per 'mentalità difensiva'? Saper riconoscere i campanelli di allarme di una violenza imminente, per poterla prevenire ed evitare, è la principale tecnica di autodifesa, prima ancora delle mosse per divincolarsi o mettere a terra l'aggressore, materia base di tutti i corsi.

La novità è che, ad apprendere, saranno ora i medici e gli altri professionisti sanitari, soprattutto quelli che lavorano in condizioni di rischio: guardia medica, pronto soccorso, visite domiciliari, sanità veterinaria.

La **Fnomceo** insieme a tutti i sindacati medici, aveva chiesto nella prima riunione del Tavolo di Consultazione permanente sulla professione, più formazione su questi argomenti. Ora, dall'**Agenas**, l'Agenzia Nazionale per i Sistemi sanitari regionali, l'Ente che si occupa dell'Educazione Continua in Medicina, arriva una prima, concreta, risposta: la gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti degli operatori sanitari è stata inclusa, con una delibera approvata il 5 aprile scorso, tra le tematiche di interesse nazionale del sistema Ecm.

Si potranno dunque organizzare corsi accreditati sulla gestione del rischio, a tutti i livelli, dall'epidemiologia del fenomeno, alla prevenzione del rischio secondo i sistemi di risk management, alle tecniche psicologiche per disinnescare l'aggressività e mettersi in salvo. Non solo: i corsi su queste materie avranno maggior valore in termini di crediti: dove per un corso normalmente si acquisisce un credito l'ora, i professionisti che vorranno aggiornarsi sulla prevenzione della violenza saranno premiati con 1,3 crediti orari.

“La violenza contro gli operatori sanitari è una vera e propria emergenza di sanità pubblica – ha commentato il presidente della **Fnomceo** Filippo Anelli, che della Commissione nazionale Ecm istituita in seno ad **Agenas** è, di diritto, vicepresidente –. I dati che le Organizzazioni sindacali dell'Ospedale, del Territorio, della Sanità Veterinaria hanno portato al Tavolo Fnomceo confermano sostanzialmente quanto già sapevamo: ogni giorno tre professionisti della sanità sono vittime di aggressioni, e due di loro sono donne. Dobbiamo metterci nelle condizioni di difenderci, di prevenire la violenza. Occorrono interventi strutturali, occorre più formazione. Oggi come oggi solo psichiatri e psicologi sono opportunamente formati sulle tecniche di dissuasione e neutralizzazione: noi vogliamo che tutti i nostri colleghi e le nostre colleghe siano messe nelle condizioni di difendersi, anche se la prima tutela deve essere l'abbattimento del rischio”.

Al presidente dell'Ordine dei medici di Ferrara **Bruno Di Lascio** la decisione di promuovere corsi di autodifesa per medici e sanitari non piace. E lo ha scritto direttamente al Capo dello Stato con una lettera inviata il 30 aprile scorso.

Ecco cosa ha scritto Di Lascio al capo dello Stato: “Ill.mo Signor Presidente, consapevole di ben altre e più assillanti preoccupazioni che La investono, nella ricorrenza del 1° maggio, mi rivolgo a Lei come unico riferimento del nostro Paese. Le aggressioni ripetute, fino all'assassinio, del personale sanitario ed in specie al personale medico, ritengo non possano più essere relegate a mere notizie di stampa. Gli art.1 e 32 della nostra Costituzione rappresentano un elemento fondante del nostro vivere civile. Ebbene, lo Stato non riuscendo a garantire la sicurezza sul lavoro dei professionisti sanitari, in primis i Medici, dispone che si possano organizzare a tal fine dei corsi (ovviamente a pagamento) di difesa personale, addirittura inseriti nel percorso della formazione professionale, prevedendo oltretutto l'attribuzione di più crediti formativi in caso di partecipazione a tali “eventi” che, presumo, con la crescita culturale professionale nulla abbiano a che vedere.

Signor Presidente, qualora i Colleghi e soprattutto le Colleghe più giovani non si “formassero” in tale materia, sarebbero “penalizzati” sul piano formativo? Di più, la partecipazione a tali corsi rappresenterebbe un titolo di “merito” per accedere alle attività tipo Guardia Medica o Medico di P.S. o Medico del 118?

Signor Presidente, non sarebbe possibile prevedere, ad esempio, l'allocatione dei Colleghi in o presso strutture vigilate? Signor Presidente, abbiamo necessità e indispensabilità, io in primis, di accrescere il nostro bagaglio culturale per poter garantire sempre di più e meglio il rispetto del dettato dell'art.32 della Costituzione, ma desideriamo farlo in SICUREZZA e in SERENITÀ.

Mi scusi Signor Presidente dell'amarrezza e dello sfogo, ma non è possibile continuare a tacere per l'amore e il rispetto della nostra Professione, dei nostri Colleghi/e tra cui ci sono figli e nipoti. Grazie Signor Presidente per la pazienza, per l'attenzione e soprattutto per quanto potrà fare”.

Bari. Caserma dei Carabinieri dentro al Policlinico

La postazione sarà pronta per settembre. È la prima volta in Italia che si impianta una stazione dei Carabinieri all'interno di un ospedale pubblico



“OGGI È UNA GIORNATA IMPORTANTE.

La stazione dei Carabinieri del quartiere Picone, che era in un appartamento assolutamente inidoneo all'uso, si sposterà all'interno del Policlinico. La Regione Puglia, attraverso fondi europei e azienda Policlinico, è riuscita a mettere a disposizione del Governo centrale le somme necessarie per alloggiare dignitosamente la nuova caserma. Questo avrà maggiore impatto sulla percezione della sicurezza, essendo più visibile. L'accesso alla caserma è indipendente dall'ingresso dell'ospedale quindi chi vuole può entrare autonomamente. Con la presenza dei Carabinieri e della Polizia di Stato, che ha già una sede nel pronto soccorso, il Policlinico diventa più sicuro, aumentando la sinergia con il resto della città, perché la nuova caserma è a disposizione dell'intero quartiere”.

Così il presidente della Regione Puglia Michele Emiliano il 10 maggio scorso in occasione della posa della prima pietra della nuova stazione dell'Arma dei Carabinieri Bari-Picone che sorgerà all'interno del Policlinico di Bari.

La postazione sarà pronta per settembre, dopo i lavori di adeguamento di uno stabile già esistente all'interno della struttura sanitaria che la direzione generale ha messo a disposizione della stazione Bari-Picone dei militari. Ciò è avvenuto dopo un iter procedurale avviato e concluso dal ministero dell'Interno e dal Comando generale dei carabinieri attraverso la Prefettura del capoluogo pugliese e il Comando provinciale carabinieri di Bari. **È la prima volta in Italia che si colloca una stazione dei Carabinieri all'interno di un ospedale pubblico.**

“

Ogni giorno tre professionisti della sanità sono vittime di aggressioni, e due di loro sono donne. Dobbiamo metterci nelle condizioni di difenderci, di prevenire la violenza

“

Oggi come oggi solo psichiatri e psicologi sono opportunamente formati sulle tecniche di dissuasione e neutralizzazione: noi vogliamo che tutti i nostri colleghi e le nostre colleghe siano messe nelle condizioni di difendersi

MEDICINA

La laurea abilitante diventa realtà

Firmato il provvedimento che norma il nuovo esame di Stato abilitante alla professione del medico chirurgo

NUOVE REGOLE PER L'ABILITAZIONE alla professione medica. Si riducono i tempi per l'ammissione all'esame di Stato – e quindi complessivamente dell'iter formativo dei futuri medici – con il tirocinio professionalizzante effettuato durante il percorso di studi e non dopo la laurea. E cambia la tipologia dei quiz che saranno somministrati, con il passaggio dall'utilizzo delle domande presenti nell'attuale archivio ai quesiti tratti dall'esperienza del cosiddetto progress test, più efficaci per valutare le conoscenze delle candidate e dei candidati.

La Ministra **Valeria Fedeli** ha firmato il nuovo **Regolamento recante gli esami di Stato di abilitazione della professione di medico-chirurgo**, molto atteso sia dal mondo accademico, in particolare da parte delle studentesse e degli studenti delle facoltà di Medicina e Chirurgia, ma anche dalla Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici. Il Regolamento, firmato il 9 maggio scorso dopo un iter che ha coinvolto Cun, Cnsu, Ministero della Salute, Crui e Conferenza dei Presidenti dei corsi di laurea in medicina, oltre che l'Ordine professionale, tiene conto delle osservazioni del Consiglio di Stato contenute nel parere emesso il 22 marzo 2018 e del riscontro fornito l'8 maggio 2018 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per gli Affari Giuridici e Legislativi. **Novità principale, l'inserimento del tirocinio trimestrale obbligatorio all'interno dei sei anni del corso di studi in Medicina e Chirurgia.** Fino ad ora il tirocinio trimestrale valido per l'idoneità all'esame di Stato poteva essere effettuato solo dopo aver conseguito la laurea. Tale tirocinio non potrà comunque essere espletato prima del quinto anno di corso e potrà essere effettuato solo in seguito al superamento di tutti gli esami fondamentali previsti nei primi quattro anni del corso di studi. Una scelta che nasce dalla volontà di uniformare il percorso italiano di formazione e abilitazione professionale dei medici a quello della maggior parte dei Paesi europei.

La prova d'esame consisterà in 200 quesiti a risposta multipla, ma con il nuovo Regolamento sono stati ridot-

ti a 50 quelli relativi alla parte "pre-clinica" della formazione del medico e sono stati portati a 150 quelli riguardanti la formazione "clinica", e quindi volti a valutare la capacità dei candidati nell'applicare le conoscenze biomediche, cliniche, deontologiche ed etiche alla pratica medica. La prova includerà anche una serie di domande riguardanti i problemi clinici afferenti alle aree della medicina e della chirurgia e relative specialità, della pediatria, dell'ostetricia e ginecologia, della diagnostica di laboratorio e strumentale e della sanità pubblica.

Prevista una fase transitoria: laureate e laureati magistrali in medicina avranno ancora due anni di tempo, dall'entrata in vigore del Regolamento, per effettuare comunque il tirocinio dopo il conseguimento della laurea.

La prima sessione dell'esame di Stato di abilitazione professionale con le nuove modalità previste dal Regolamento si svolgerà a luglio 2019. La Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia dell'Università Italiane, componente del Tavolo tecnico, da più di 10 anni stava lavorando, attraverso il modello del Progress Test, sulla verifica dell'apprendimento e sulla preparazione degli studenti alle modifiche dei quiz abilitanti. Tali esperienze sono state recepite nella norma, così come la proposta di portare il tirocinio professionalizzante all'interno del percorso di studio dei 6 anni di laurea. La neo-Presidente della Conferenza dei Presidenti, **Stefania Basili**, ha dichiarato che "l'approvazione di questo Decreto dimostra come la Conferenza sia sempre pronta a gestire, promuovere e recepire ogni innovazione favorevole agli studenti e sarà immediatamente disponibile ad adeguare i corsi alla nuova situazione".

Andrea Lenzi, Presidente dell'Associazione che coordina la Conferenza, sottolinea "questo Decreto vede nel testo, per la prima volta, riconosciuta dal legislatore la Conferenza dei Presidenti come soggetto istituzionale che collabora attivamente alla messa a punto dei test di verifica della qualità della preparazione del futuro Medico italiano. Per gli

“ Il nuovo esame di stato abbrevierà di molti mesi l'attesa della Abilitazione post-laurea includendo il tirocinio trimestrale professionalizzante nel corso di laurea e consentendo la immediata successione fra laurea e i test di abilitazione. Il tirocinio potrà essere effettuato a partire dal 5° anno (completati tutti gli esami del quarto anno previsti nell'ordinamento della sede)



Ma si può parlare effettivamente di laurea abilitante?

“In realtà ancora no anche se ora i tempi per arrivare alla professione dopo la laurea si sono drasticamente ridotti” ha affermato Roberto Stella, responsabile dell'Area strategica formazione della Fnomceo e Presidente dell'Ordine di Varese

TRE OBIETTIVI RAGGIUNTI, ma anche qualcuno mancato. Con l'inserimento del tirocinio trimestrale all'interno del corso di studi, sono stati infatti cancellati i mesi di parcheggio dei giovani dottori nel limbo dell'attesa, tra la laurea e l'esame di Stato, per l'iscrizione all'Ordine. Con l'aumento da 2 a 3 delle sessioni per l'abilitazione alla professione viene offerta una chance in più per raggiungere a stretto giro il mondo del lavoro. È stata anche avviata la revisione dei quiz. Ma, come ha spiegato in un'intervista a **Quotidiano Sanità Roberto Stella**, Presidente dell'Omceo di Varese e Responsabile area strategica Formazione della Fnomceo, se con il "Regolamento recante gli esami di Stato di abilitazione della professione di medico-chirurgo" firmato dalla Ministra Valeria Fedeli, molto del percorso di avvicinamento ai Paesi europei è stato avviato, e con grande soddisfazione, **manca quel pezzettino in più: ossia l'eliminazione definitiva dell'esame di abilitazione:** "Un obiettivo ambizioso rimasto nel cassetto, anche per difficoltà organizzative oggettive. Ma solo a quel punto potremo finalmente parlare effettivamente di laurea abilitante come, con forse troppo entusiasmo, è stato detto appena appresa la notizia della firma del decreto".

studenti in Medicina e Chirurgia, dopo ogni sessione di laurea (tre volte l'anno) ci saranno immediatamente sessioni d'esame di Stato organizzate dagli Atenei stessi, pur con un controllo nazionale. Questo consentirà una verifica di qualità omogenea, ma senza spreco di risorse e chiuderà definitivamente "l'area di parcheggio" che era rappresentata dal tempo perso dai giovani laureati fra la laurea, il tirocinio post-laurea e la sessione di esame di stato successiva".

"Erano quasi 10 anni che rincorrevo questo risultato – ha ribadito infine Lenzi. Questo Decreto realizza il sogno nostro e dei nostri ragazzi che dopo sei anni di formazione non aspettano altro che di iniziare quanto prima la straordinaria avventura della professione medica."

LEGGI GELLI

A Bari corso di aggiornamento su tecniche conciliative e metodologie del Ctu

Il corso di aggiornamento è stato organizzato da Aogoi, Sigo e Aiga. L'obiettivo è quello di aprire un dialogo con la parte giurisprudenziale per avere una più proficua collaborazione nell'applicazione della legge 24/2017

PER LA PRIMA VOLTA, l'11 maggio scorso, le porte dell'Aula magna del Tribunale di Bari si sono aperte ad un corso di aggiornamento organizzato da Sigo, Aogoi, Agui e Aiga, sul tema della conciliazione alla luce della nuova legge sulla responsabilità sanitaria. Più in particolare, il corso di aggiornamento verteva sulle **tecniche conciliative e metodologie del Ctu alla luce di quanto disposto dall'articolo 15 della legge n. 24/2017**. L'iniziativa, che ha visto la partecipazione di 250 persone tra avvocati, medici legali e ginecologi, ha ricevuto il patrocinio dell'Ordine degli avvocati di Bari, dell'Ordine dei medici di Bari, della Fondazione scuola forense barese e della Fnomceo. Tra i partecipanti il presidente Fnomceo, **Filippo Anelli**, il vicepresidente Sigo e past president nazionale Aogoi **Vito Trojano** e **Roberto Tartaro** consigliere nazionale dell'Associazione italiana giovani avvocati (Aiga). I ginecologi interessati ad essere inseriti negli elenchi dei Ctu 'ultraspecialistici' nei vari tribunali italiani hanno potuto così



ricevere un attestato di aggiornamento. Il corso ha tenuto conto, non solo di quanto previsto dalla legge sulla responsabilità medica, ma anche delle indicazioni fornite lo scorso 27 ottobre dal Consiglio superiore della magistratura ai tribunali italiani. L'obiettivo dell'iniziativa è stato inoltre quel-

lo di aprire un importante canale di dialogo tra il mondo medico e quello giurisprudenziale per realizzare una collaborazione sempre più proficua nell'applicazione delle disposizioni previste dalla legge n. 24/2017.

VIA DALL'ITALIA

Medici in fuga dalla sanità pubblica

ECCO ALCUNI DATI

Quasi quasi me ne vado

Tra il 2010 e il 2016 c'è un saldo migratorio negativo: 7.591 emigrati contro 1.554 ingressi (dati Anvur - Agenzia Nazionale di Valutazione dell'Università). Le mete preferite sono: Francia, Germania, Svezia, Danimarca, Regno Unito e Svizzera, Stati Uniti.

Vanno via dai nostri ospedali ma anche dall'Italia. Meta principale è la Gran Bretagna con il 33% di scelte, seguita dalla Svizzera con il 26%

Secondo i dati del General Medical Council, i medici italiani che prestano servizio nel Regno Unito sono più di 3.000, rappresentando l'1,1% degli iscritti nel 2014. Tra il 2014 e il 2015 sono aumentati di circa 200 unità. Ormai siamo a circa 1000 laureati o specialisti che emigrano ogni anno.

Secondo il primo Rapporto di Enpam-Eurispes sul sistema sanitario italiano (Dicembre 2017), in base ai dati forniti dalla Commissione europea, il secondo Paese per maggiore numero di medici che emigrano è la Germania, con il 19% delle scelte. Meta principale è la Gran Bretagna con il 33% di scelte, seguita dalla Svizzera con il 26%. Il dato, segnala il Rapporto, è tanto più allarmante per l'Italia in vista del futuro prossimo, ovvero da oggi al 2025, periodo per il quale si prospetta una forte quota di pensionamenti.

Secondo dati Istat, i professionisti del settore sanitario che hanno chiesto al Ministero della Salute la documentazione utile per esercitare all'estero sono passati da 396 nel 2009 a 2363 nel 2014 (+ 596%). Nel 2015 per i soli laureati in Medicina e Chirurgia, il Ministero della Salute ha rilasciato 1112 attestati di conformità e 1724 attestati di good standing.

L'Anaa, sindacato dei medici ospedalieri, ha calcolato che dei 354 mila



VENETO

BOOM DI DIMISSIONI NEGLI ULTIMI MESI

Sono soprattutto pediatri, radiologi, anestesisti e ortopedici, già difficili da trovare e di cui c'è carenza ormai cronica.

Negli ultimi mesi i medici che hanno dato le dimissioni dalle Ulss venete sono oltre una quarantina tra cui: 5 anestesisti da Verona; due radiologi da Mestre; due ortopedici (Castelfranco), una diabetologa (Castelfranco), un pediatra (Montebelluna), un anestesista, un pediatra

OMCEO ROMA

Arrivano i medici sentinella per segnalare le criticità

Saranno reclutati da un apposito bando dell'Ordine e ce ne sarà uno in ogni struttura sanitaria della provincia

UN RAPPRESENTANTE dell'Ordine dei medici in ogni struttura di Roma e della provincia: aziende sanitarie e ospedaliere, policlinici universitari, case di cure private, studi medici, ambulatori, poliambulatori, Rsa. Che sia punto di riferimento per i cittadini e per i colleghi che intenderanno segnalare direttamente all'OMCeO di Roma eventuali criticità.



ANTONIO MAGI
presidente dell'OMCeO Roma

È così che l'Ordine provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri si apre al territorio e si dota di suoi "sensori" nelle varie strutture operative della sanità, sia della Capitale che delle realtà locali, per essere più vicino e in contatto tanto con i cittadini quanto con coloro che in tali strutture svolgono la professione.

Con la pubblicazione di un apposito

NEWS

Stato Regioni: maggiori finanziamenti per i centri anti violenza sulle donne

“Bisogna tenere sempre alto il livello di attenzione sulla lotta alla violenza contro le donne e questo riparto non fa altro che confermare come sul territorio si rafforzino le politiche in tal senso” ha dichiarato il presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, **Stefano Bonaccini**. “Si tratta infatti di un parere positivo che diamo in Conferenza Stato-Regioni in merito alla ripartizione di fondi destinati per il 2018 alle politiche relative ai diritti e alle pari opportunità”. **Complessivamente le risorse per il 2018 ammontano a 20.000.000 con gli stessi criteri dello scorso anno.** Di queste il 33%, 6,6 milioni sono destinate all’istituzione di nuovi centri anti violenza e di nuove case-rifugio mentre i rimanenti 13,4 milioni sono rispettivamente suddivisi nella misura del 45% per il finanziamento dei centri anti violenza pubblici e privati già esistenti in ogni Regione, nella misura del 45% per il finanziamento delle case-rifugio pubbliche e private già esistenti in ogni Regione e nella misura del 10% per il finanziamento aggiuntivo degli interventi regionali già operativi volti ad attuare azioni di assistenza e sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli.

21 APRILE

Giornata nazionale della salute della Donna

Il ministero della Salute apre le porte per screening gratuiti e consulenze

Il Ministero della salute ha aperto le porte alla popolazione per celebrare la Giornata nazionale della salute della Donna, Istituita nel 2015 su proposta del ministro Lorenzin. Presso la sede di Viale Giorgio Ribotta il 21 aprile scorso è stato allestito il Villaggio della salute della donna dove professionisti di Società scientifiche, Associazioni, Federazioni, Università, etc. hanno offerto screening gratuiti e consulenze alla cittadinanza nonché materiali informativi.

Parallelamente alle attività che si svolte nel Villaggio sono stati avviati diversi **Tavoli di lavoro** composti da esperti della materia che hanno affrontato i temi della Giornata: la violenza sulle donne, i disturbi dell’alimentazione, la prevenzione e gli stili di vita. Gli esiti e le proposte scaturiti dalla discussione sono stati presentati in una Tavola rotonda conclusiva presieduta dal Ministro della Salute nel corso della quale le testimonianze di persone che si sono confrontate nel corso della loro vita con le tematiche oggetto della Giornata sono state intervallate da video di salute di madrine presenti alle precedenti edizioni della Giornata.

Violenza e disturbi dell’alimentazione, prevenzione e stili di vita. In questa Giornata – ha dichiarato il Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** – vogliamo ancora una volta rappresentare le problematiche di salute al femminile e la specificità di genere, temi che impattano sul quadro sanitario, sociale ed economico della società italiana nel suo complesso. Tutelare la salute femminile significa favorire la salute di un’intera famiglia e di tutta la collettività, perché le donne svolgono un’azione di health driver fondamentale. È dunque fondamentale che i responsabili politici e gestionali della sanità pubblica dedichino costante attenzione alla salute femminile”.

La 3ª giornata nazionale della salute della donna è stata anche un’occasione preziosa per diffondere le **“Linee guida nazionali per le aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne che subiscono violenza”** pubblicate in Gazzetta Ufficiale lo scorso 30 gennaio ha spiegato il Direttore generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute **Claudio D’Amario**. “Abbiamo organizzato un tavolo di lavoro sulla violenza nei luoghi di lavoro e uno sulla violenza sulle donne con disabilità con l’obiettivo di individuare azioni di prevenzione a queste sempre più numerose forme di violenza – ha spiegato – allo stesso modo questa giornata è un’occasione importante per focalizzare l’attenzione sul tema dei disturbi dell’alimentazione, con l’intento di affrontare in modo sinergico le criticità che si sono evidenziate nel tempo. Grande attenzione alla salute al femminile anche nel tavolo di lavoro su prevenzione e stili di vita che ha approfondito questi due temi cruciali per la tutela della salute della donna ad ogni età”.

La Giornata è stata celebrata in tutta Italia con iniziative di sensibilizzazione e prevenzione organizzate dalle principali associazioni, società scientifiche e istituzioni territoriali che si occupano a vario titolo della promozione della salute della donna

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Iss presenta un nuovo sistema nazionale per la stesura delle linee guida

Un manuale metodologico un sistema di valutazione, una piattaforma informatica e un sito per la pubblicazione delle linee guida messi a punto dal Centro Nazionale per l’Eccellenza Clinica la Qualità e la Sicurezza delle cure (Cnec)



PRIMIANO IANNONE
Direttore del Cnec



Il nuovo Sistema Nazionale Linee Guida-Snlg diventa l’unico punto di accesso per cittadini e operatori sanitari a linee guida di pratica clinica validate dall’Istituto, come previsto dalla legge Gelli

È STATO PRESENTATO presso l’Istituto Superiore di Sanità il nuovo Sistema Nazionale Linee Guida - Snlg che diventa l’unico punto di accesso per cittadini e operatori sanitari a linee guida di pratica clinica validate dall’Istituto, come previsto dalla Legge 24/2017 sulla responsabilità professionale.

Nel corso della presentazione il 7 maggio scorso sono state illustrate le varie sezioni del sito del Snlg, la procedura di valutazione della qualità metodologica e dei contenuti delle Linee Guida prodotte dai soggetti riconosciuti idonei dal Ministero della Salute e la **piattaforma informatica** attraverso cui questi potranno richiedere la valutazione ai fini della pubblicazione nel Snlg.

Il nuovo Snlg, sviluppato e gestito dal Centro Nazionale per l’Eccellenza Clinica la Qualità e la Sicurezza delle cure (Cnec) dell’Istituto Superiore Sanità, ha visto anche l’elaborazione di un **manuale metodologico** per lo sviluppo delle Linee Guida di pratica clinica, basato su metodologie validate e riconosciute a livello internazionale.

Il Sistema, inoltre, permette una maggiore partecipazione dei cittadini, delle associazioni di pazienti, delle società scientifiche ed altri stakeholder i quali, attraverso la suddetta piattaforma informatica, potranno esprimere i propri commenti nelle fasi di consultazione previste per lo sviluppo delle linee guida dell’Iss, riconoscendo così un ruolo sempre più attivo dei pazienti e dei cittadini nelle scelte di salute. Infine, nel sito è presente anche una sezione dedicata alle buone pratiche clinico-assistenziali relative ad aree per le quali non sono ancora disponibili linee guida validate, per fornire agli operatori sanitari riferimenti affidabili per la pratica professionale e la salute pubblica. “Questo nuovo Sistema crea una straordinaria opportunità per il Servizio Sanitario Nazionale, aumentando la

possibilità di fornire ai cittadini assistenza e cure socio-sanitarie contrassegnate da un più alto tasso di appropriatezza e aderenza ai più aggiornati standard clinici e alle evidenze scientifiche – ha affermato il presidente dell’Iss **Walter Ricciardi**. Il ruolo di garante metodologico svolto dal nostro Centro Nazionale per l’Eccellenza Clinica ci permette di stabilire anche in questo ambito un modello di governance nazionale”.

“Abbiamo lavorato con l’obiettivo di avere un sistema rigoroso e coerente – aggiunge il direttore del Cnec **Primiano Iannone** – in modo che il Sistema Nazionale Linee Guida sia lo strumento cardine per ottenere quell’allineamento di efficacia clinica, appropriatezza professionale e organizzativa, equità, sicurezza e umanizzazione delle cure che può garantire la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale e la sua tenuta rispetto alle formidabili sfide che lo attendono nel prossimo futuro”.

Le linee guida di pratica clinica sono uno strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, fra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio fra benefici ed effetti indesiderati, tenendo conto della esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili, commisurandola alle circostanze peculiari del caso concreto e condividendola, laddove possibile, con il paziente o i caregivers.

La legge n. 24/2017 ha affidato un ruolo fondamentale alle linee guida per la tutela della sicurezza e la qualità delle cure. Essa, infatti, stabilisce che gli esercenti le professioni sanitarie nell’esecuzione delle prestazioni sanitarie debbano attenersi, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate nell’Snlg, previa verifica di conformità della metodologia adottata a standard internazionalmente riconosciuti e resi pubblici da parte dell’Istituto stesso.

Roma | 28/31 ottobre - 2018

93° Congresso Nazionale **SIGO**
58° Congresso Nazionale **AOGOI**
25° Congresso Nazionale **AGUI**



Donna,
salute e
benessere:
**medicina
dell'evidenza**
e sfide future.

PRESIDENTI:

Pier Luigi Benedetti Panici
Valeria Dubini
Maria Giovanna Salerno
Pier Luigi Venturini

www.sigo.it

organizing secretariat:



Via Sassonia, 30
47922 Rimini
Tel. +39 0541 305811
sigo@adriacongrex.it



SIGO
SOCIETA' ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA



Associazione Ginecologi
Universitari Italiani

Donna, salute e benessere: medicina dell'evidenza e sfide future

PIER LUIGI BENEDETTI PANICI
VALERIA DUBINI
MARIA GIOVANNA SALERNO
PIER LUIGI VENTURINI

Donna, salute e benessere tre parole che delineano uno degli elementi cardine del buon funzionamento di una società e richiamano il nostro ruolo di grande responsabilità come medici della donna.



ACCOMPAGNIAMO LA DONNA nei vari passaggi della vita, dall'adolescenza alla terza età, e siamo al suo fianco nei percorsi di cura, guarigione e prevenzione. La sosteniamo nelle scelte difficili e in quelle possibili, assistendo ai cambiamenti che l'età comporta, sia in termini di salute riproduttiva che in quelli di benessere in senso lato.

In questa edizione congressuale cercheremo quindi di affrontare i grandi temi della salute femminile alla luce di queste premesse, puntando soprattutto sul valore della 'scelta condivisa', sull' 'appropriatezza' e la 'personalizzazione delle cure'.

Ogni argomento verrà affrontato da un punto di vista sociale e sanitario, territoriale e ospedaliero, ben consapevoli che non c'è una di queste componenti che possa fare a meno dell'altra, sia per la sostenibilità del nostro Sistema sanitario sia, soprattutto, per un'offerta di salute che risponda a criteri di qualità e competenza.

Medicina dell'evidenza e sfide future. Vogliamo che in questa occasione le nostre Società scientifiche offrano anche un ampio spazio alla formazione, in modo da trasferire nella pratica clinica le informazioni "evidence based" più aggiornate e da affinare le nostre competenze e abilità professionali.

Last but not least: lo spazio ai giovani, anche con riconoscimenti che consentano a coloro che invieranno gli abstract più meritevoli di poter presentare la loro relazione nelle nostre aule. Insomma la nostra ambizione è quella di offrire ai tanti nostri colleghi un convegno dove i grandi temi che coinvolgono la società, l'etica, le istituzioni e la centralità delle donne possano intrecciarsi tra loro così da offrire un mosaico composito delle migliori opportunità di salute.

Un convegno in continuità con i precedenti e con uno sguardo rivolto al futuro.

Augurandoci che questa impostazione possa incontrare l'interesse di tutti i professionisti che ruotano intorno all'ampio arcipelago ostetrico-ginecologico,

Vi aspettiamo numerosi a Roma 2018.

di ASSUNTA CASORELLI*, NANDO SCARPELLI^o, MAURIZIO SILVESTRI^{oo}

* S.C. Ostetricia e Ginecologia Presidio Ospedaliero di Spoleto

^o SSD Oncoematologia Area Nord USL 2 Umbria Presidio Ospedaliero di Spoleto

^{oo} S.C. Ostetricia e Ginecologia Presidio Ospedaliero di Spoleto, Direttivo Nazionale AOGOI

L'anemia è un importante fattore di rischio di morbilità sia per la madre che per il feto. La sua incidenza in gravidanza varia dal 22% nei paesi sviluppati al 56% nei paesi in via di sviluppo. L'elevata prevalenza di questa condizione anche nei paesi occidentali, che interessa circa il 41.8% delle gravidanze, ne fa un Global Health Problem.

È quindi importante diagnosticarla con i test diagnostici e curarla con i trattamenti efficaci di cui disponiamo. Il Tavolo Tecnico dell'Agenas sulle Linee d'indirizzo per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza pone 10 raccomandazioni, 5 delle quali riguardano la prevenzione dell'anemia prenatale

ANEMIA IN GRAVIDANZA

UN PROBLEMA SANITARIO GLOBALE

INTRODUZIONE

Il Tavolo Tecnico dell'Agenas sulle Linee d'indirizzo clinico organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza (luglio 2017) si è posto come obiettivo generale di realizzare uno strumento di supporto decisionale in alcuni ambiti organizzativi e clinico assistenziali del percorso nascita. La finalità è ridurre la probabilità che accadano esiti avversi prevenibili e aumentare la sicurezza delle persone assistite nelle strutture sanitarie. È stato prodotto un documento di linee d'indirizzo, strutturate in quesiti clinico-organizzativi cui viene risposto con raccomandazioni basate su Lg evidence-based. I quesiti riguardano cinque condizioni: Emorragia del Post Partum (EPP), Sepsis, Iper-tensione, Influenza e Obesità. Nella condizione "Emorragia post partum" il quesito n. 1 "Come identificare le donne a rischio di EPP durante la gravidanza e al momento del ricovero" pone 10 raccomandazioni, 5 delle quali riguardano la prevenzione dell'anemia prenatale.

ANEMIA ED EMORRAGIA POST PARTUM

I dati disponibili sul ruolo dell'anemia, quale fattore di rischio per EPP, sono controversi e basati su prove poco robuste, ma il suo ruolo quale fattore di rischio per atonia uterina e trasfusioni materne è riconosciuto.

Un'analisi secondaria di un trial clinico randomizzato sull'uso di diversi dosaggi di ossitocina per la prevenzione dell'atonia uterina dopo il parto vaginale, tramite un modello di regressione logistica, ha individuato l'anemia tra i fattori di rischio per atonia uterina (OR: 2,46, IC 95%: 0,92-6,56) (Wetta 2013). Uno studio retrospettivo condotto in Israele, che prende in esame oltre 75.000 cartelle cliniche di donne che hanno partorito tra il 2005 e il 2012, ha riscontrato un rischio più elevato di taglio cesareo (OR: 1,30, IC 95%: 1,13-1,49, $p < 0,001$), trasfusione materna dopo il parto (OR: 5,48, IC 95%: 4,57-6,58; $p < 0,001$) e minore indice di Apgar (Apgar 5 < 7: OR: 2,21, IC 95%: 1,84-2,64; $p < 0,001$), nelle donne con una concentrazione emoglobinica inferiore a 11 g/dl nel terzo trimestre, ma non ha evidenziato un aumento del rischio di EPP nelle donne anemiche (Drukker 2015).

ANEMIA IN GRAVIDANZA

L'incidenza dell'anemia in gravidanza, che varia dal 22% nei paesi sviluppati al 56% nei paesi in via di sviluppo (Rahman 2016), ne fa un Global Health Problem. È quindi importante diagnosticarla e curarla poiché disponiamo di test diagnostici e trattamenti efficaci (Oms 2008).

Durante la gravidanza si ha una fisiologica riduzione del valore emoglobinico che è espressione di un incremento discrepante tra il volume plasmatico, il cui aumento è valutabile nel 50%, e l'aumento della massa eritrocitaria valutabile nel 25%. Tale condizione era conosciuta già nel medioevo con il termine *plethora gravidarum*.

I valori di emoglobina che definiscono l'anemia sono controversi e variano in funzione dell'età gestazionale. **L'Organizzazione mondiale della sanità** la definisce come un valore dell'emoglobina <11g/dl o un valore dell'ematocrito

Anemia. L'obiettivo OMS per il 2025

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità l'anemia è una condizione nella quale il numero dei globuli rossi o la loro capacità di trasportare ossigeno è insufficiente a soddisfare le esigenze fisiologiche, che variano in funzione di età, sesso, altitudine, fumo e stato di gravidanza. La carenza di ferro è la causa più comune di anemia a livello globale, anche se altre condizioni, come la carenza di folati, vitamina B12 e

vitamina A, l'infiammazione cronica, le infezioni parassitarie e le malattie ereditarie, possono determinare l'anemia. Nella sua forma grave, è associata a stanchezza, debolezza, vertigini, sonnolenza ed insufficienza cardiaca. Le gravide e bambini sono particolarmente vulnerabili. L'Oms vuole raggiungere entro il 2025 l'obiettivo di ridurre del 50% il numero delle donne con anemia che si trovano in età riproduttiva.

<33% a prescindere dal periodo di gravidanza definendo, nel contempo, come anemia grave un valore dell'emoglobina <7g/dl ed anemia molto severa un valore <4g/dl.

Il Center for Disease Control and Prevention definisce l'anemia in gravidanza con un valore di Hb <11g/dl o un ematocrito <33% durante il 1° e 3° trimestre ed una emoglobina <10,5g/dl o Ht <32% nel corso del 2° trimestre.

Per l'Acog si definisce anemia in gravidanza il riscontro di valori di Hb o Hct inferiori al 50 percentile rispetto alla popolazione sana e definito come inferiore a 11 g/dl o 33% rispettivamente nel primo trimestre, a 10,5 g/dl o 32% rispettivamente nel secondo trimestre e a 11 g/dl o 33% rispettivamente nel terzo trimestre.

Nel Regno Unito viene considerato normale per le donne in gravidanza un valore maggiore o uguale a 11 g/dl nel I trimestre e a 10,5 g/dl nel II e III trimestre. Esiste un rischio aumentato di esiti neonatali sfavorevoli associati a valori di emoglobina molto bassi (<8,5 g/dl) RCOG 2015.

L'anemia è un importante fattore di rischio di morbilità sia per la madre che per il feto. Bambini nati da madri ferro carenti dimostrano un ritardo nell'apprendimento e nella memoria, che può persistere nella vita adulta. Sempre nell'ambito delle condizioni carenziali il deficit di Acido Folico non solo è responsabile di uno stato di anemia ma è correlato con un aumentata incidenza di anomalie del tubo neurale. Infine, uno stato carenziale materno di vitamina B12 (cobalamina), incide anch'esso sulla crescita e sviluppo associandosi ad un aumentato rischio di bassa massa magra ed incremento dell'adiposità, aumentata resistenza all'insulina ed alterato sviluppo neuronale. La gravidanza risulta a rischio aumentato di preeclampsia, *abrutio placentae* ed emorragia post partum.

Anche per l'aumentato fabbisogno di ferro che caratterizza la gravidanza, rende la sideropenia la causa più comune di anemia in questo periodo (più del 70%) anche se le emoglobinopatie ereditarie costituiscono una causa di crescente rilievo.

LA CARENZA DI FERRO

La sideropenia rappresenta la carenza alimentare più diffusa al mondo, presente sia nei paesi in via di sviluppo che in quelli industrializzati. Interessa il 25% della popolazione del pianeta, circa 2 miliardi di persone ne sono affette (Oms). È un problema di genere: in età fertile le donne sono circa 10 volte più soggette a svilupparla, mentre attorno ai 55 anni si raggiunge la parità fra i sessi. La necessità di ferro durante la gravidanza, che diminuisce nel I trimestre per l'amenorrea gravidica e la scarsa richiesta da parte del prodotto del concepimento del minerale, aumenta nel II e III trimestre con un massimo dopo 30 settimane.

I principali motivi per cui si può instaurare una carenza di ferro sono:

- Emodiluzione fisiologica: nel corso della gravidanza, per far fronte alle aumentate esigenze metaboliche della gravida e del feto, il volume del plasma materno cresce progressivamente fino al 40-60% mentre la massa eritrocitaria aumenta fino al 20%. L'emodiluzione si verifica maggiormente fra 6 e 24 settimane di gravidanza ed è proporzionale al peso fetale.
- Aumentata richiesta metabolica: alle esigenze metaboliche della gravida si sommano le richieste fetali.
- Aumentato fabbisogno di sostanze non sempre coperto dalla dieta.
- Gravidanza gemellare e plurima.
- Gravidanza a distanza di meno di 2 anni dalla precedente.
- Placenta previa.
- Tiroidite.
- Ipotiroidismo.

Al depauperamento delle riserve materne in gravidanza contribuiscono: 350-400 mg di Fe che passano nei depositi fetali, 150 mg che si accumulano nella placenta, 175 mg che vanno perduti con la normale emorragia da parto. Queste richieste tendono ad aumentare gradualmente da 0,8 mg al giorno durante il primo trimestre a 7,5 mg al giorno nel terzo trimestre.



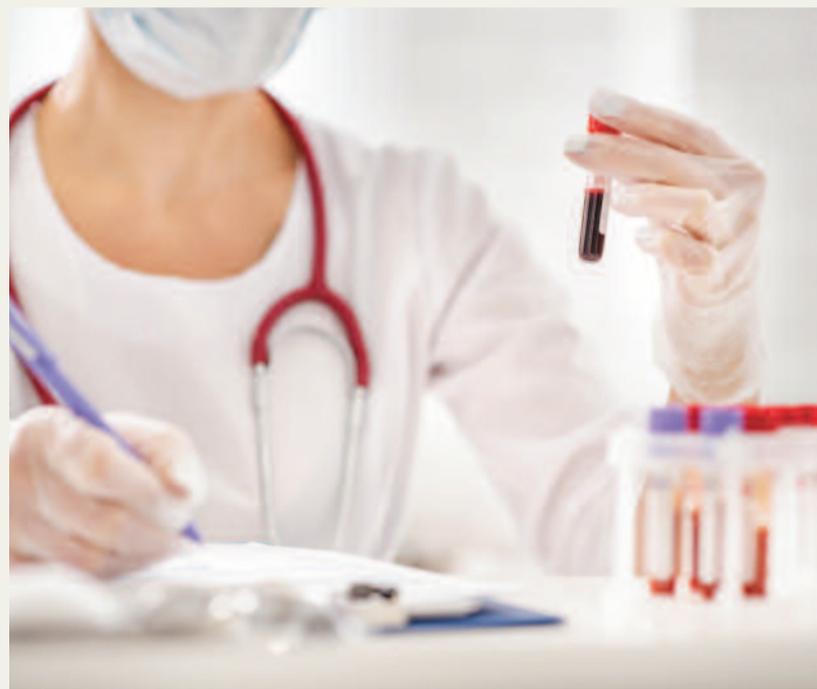
Ogni anno nel mondo oltre 300.000 bambini nascono affetti da Talassemia o Falcemia e la gestione di tali condizioni richiede l'intervento coordinato del ginecologo e dell'ematologo per le sue implicazioni durante la gestazione ed il parto

Le 6 raccomandazioni 'nazionali' per prevenire l'anemia in gravidanza

Ecco quanto prevedono le linee guida del Sngl-Iss "Emorragia del post partum: come prevenirla, come curarla" in accordo con le Linee guida "Gravidanza fisiologica" del Sngl-Iss e le Linee d'indirizzo clinico organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza del Tavolo tecnico Agenas

1 Si raccomanda di offrire alle donne in gravidanza lo screening dell'anemia. Gli esami devono essere effettuati precocemente al primo appuntamento; successivamente devono essere ripetuti a 28 settimane, per disporre di un tempo adeguato per il trattamento se necessario, e a 33-37 settimane. **Raccomandazione forte, con prove di qualità bassa**

2 Si raccomanda di indagare i casi di livelli di emoglobina inferiore al normale per l'epoca di gravidanza (<11g/dl nel primo trimestre, e <10,5 g/dl oltre 28 settimane +0 giorni); in caso di anemia sideropenica la supplementazione di ferro per via orale è il trattamento di prima scelta. **Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel.**



L'allegato 10 B del Supplemento ordinario n. 15 (pubblicato nella G.U. del 18-3-2017), che indica le prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica escluse dalla partecipazione al costo, include: l'emocromo all'inizio della gravidanza (possibilmente nel primo trimestre entro 13 settimane+6 gg e comunque al primo controllo) e nel terzo trimestre: (da 28 settimane + oggi, a 32 settimane + 6 gg) e da 33 settimane + 0 gg a 37 settimane + 6 gg.

3 Si raccomanda di offrire a tutte le donne informazioni su come migliorare l'assunzione di ferro con l'alimentazione e sui fattori che interferiscono con l'assorbimento del ferro.

Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel.

La prima regola per prevenire l'anemia è una corretta alimentazione, rappresentata da una dieta che preveda l'apporto di tutti gli alimenti e in particolare di quelli più ricchi di ferro nella forma più biodisponibile. Nel nostro organismo sono presenti complessivamente 4-5 grammi di ferro, minerale indispensabile con un fabbisogno quotidiano molto piccolo, nell'ordine dei microgrammi. Lo introduciamo attraverso il cibo. Di

solito la quantità di ferro presente nella nostra dieta è appena sufficiente a compensare le perdite fisiologiche quotidiane che sono nell'ordine di 0,8 mg per l'uomo e 1,4 mg per la donna in età fertile.

Negli alimenti è presente in due forme con differente biodisponibilità: ferro eme e non eme. Il ferro eme, legato principalmente ad emoglobina e mioglobina, è contenuto soprattutto nella carne e nel pesce; ha una biodisponibilità del 25% che non dipende dalla composizione della dieta. Il ferro non eme è contenuto negli alimenti vegetali. Ha una biodisponibilità del 2-13% che dipende dalla composizione della dieta (calcio, fibre, fitati e polifenoli ne limitano l'assorbimento, mentre acido ascorbico, carne e pesce ne potenziano l'assorbimento). Nella nostra dieta il ferro deriva soprattutto da alimenti vegetali (verdura e ortaggi 40%, cereali e derivati 30%, carne e pesce 30%) quindi è assunto in gran parte nella forma non eme. L'assorbimento del minerale avviene a livello della mucosa del duodeno e della prima parte del digiuno, dove gli enterociti svolgono anche una funzione regolatrice (trasporto attivo). L'individuo sano assorbe solo il 10-20% del ferro contenuto nella dieta, mentre in condizioni di sideropenia l'assorbimento del minerale può

Segue

Le 6 raccomandazioni 'nazionali' per prevenire l'anemia in gravidanza

raggiungere anche l'80% di quello contenuto negli alimenti ingeriti. Questo fenomeno è definito "intelligenza della mucosa nell'assorbimento del ferro" ed è regolato soprattutto da una proteina sintetizzata dal fegato: l'epcidina. Una volta assorbito il ferro viene captato dalla transferrina, proteina plasmatica con il compito di legare il ferro e trasportarlo agli organi bersaglio, soprattutto al midollo osseo. Il minerale in eccesso viene depositato nelle cellule sotto due forme: principalmente ferritina, ed in misura molto minore, emosiderina.

4 Si raccomanda di assicurare il counselling e i test in grado di identificare le portatrici di emoglobinopatie (anemia falciforme e talassemia) in epoca preconcezionale a tutte le donne che non li hanno ricevuti in precedenza.

Raccomandazione forte, con prove di qualità bassa

5 Si raccomanda di offrire informazioni e screening delle emoglobinopatie (anemia falciforme e talassemia) alla prima visita (idealmente entro 10 settimane) a tutte le donne che non li hanno ricevuti in precedenza.

Raccomandazione forte, con prove di qualità bassa.

6 Si raccomanda di offrire tempestivamente anche al partner counselling e screening se la donna è identificata come portatrice di una emoglobinopatia.

Raccomandazione forte, con prove di qualità bassa

L'allegato 10 A del Supplemento ordinario n. 15 (pubblicato nella G.U. del 18-3-2017) che indica le prestazioni specialistiche per la donna escluse dalla partecipazione al costo in funzione preconcezionale include: **Emocromo ed emoglobine:** dosaggio frazioni (HbA₂, HbF, Hb Anomale) Prestazioni specialistiche per l'uomo. In caso di donna (partner) eterozigote per emoglobinopatie Emocromo: - Emoglobine: Dosaggio frazioni (hba₂, hbf, Hb Anomale).

L'allegato 10 B del Supplemento ordinario n. 15 (pubblicato nella G.U. del 18-3-2017), che indica le prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica escluse dalla partecipazione al costo, include: all'inizio della gravidanza, possibilmente nel primo trimestre (entro 13 settimane+6 gg.), e comunque al primo controllo: Emoglobine. Dosaggio frazioni (HbA₂, HbF, Hb Anomale) qualora non eseguito in funzione preconcezionale.

Provengono dai depositi materni 350-400 mg di Fe presenti nel feto a termine, dopo rapido attraversamento placentare legati a proteine, con un meccanismo di trasporto attivo simile a quello dell'assorbimento intestinale; infatti la sideremia fetale si mantiene elevata anche in caso di grave sideropenia materna. Il passaggio materno-fetale è massimo nel terzo trimestre di gravidanza quanto più rapido è lo sviluppo fetale.

L'assorbimento medio giornaliero di ferro nella dieta occidentale è valutabile tra 1 e 5 mg al giorno. Da tale discrepanza, tra richieste ed assorbimento, ne deriva che la sola dieta standard non è in grado di far fronte alle aumentate necessità con conseguente ricorso alle riserve materne, spesso carenti e la conseguente possibile insorgenza di una anemia ferrocarenziale.

Da tali presupposti derivano le indicazioni di Center for Disease Control and Prevention (CDC), American Dietetic Association, American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) e OMS, di somministrare 30-60 mg di ferro elementare/die per le donne in gravidanza e di 15 mg/die per le donne in allattamento.

L'obiettivo è raggiungere nuovamente la condizione di normalità, ovvero i 12 grammi di emoglobina/dl, e di ripristinare i depositi di ferro dell'organismo (300 milligrammi circa nelle donne). La validità della terapia è monitorata con il dosaggio dell'emoglobina, della ferritinemia e la transferrina saturata.

La valutazione dell'emoglobina, la percentuale di saturazione della transferrina e della ferritina plasmatica, sono in generale parametri adeguati alla valutazione dello stato marziale nella maggior parte delle donne in gravidanza ma è la combinazione della presenza di anemia e di un valore di ferritinemia < a 10 ng/ml che risultano diagnostici per una condizione di anemia sideropenica.

Dopo 3-4 settimane di trattamento inizia ad aumentare l'emoglobina. La terapia marziale dovrà continuare fino a raggiungere una concentrazione di ferritina sierica superiore a 50 ng/ml, oppure empiricamente per 4 - 6 mesi poiché con il miglioramento dell'anemia si riduce l'assorbimento attivo del ferro a livello intestinale.

Da un punto di vista pratico, in caso di anemia e mancata risposta a una supplementazione di ferro di almeno 30 giorni, il **dosaggio della ferritina** è il test più sensibile e specifico per valutare l'entità delle riserve di ferro e stabilirne la natura sideropenica (con un valore soglia di 10 ng/ml, la sensibilità è del 90%) La supplementazione del ferro *per os* è il trattamento di prima scelta per curare l'anemia e ristabilire le riserve marziali (RCOG 2015). È economico, sicuro ed efficace. La dose giornaliera raccomandata varia da 60 mg/die a 120 mg/die di solfato ferroso, in relazione alla gravità dell'anemia (Raccomandazione Oms), somministrata lontano dai pasti poiché i sali di ferro vengono assorbiti di meno se legati agli alimenti.

La terapia può essere limitata da effetti collaterali gastrointestinali (pirosi, dolori addominali, nausea, costipazione e feci di colore scuro) che può attenuarsi iniziando il trattamento con piccole dosi quotidiane, aumentandole progressivamente fino ad ottenere la quantità prescritta, oppure raggiungere il dosaggio con più somministrazioni al giorno.

Il trattamento marziale endovena è indicato quando la somministrazione per via orale sia insufficiente o scarsamente tollerata. Questa modalità di trattamento può determinare nello 0.2 - 3 % reazioni anafilattiche anche ad esito letale. Per questo l'Aifa ha emanato una nota concordata Ema nel 2014 (**vedi box a pag. 24**). La somministrazione intramuscolare è stata abbandonata.

LE EMOGLOBINOPATIE

Le emoglobinopatie, sia nella loro manifestazione di emoglobinopenia (riduzione nella quantità di catene proteiche costituenti la molecola tetramerica dell'emoglobina) sia nella sua forma di emoglobinopatia (relativa ad una variazione delle caratteristiche delle proteine dell'emoglobina), rappresentano un problema viepiù in aumento.

Ogni anno nel mondo oltre 300.000 bambini nascono con quadri di Talassemia o Falcemia e la gestione di tali condizioni richiede l'intervento coordinato del ginecologo, del neonatologo e dell'ematologo per le sue implicazioni durante la gestazione ed il parto.

Relativamente alle condizioni di **anemia falciforme**, espressione di una mutazione della catena beta dell'emoglobina in cui si ha una sostituzione alla posizione 6 della catena emoglobinica beta, di un Acido glutammico con l'aminoacido valina, essa è responsabile di crisi vaso occlusive ed altre complicanze in corso di gravidanza quali ad esempio un' aumentata incidenza di preeclampsia, eventi tromboembolici, *abruptio placentae*, ritardo di crescita intrauterina, basso peso alla nascita ed infezioni post-partum. La aumentata frequenza di crisi vaso occlusive, particolarmente nella seconda metà della gravidanza, probabilmente rappresentano la conseguenza di un aumento delle richieste metaboliche, aumentata stasi venosa e di uno stato protrombotico fisiologico della gravidanza. In conseguenza delle aumentate complicazioni le donne gravide affette da falcemia richiedono un attento monitoraggio.

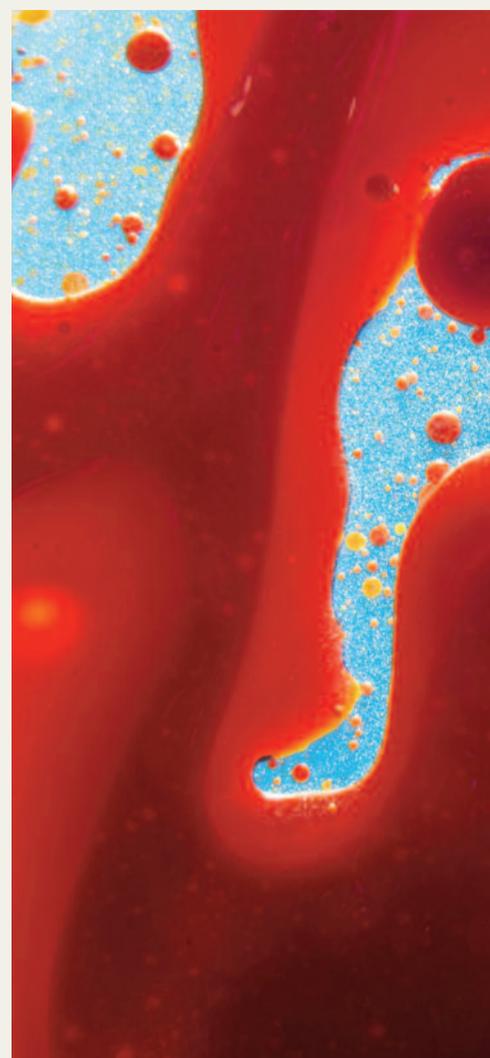
Un attento monitoraggio laboratoristico con dosaggio dell'emoglobina, dell'acido folico, della conta reticulocitaria, dell'assetto marziale, dovrebbe essere parte della valutazione di condizioni carenziali e controllate regolarmente nel corso della gravidanza.

Nelle coppie in cui entrambi i partner sono portatori è possibile la diagnosi prenatale mediante biopsia dei villi coriali.

Relativamente ai quadri talassemici, le donne gravide che hanno una con-

“

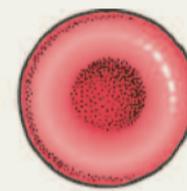
I medicinali contenenti ferro per via IV non devono essere usati durante la gravidanza, se non assolutamente necessario. Il trattamento dovrebbe essere limitato al 2° o al 3° trimestre, se si ritiene che i benefici superino chiaramente i possibili rischi sia per la madre che per il feto. I rischi per il feto possono essere gravi e includono anossia e sofferenza fetale



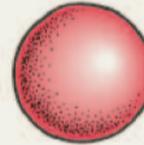
L'anemia fal

In Italia, l'anemia falciforme e le anemie talassemiche sono le emoglobinopatie più diffuse, ereditabili per via autosomica recessiva (Snlg Iss 2011). L'epidemiologia storica di queste emoglobinopatie è radicalmente cambiata, i portatori sani sono presenti in tutto il mondo e si registra un numero di nascite maggiore sia nelle aree non endemiche di immigrazione nell'Europa settentrionale che nei paesi mediterranei endemici. Si ritiene che a causare questo aumento di incidenza in aree non endemiche sia, non solo il crescente numero di immigrati e di matrimoni endogamici, ma anche il fatto che la prevenzione primaria, spesso disponibile nei paesi di origine, non sia stata adeguatamente introdotta nei sistemi sanitari di molti paesi non endemici di immigrazione (Giordano 2014). **Una revisione sistematica di ventuno studi** (n=26.349 donne con anemia falciforme; n=26.151.746 donne senza anemia falciforme) ha osservato in gravidanze in donne con anemia falciforme, rispetto alle donne senza malattia, un aumentato rischio di mortalità materna (rischio relativo, RR: 5,98; IC 95%: 1,94-18,44), oltre che preeclampsia, natimortalità, parto pretermine e nati piccoli per età gestazionale (Oteng-Ntim 2015).

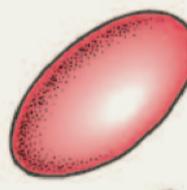
Le alfa talassemie, comuni negli individui di originari del sud-est asiatico, possono anche colpire persone di origine africana o mediterranea. Le alfa talassemie sono il risultato della delezione di uno o più dei quattro geni responsabili della sintesi dell'alfa globina. I neonati con delezione di tutti e



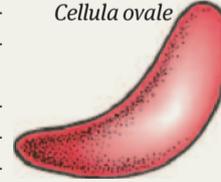
Cellula normale



Cellula sferica



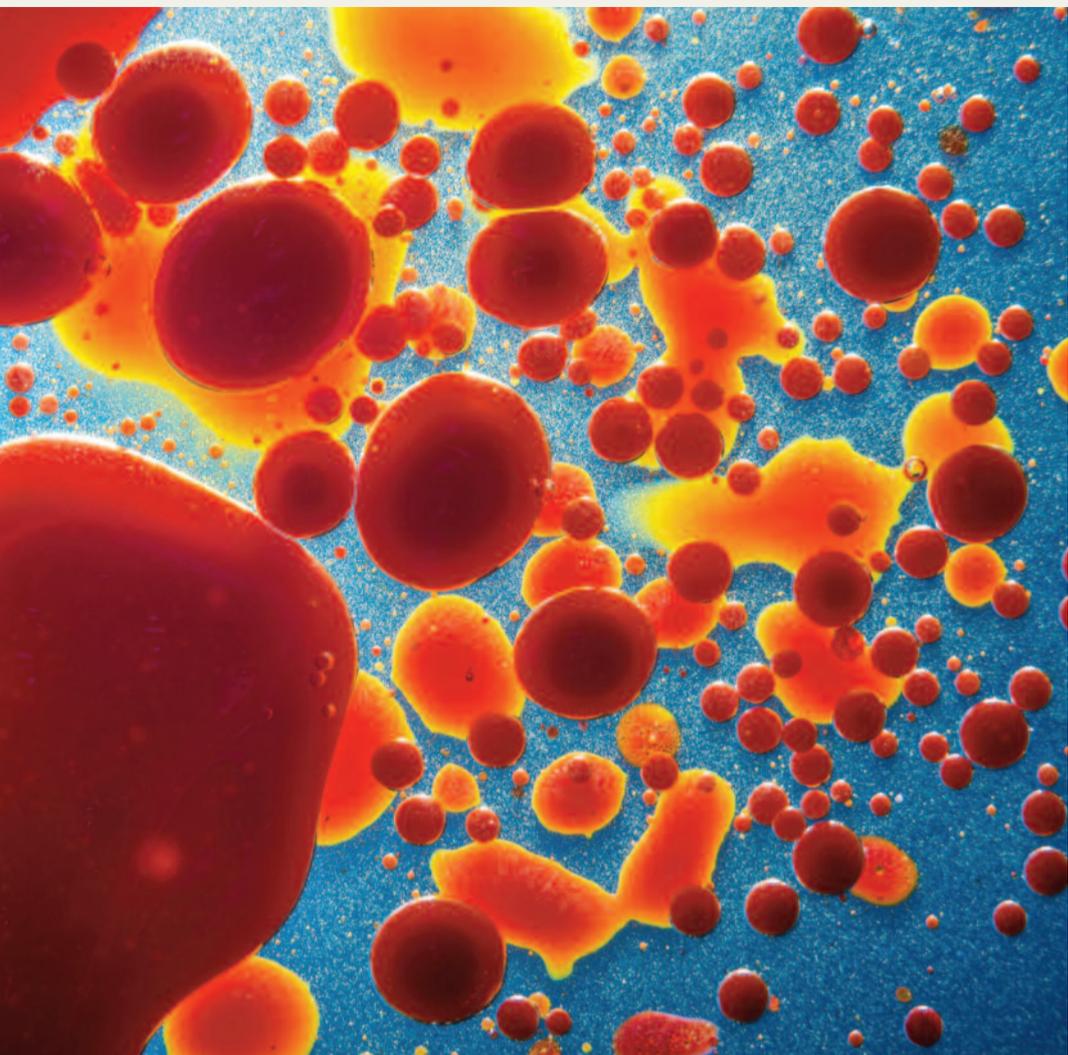
Cellula ovale



Cellula falciforme

“

La sideropenia è un problema di genere: in età fertile le donne sono circa 10 volte più soggette a svilupparla, mentre attorno ai 55 anni si raggiunge la parità fra i sessi



dizione di beta talassemia minor o una alfa talassemia presentano, ambedue, un fenotipo clinico relativamente benigno. Analogamente a quanto sopra riportato, relativamente alle condizioni di falcemia, le donne gravide affette da talassemia richiedono un attento monitoraggio in corso di gravidanza con una attenta valutazione per la presenza di concomitanti condizioni carenziali marziali e/o di acido folico. Si dovrebbe nel contempo procedere anche ad una valutazione per eventuali condizioni di sovraccarico marziale conseguenza dell'aumentato assorbimento intestinale, delle frequenti possibili trasfusioni e rapido turnover del ferro plasmatico. Non vi sono comunque specifiche indicazioni terapeutiche se non quella di integrazione con acido folico e terapia ferrocchelante se compare un evidente sovraccarico marziale.

LA DIAGNOSI LABORATORISTICA

La diagnosi laboratoristica di una anemia da carenza di ferro in corso di gravidanza può essere particolarmente difficile a causa dei cambiamenti della fisiologia materna che impattano sui parametri biochimici che definiscono uno stato carenziale. Il solo parametro del valore emoglobinico non può essere utilizzato come unico dato nel definire uno stato di anemia sideropenica vista la estrema variabilità del valore emoglobinico che raggiunge il suo nadir intorno a 24/32 settimane di gestazione e della estrema variabilità fisiologica dei parametri biochimici dell'assetto marziale. Ciononostante la valutazione della ferritina, la quale riflette le riserve corporee totali di ferro ed in cui la ferrocarenza è l'unica condizione associata ad una riduzione dei valori della ferritinemia, è il parametro che, singolarmente, ha la maggiore sensibilità e specificità per la diagnosi. Infatti una ferritinemia di 10 ng/ml o meno ha un 92% di sensibilità ed un 98% di specificità per la diagnosi di uno stato di carenza di ferro. La ferritina, pertanto, è il marker più sensibile e specifico per diagnosticare uno stato ferrocarenziale superiore alla valutazione della sideremia, della saturazione della transferina o del valore della protoporfirina. Nel contempo, in assenza di comorbilità attive, un valore di ferritina >100ng/ml indicano adeguate riserve marziali ed una conseguente bassa probabilità che la sideropenia sia causa dell'anemia. Altri parametri quali MCV eritrocitario può risentire di contemporanee condizioni carenziali (es. sideropenia e/o Ac. Folico o vitamina B12) i cui effetti, di microcitosi l'uno e macrocitosi i secondi, tendono ad elidersi re-

Segue

ciforme e le anemie talassemiche

quattro i geni sviluppano idrope fetale secondaria ad anemia grave e muoiono prima della nascita o subito dopo. Le madri di questi neonati sono a rischio di tossiemia durante la gravidanza, di parto operativo e di emorragia post partum (Snlg lss 2011).

ALTRE ANEMIE CARENZIALI: IL RUOLO DELL'ACIDO FOLICO

Precedentemente all'introduzione del trattamento con Acido Folico per la prevenzione dei difetti di sviluppo del tubo neurale, la carenza di Acido Folico era la seconda causa di anemia in gravidanza giustificando il 95% delle anemie megaloblastiche riscontrate. Il fabbisogno giornaliero di acido folico in una donna oscilla tra i 50 e 100 mcg/die, richieste che tendono ad aumentare a 150mcg/die in corso di gravidanza quale conseguenza di una espansione della massa eritrocitaria materna e di un incremento della richiesta fetale dovuta alla proliferazione cellulare. La prevalenza di uno stato carenziale di acido folico varia dal 1% al 50% tendendo ad essere più elevata nelle fasce sociali economicamente più povere. Sia il Folato che la cobalamina sono ambedue coinvolte nel metabolismo del tetraidrofolato, elemento essenziale per la sintesi del DNA dei tessuti sia materni che fetali. Il folato della dieta è assorbito a livello del digiuno e condizioni di ipoalimentazione, di malassorbimento intestinale e/o aumentate richieste dipendenti dalla crescita fetale, possono essere responsabili dell'insorgenza di uno stato carenziale di folato.

La vitamina B12 (cobalamina), presente prevalentemente nelle proteine animali ed assimilata a livello dell'ileo terminale, gode di meccanismi di assorbimento del tutto peculiari e specifici. La proteina R (haptocorrina) secreta dalle ghiandole salivari lega la cobalamina a livello gastrico permettendone il trasporto sino al duodeno dove, le proteasi pancreatiche, degradano la proteina R permettendo alla cobalamina di legarsi al fattore intrinseco prodotto dalle cellule parietali gastriche. Il complesso che così viene a formarsi, tra cobalamina e fattore intrinseco, si lega a recettori del fattore intrinseco presenti a livello della mucosa ileale permettendone l'assorbimento. Da tale sofisticato meccanismo ne consegue che condizioni che incidono sulla produzione del fattore intrinseco quali: gastriti atrofiche, inibitori della pompa protonica o condizioni di malassorbimento, rappresentano i presupposti per l'insorgenza di uno stato carenziale andando ad interferire nelle varie fasi del meccanismo di assorbimento della cobalamina.

Una condizione del tutto peculiare nelle anemie carenziali si ha come conseguenza della chirurgia bariatrica, interventi eseguiti essenzialmente quale opzione terapeutica nelle gravi obesità. Tale procedura ha subito un incremento tanto che si calcola che negli Stati Uniti tra il 1998 ed il 2005 vi sia stato un aumento dell'800% nella fascia di età tra i 18 e 45 anni, con un 83% delle procedure eseguite nelle donne (28). In uno studio retrospettivo l'ane-



Per le donne in gravidanza è consigliata la somministrazione di 30-60 mg di ferro elementare/die e di 15 mg/die per le donne in allattamento. È quanto suggeriscono Center for Disease Control and Prevention, American Dietetic Association, American College of Obstetrics and Gynecology e Oms

mia era presente nel 17% dei soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica e la ferrocarenza ne giustificava il 15% dei casi, la carenza di vitamina B12 l'11% ed un deficit di acido folico il 12%. In conseguenza delle ampie riserve corporee uno stato carenziale di cobalamina in corso di gravidanza è meno frequente rispetto alla presenza di una carenza di acido folico. Nonostante ciò l'aumento delle donne gravide sottoposte a chirurgia bariatrica tende a far sì che un numero sempre maggiore di loro vada incontro ad uno stato carenziale di cobalamina. La presenza di una carenza di acido folico o cobalamina determina un quadro di anemia caratteristicamente macrocitica. Ciononostante uno stato carenziale in corso di gravidanza, generalmente non si associa a macrocitosi, essendo questa nella gran parte dei casi compensata dalla contemporanea presenza di una carenza di ferro. Comunque un 2% e 5% delle donne gravide con anemia normocitica hanno una lieve-media megaloblastosi midollare che regredisce alla somministrazione di acido folico.

Concentrazioni sieriche di acido folico < 2ng/ml sono diagnostiche per la presenza di uno stato carenziale mentre valori >4ng/ml tendono ad escluderlo. Livelli compresi tra i 2ng/ml e 4ng/ml rappresentano valori borderline che non escludono con certezza la presenza di uno stato carenziale. Mentre il dosaggio del folato sierico risente della recente assunzione orale e/o dell'introito dietetico ed è più estesamente disponibile quale test diagnostico, il do-

saggio del folato intra eritrocitario risente meno od affatto di condizioni contingenti alimentari ma è più difficilmente disponibile quale test di routine, e viene generalmente riservato alla valutazione di condizioni carenziali borderline. In relazione alla cobalamina essa circola legata a due proteine di trasporto la Haptocorrina e la transcobalamina. In assenza di uno stato gravidico un dosaggio di cobalamina <200pg/ml è diagnostico per la presenza di uno stato carenziale mentre valori >300pg/ml vengono considerati nella norma e valori compresi tra i due precedenti non escludono la presenza di uno stato carenziale. La presenza, comunque, di bassi livelli di cobalamina in corso di gravidanza non necessariamente sono espressione di uno stato carenziale dal momento che il dosaggio dei metaboliti omocisteina ed acido metilmalonico risultano sostanzialmente sovrapponibili nelle donne gravide con carenza e nelle donne gravide in assenza di carenza a testimonianza del fatto che il riscontro di bassi livelli sierici può non corrispondere alla presenza di uno stato carenziale tissutale. Una riduzione "fisiologica" della cobalamina in corso di gravidanza è presente sino al 20% delle donne gravide e le indagini laboratoristiche di routine non permettono una distinzione da un reale stato carenziale. L'Olotranscobalamina, la forma biologicamente attiva legata alla transcobalamina, non risente dello stato gravidico ed è stata proposta come marker per la valutazione dello stato carenziale. Essa comunque non è disponibile quale tecnica per l'uso clinico.

SEGUE

ciprocamente o della stessa macrocitosi fisiologica presente in corso di gravidanza. La sideremia, espressione del ferro legato alla sua proteina di trasporto (transferrina) presenta variazioni diurne con incrementi al mattino e riduzioni la sera ed è fortemente influenzato dai pasti. Il valore della Transferrina e del Total Iron Binding Capacity (TIBC) sono espressione delle proteine che trasportano ferro e della loro capacità di trasporto che tendono ad aumentare in condizione di ferrocarenza ma che risentono, nel contempo, di condizioni infiammatorie coesistenti, di infezioni croniche, di neoplasie, di patologie epatiche, di sindrome nefrotica o malnutrizione che ne possono ridurre il valore mentre la gravidanza può di per se aumentare il valore della TIBC anche in assenza di uno stato carenziale. La saturazione della Transferrina plasmatica, che rappresenta la percentuale di proteina di trasporto del ferro (transferrina) legata al ferro indica, se inferiore al 15%, una inadeguata assunzione di ferro od un intrappolamento del ferro a livello macrofagico espressione di un quadro infiammatorio (Anemia da disordine cronico). In ultimo il recettore solubile della transferrina, frammento troncato del recettore di membrana della transferrina la cui sintesi è aumentata in corso di ferro carenza, pur non essendo influenzato dalla contemporanea presenza di quadri infiammatori risente di una bassa sensibilità (86%) e specificità (75%) che ne limita il suo utilizzo quale parametro affidabile nella diagnosi di ferro carenza.

LA NOTA AIFA

Ferro: ridurre il rischio di reazioni gravi di ipersensibilità

I MEDICINALI CONTENENTI FERRO per via intravenosa (IV) non devono essere usati durante la gravidanza, se non assolutamente necessario. È una delle indicazioni contenute nella nota informativa importante su medicinali contenenti ferro che l'Agenzia italiana del farmaco ha emanato nell'ottobre 2013 in accordo con l'Agenzia europea dei medicinali (Ema)

TUTTI I MEDICINALI CONTENENTI FERRO per via IV possono causare gravi reazioni da ipersensibilità potenzialmente fatali. Tali reazioni si possono verificare anche quando una precedente somministrazione è stata tollerata (compresa una dose di prova negativa, vedere di seguito). Sulla base dei dati attualmente disponibili, i benefici di tutti i medicinali contenenti ferro per via intravenosa continuano a superare i rischi, a condizione che ci si attenga alle seguenti raccomandazioni.

- **I medicinali contenenti ferro per via IV non devono essere usati in soggetti con ipersensibilità al principio attivo**, al medicinale stesso o ad uno qualsiasi dei suoi eccipienti, e nei soggetti con ipersensibilità grave ad altri medicinali contenenti ferro per via parenterale.
- **Il rischio di ipersensibilità è maggiore nelle persone con allergie note** (incluse le allergie ai farmaci) e nei soggetti con patologie infiammatorie o del sistema immunitario (per es. lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide), così come nei soggetti con anamnesi di asma grave, eczema o altra allergia atopica. In questi casi i medicinali contenenti ferro per via IV devono essere usati solo se si ritiene che il beneficio superi chiaramente il possibile rischio.
- **Per minimizzare i rischi**, i medicinali contenenti ferro per via IV devono essere somministrati

secondo la posologia e il metodo di somministrazione descritti nelle informazioni sul prodotto di ogni singolo medicinale.

- **I medicinali contenenti ferro per via IV** devono essere somministrati solo quando sia immediatamente disponibile personale qualificato, in grado di valutare e gestire reazioni anafilattiche/anafilattoidi, e apparecchiature di rianimazione.
- **Tutti i medici che prescrivono questi medicinali devono informare** i soggetti del rischio di ipersensibilità prima di ogni somministrazione. Le persone assistite devono essere informati dei sintomi correlati e deve essere loro richiesto di contattare con urgenza il medico in caso di reazione.
- **I soggetti devono essere strettamente monitorati** per la comparsa di eventuali segni di ipersensibilità durante e per almeno 30 minuti dopo ogni somministrazione di un medicinale contenente ferro per via IV.
- **I medicinali contenenti ferro per via IV non devono essere usati durante la gravidanza**, se non assolutamente necessario. Il trattamento dovrebbe essere limitato al 2° o al 3° trimestre, se si ritiene che i benefici superino chiaramente i possibili rischi sia per la madre che per il feto. I rischi per il feto possono essere gravi e includono anossia e sofferenza fetale.



Ferro. Cibi e consigli



LA CARNE ROSSA non è così ricca di ferro come una certa iconografia vorrebbe, rispetto alle carni bianche e al pesce. Per quanto riguarda le carni bianche, infatti, se si consumano i tagli più ricchi di tessuto muscolare come la coscia, la sovra-coscia o, il fuso, il quantitativo di ferro (1,5-2 mg/100 g) si avvicina, se non equipara, al contenuto di ferro delle carni rosse (circa 2,5 mg/100 g). La carne di rana, con i suoi 6 mg/100 g e quella di cavallo con circa 4 mg/100 mg sono tra le carni più ricche insieme con le frattaglie (la milza di bovino ne contiene addirittura 42 mg/100 g!). La biodisponibilità del ferro è comunque in genere più elevata quando venga assunta, con la carne, frutta ricca di acido ascorbico (vitamina C) o verdura condita con limone.

I LEGUMI SONO RICCHI IN FERRO MA ANCHE IN FITATI. Con un contenuto di ferro tra i 5 e i 9 mg/100g, questi alimenti sono ricchi di potenti inibitori dell'assorbimento del ferro che hanno un effetto chelante, cioè di "sequestro" nei confronti di microelementi come ferro, rame e zinco. Questi "antinutrienti" sono diminuiti dalla pratica dell'ammollo che deve avvenire con acqua tiepida e leggermente acidificata (aggiungendo del succo di limone) e dalla cottura che dovrà procedere, previa sostituzione dell'acqua di ammollo, con acqua nuova. La pasta con i ceci, le lenticchie con la carne e i fagioli al curry con l'abbinamento del tipo di carne preferita sono una giusta combinazione per un'ottima assunzione di ferro.

VERDURE. Il ferro non eme, presente nelle verdure, è favorito dall'assunzione di vitamina C all'interno dello stesso pasto (l'assorbimento aumenta fino a 2-3 volte). Con l'aiuto della vitamina C, gli ioni del ferro sono trasformati, per reazione chimica, in una forma assorbibile. Si consiglia quindi di condire le verdure con qualche goccia di limone o consumarle contemporaneamente ad alimenti ricchi di vitamina C.

IN GENERALE, L'ASSORBIMENTO DEL FERRO è influenzato positivamente da tutti gli alimenti che, stimolando le secrezioni dello stomaco, contribuiscono a mantenere elevata l'acidità dell'ambiente digestivo, poiché i succhi gastrici facilitano la dissociazione degli ioni del ferro dal resto del cibo (dissociazione che è peraltro favorita dalla cottura). Può essere consigliabile, in tal senso, l'uso delle **ERBE AROMATICHE** (capaci di stimolare le secrezioni gastriche) che, oltre ad insaporire carne e pesce e a essere particolarmente ricche di ferro, ci permettono appunto di rendere il ferro maggiormente biodisponibile.

Una precauzione da adottare è quella di non pasteggiare con il **THE** o bere il **CAFFÈ A RIDOSSO DEI PASTI RICCHI DI FERRO** (anche a un'ora di distanza dai pasti). È scientificamente dimostrato, infatti, che queste bevande riducono l'assorbimento di ferro (del 39% per il caffè, del 64% per il the) a causa della presenza di sostanze antinutrienti come i tannini e alcuni polifenoli che, legando il ferro, non lo rendono disponibile all'assorbimento.



Per saperne di più

Tavolo tecnico AGE.NA.S. Linee d'indirizzo clinico organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza. 2017.

Guideline: Daily Iron and Folic Acid Supplementation in Pregnant Women, World Health Organization; 2012.

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1618&area=veterinariaInternazionale&menu=rapporti

Wetta LA, Szychowski JM, Seals S, Mancuso MS, Biggio JR, Tita AT. Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol. 2013

Drukker L, Hants Y, Farkash R, Ruchlemer R, Samueloff A, Grisaru-Granovsky S. Iron deficiency anemia at admission for labor and delivery is associated with an increased risk for Cesarean section and adverse maternal and neonatal outcomes. Transfusion. 2015

Rahman MM, Abe SK, Rahman MS, Kanda M, Narita S, Bilano V, Ota E, Gilmour S, Shibuya K. Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2016

Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep 1998;47(RR-3):1-29. (Level III)

ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2008

RCOG Green-top Guideline No. 47: Blood Transfusion in Obstetrics. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2015.

N. Milman, T. Bergholt, L. Eriksen et al., "Iron prophylaxis during pregnancy - How much iron is needed? A randomized dose-response study of 20-80 mg ferrous iron daily in pregnant women," Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, vol. 84, no. 3, pp. 238-247, 2005

Rasmussen K. Is there a causal relationship between iron deficiency or iron-deficiency anemia and weight at birth, length of gestation and perinatal mortality? J Nutr 2001;131:590S,601S; discussion 601S-603S.

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization; 2016

Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla. Sistema nazionale linee guida 2016.

Gravidanza fisiologica. Sistema nazionale linee guida 2010.

Fisher AL, Nemeth E. Iron homeostasis during pregnancy. Am J Clin Nutr. 2017

American College of Obstetricians and Gynecologists. Hemoglobinopathies in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 78. Obstet Gynecol 2007;109:229-37

MENOPAUSA. RICERCA CENSIS

Le donne e la menopausa. Ricominciare da cinquanta

L'82,8% delle italiane tra 45 e 65 anni pensa di essere informata. Per il 77% la menopausa non è una malattia, ma una fase fisiologica della vita. Per circa la metà coincide con la fine della fertilità. Ma il 38,5% ignora che può aumentare il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari. L'87,3% non usa farmaci per contrastarne i sintomi. Solo il 49,5% delle donne in menopausa in questa fascia di età ha rapporti sessuali regolari, contro il 74,2% di quelle non in menopausa.

L'82,8% DELLE DONNE pensa di essere informata sulla menopausa e il 77% dichiara di sapere che non è una malattia, ma una fase fisiologica. Il ginecologo è la fonte informativa principale per la menopausa per il 63,7% delle donne. Solo il 47,1% definisce la menopausa come la cessazione delle mestruazioni, solo il 44,8% sa che coincide con il termine della fertilità e solo il 35,7% che si accompagna a un calo significativo di estrogeni nel sangue. Per il 73,6% la menopausa può non comportare necessariamente disturbi e conseguenze per la salute, ma dipende dalla condizione della donna. Tra i disturbi più frequenti vengono citati le vampate di calore e le sudorazioni profuse (61,1%), l'irritabilità, l'umore instabile, l'ansia (46,8%), l'aumento di peso (44,6%), i disturbi del sonno (39,4%), le palpitazioni, la tachicardia, gli sbalzi della pressione arteriosa (37,3%), ma per il 10,7% la menopausa non comporta alcun disturbo frequente.

Questi sono i principali risultati della ricerca "Ricominciare da cinquanta. Cosa fanno e come affrontano la menopausa le donne italiane", realizzata dal Censis con il contributo non condizionato di Msd, che è stata presentata il 23 maggio scorso a Roma presso la sala Zuccari del Palazzo Giustiniani da **Ketty Vaccaro**, Responsabile dell'Area Welfare e Salute del Censis, con la moderazione di **Giuseppe Ettore**, Direttore Dipartimento Materno Infantile Arnas Garibaldi Catania. Alla Tavola rotonda successiva alla presentazione hanno partecipato **Serena Battilomo**, Direttore Ufficio Tutela della Salute della donna, dei soggetti vulnerabili e contrasto alle disuguaglianze del Ministero della Salute, **Paola Boldrini**, Senatrice della XVIII Legislatura, **Stefano Lello**, Segretario della Società Italiana di Ginecologia della Terza Età (Sigite), **Goffredo Freddi**, in rappresentanza del Presidente e Amministratore Delegato di Msd Italia, **Giovanni Scambia**, Presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), **Elsa Viora**, Presidente Aogoi.

Sul piano delle conseguenze per la salute, l'85% delle donne è consapevole del fatto che la menopausa può aumentare il rischio di sviluppare l'osteoporosi e le malattie osteoarticolari, ma molte di meno (il 61,5%) sanno che accresce il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari come l'infarto cardiaco, l'ictus cerebrale o l'ipertensione, solo il 26,5% che aumenta il rischio di contrarre tumori e il 20,3% le demenze.

Ancora resistenze e scarsa informazione sulle terapie. L'87,3% delle donne in menopausa non assume farmaci specifici per la menopausa e il



68,1% è convinto che non sia necessario farne uso. Il 48,6% non li usa perché pensa che sia una fase fisiologica e il 33,9%, pur avendoli assunti, pensa di non averne più bisogno.

La terapia ormonale sostitutiva (Tos) è conosciuta da poco più della metà delle donne intervistate (51,9%) e tra le donne in menopausa solo il 7,6% la utilizza, mentre il 6,5% ha indicato di assumere farmaci da banco, omeopatici o fitoterapici. Tuttavia, positive appaiono le indicazioni sull'efficacia delle terapie: il 67,2% delle donne che hanno assunto o assumono farmaci ha dichiarato che seguendo una terapia per la menopausa i disturbi fisici si sono ridotti, i fattori di rischio come la pressione, l'osteoporosi, il colesterolo sono sotto controllo (71,9%), e che si sentono o si sono sentite meglio psicologicamente (70,3%). In particolare, il 64,6% delle donne in terapia consiglierebbe a un'amica i farmaci che sta prendendo in questo momento.

L'impatto sulla sessualità. La percentuale di donne in menopausa che affermano di avere rapporti sessuali con una certa frequenza e regolarità è pari al 49,5% a fronte del 74,2% delle donne non ancora in menopausa. La percentuale di chi valuta la propria vita sessuale positivamente passa dal 77,3% delle donne non ancora in menopausa al 56,3% delle donne in menopausa. Tra queste ultime il 20,3% afferma di non avere più una vita sessuale.

Tuttavia, sull'impatto che la menopausa può avere sulla dimensione della sessualità le opinioni appaiono divise. Se, da una parte, il 42,5% ritiene ininfluente la menopausa sull'attività sessuale, dall'altra il 43,8% la associa a cambiamenti fisiologici (33,3%) o psicologici (10,5%) tali da ridurre il desiderio femminile, e solo il 4% pensa

che possa avere un impatto positivo. Del resto, per il 66,2% delle donne in menopausa il corpo subisce cambiamenti estetici negativi (capelli, pelle, peso) che peggiorano l'immagine di sé.

La condizione è considerata positiva dal 39,4% perché elimina il problema di gravidanze indesiderate, ma il 26,8% segnala una perdita di interesse per la sessualità, un altro terzo (29,7%) la considera l'esordio della terza età, mentre il 22,1% ritiene che le donne in menopausa vengano considerate meno attraenti da un punto di vista sessuale.

"Ciò che emerge in questo racconto femminile della menopausa oggi è una forte tendenza culturale alla normalizzazione: spogliata dei suoi tratti di drammaticità e riserbo, la menopausa non rappresenta più la porta del passaggio alla vecchiaia e a una sorta di *diminutio* sociale, ma in essa prevale la dimensione del vissuto individuale e delle sue specificità", ha detto **Ketty Vaccaro**, Responsabile dell'Area Welfare e Salute del Censis.

"Se da una parte la maggioranza nega un impatto specifico sulla vita delle donne, dall'altra non mancano i richiami a varie conseguenze negative che possono costellare la quotidianità delle donne in menopausa. Fondamentale è sviluppare una maggiore consapevolezza sul controllo dei fattori di rischio per la salute per le donne che hanno una aspettativa di vita crescente e che hanno bisogno di essere sostenute in percorsi di prevenzione efficaci, spesso oggi ancora carenti", ha affermato Vaccaro.

Giuseppe Ettore ha concluso i lavori dicendo **"Questo è solo l'inizio di quanto possiamo fare tutti insieme: le donne, i ginecologi, le Istituzioni e la politica"**



Ricominciare da cinquanta. Cosa fanno e come affrontano la menopausa le donne italiane

Viora: Diffondere la cultura presso i medici e gli operatori sanitari

Il ginecologo è la fonte informativa principale per la menopausa per il 63,7% delle donne

"Oggi la donna è sempre più disposta a parlarne con il proprio ginecologo, e non solo con qualche amica. Proprio per questo è importante che il 'medico della donna' sia pronto a cogliere questa 'apertura' per fare informazione e prevenzione delle patologie connesse alla menopausa.

A questo cambiamento culturale, ritengo abbia contribuito non poco il grande lavoro che l'Aogoi ha svolto negli anni e continua a svolgere realizzando numerose iniziative di aggiornamento, come i Corsi Fad e i Corsi regionali dedicati a questo argomento. Il Progetto Menopausa Italia (PMI), promosso dalla nostra Associazione nel 1994, è stato uno strumento importante non solo a livello di ricerca ma di

diffusione della conoscenza.

È da questa esperienza che sono nate nel 2007 le **Raccomandazioni clinico-pratiche Aogoi** per il ginecologo o il medico che si occupa di menopausa. È indispensabile conoscere per poter "accogliere" ed il ruolo del ginecologo è proprio di ascoltare per poter proporre, quando necessario, le terapie adeguate.

È altrettanto importante coinvolgere le donne, renderle consapevoli di ciò che possono fare ("empowerment"): bisogna conoscere per poter affrontare questa fase della vita nel modo migliore possibile.

LEGGE 194: I MIEI PRIMI QUARANTA ANNI

Promossa a Milano dai ginecologi di Agite, in collaborazione con il Comune di Milano, una conferenza stampa per riportare l'esperienza di medici ginecologi impegnati nei Consultori e negli ambulatori territoriali e per fare un bilancio obiettivo della Legge

A 40 ANNI DALLA APPROVAZIONE della legge 194 che ha regolamentato l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza, sottraendola alla piaga della clandestinità e riducendo ad un terzo il numero degli aborti volontari dalla sua applicazione ad oggi, Agite ha organizzato una conferenza stampa in collaborazione con la Presidenza delle Pari Opportunità e Diritti Civili del Comune di Milano.

L'iniziativa, che si è svolta a Milano il 21 maggio scorso presso la Biblioteca Sormani (Sala del Grechetto), è stata occasione per riportare l'esperienza di medici ginecologi impegnati nei Consultori e negli ambulatori territoriali e per fare un bilancio obiettivo della Legge, mettendone a nudo luci ed ombre ma sempre e comunque dalla parte delle donne.

Alla conferenza stampa sono intervenuti il Presidente Nazionale Agite **Sandro Viglino**, la Presidente della Commissione Pari Opportunità **Diana De Marchi**, l'Assessore Politiche sociali, Salute e Diritti **Pierfrancesco Majorino**, la Vice Presidente AGITE **Marina Toschi**, **Giovanni Fattorini**, Past President Agite e **Daniela Fantini** delegata Regionale Agite.

LEGGE 194 SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

40 anni ma... li dimostra

No, non è un errore di battitura.
Quarant'anni di vita la legge li dimostra tutti perché sono i dati reali a dimostrarlo



SANDRO M. VIGLINO
Presidente AGITE

MI SONO LAUREATO un anno dopo la sua approvazione e tutti i miei colleghi di quella generazione sono cresciuti professionalmente e anche umanamente avendo ben presente la valenza sociale, politica, morale e professionale che la legge 194/78, quella che ha legalizzato l'interruzione volontaria di gravidanza in Italia, ha introdotto non solo nell'ordinamento giuridico degli italiani e in quello deontologico dei medici italiani ma anche nella coscienza collettiva e in quella individuale di tutti/e coloro che avevano dovuto o che si sarebbero dovuti/e trovare di fronte al dramma dell'aborto volontario.

Il 22 maggio sono 40 anni dal giorno della sua approvazione e fiumi d'inchiostro sono stati versati in proposito: dai più entusiastici sostenitori ai più aspri detrattori. Gli anni '70 furono anni davvero straordinari e sembrano ancora più straordinari se confrontati con questi anni in cui non si riesce a partorire una legge strutturale sensata, necessaria e che raccolga il consenso di almeno la maggioranza degli italiani. Non esprimo qui un giudizio personale: non è questo che mi interessa e non è questo che interessa a chi legge. Voglio soltanto sottolineare e richiamare l'attenzione sul fatto che in pochi anni videro la luce leggi importantissime che hanno davvero cambiato il modus vivendi degli italiani, indipendentemente dall'opinione di ciascuno di essi.

Il 1° dicembre 1970 venne approvata la **legge sul divorzio**, nota anche come legge Fortuna-Baslini dal nome dei suoi estensori e proponenti: uno socialista (Fortuna) e uno liberale (Baslini). Il tutto in modo trasparente, col consenso del Parlamento, senza inciuci o accordi sottobanco. **Il 1975** vide poi due altre importanti leggi: **la 151 del 19/5** che istituì il nuovo diritto di famiglia e **la 405 del 29/7** sull'istituzione della rete dei Consultori

familiari. **Infine il 1978. Due grandi e civili leggi entrambe approvate nel mese di maggio: la 180** meglio nota come Legge Basaglia su "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" (che per la prima volta ha richiamato l'attenzione sul dramma del manicomio) e, appunto, **la 194** sulla legalizzazione dell'aborto volontario. E infine, il 23/12 (antivigilia di Natale), la legge 833 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Si dice che non si può e non si deve procedere con lo sguardo rivolto all'indietro ma se guardiamo al degrado sociale, civile e delle coscienze di questi ultimi anni forse guardare un po' all'indietro non ci farebbe male.

Ma torniamo alla 194. Nel titolo ho scritto: "40 anni ma... li dimostra": no, non è un errore di battitura. Quarant'anni di vita la legge li dimostra tutti perché sono i dati reali a dimostrarlo. Nel 1982, il primo anno in cui si è iniziato a presentare un report sulle Ivg in Italia, queste erano state 234.801; nel dicembre 2016 il report del Ministero della Salute riporta il dato di 84.926: in pratica circa un terzo rispetto ai primi anni di applicazione della legge. Il tasso di abortività (n. di Ivg per 1000 donne tra i 15 e i 49 anni) ha sempre mostrato una costante tendenza a calare: era il 16,9‰ nel 1983 e il 6,5‰ nel 2016. **Nella mia regione, la Liguria**, si è passati da 8.262 Ivg nel 1980 a 2669 nel 2016. Teniamo anche conto che in questi ultimi dieci anni è decisamente cresciuta la percentuale di donne straniere nel nostro Paese e ciononostante anche in questo caso il tasso di abortività che era del 40,7‰ nel 2003 è sceso al 15,7‰ nel 2015. Comunque, purtroppo, ancora oggi il 30% delle Ivg avviene da parte di donne straniere. Si conferma il minor ricorso all'aborto da parte delle minorenni così come in tutta l'Euro-

pa occidentale: tra di esse il tasso di abortività per il 2016 è risultato essere pari a 3,1‰, valore identico a quello del 2015, ma in diminuzione rispetto agli anni precedenti. La nota stonata sta semmai nel fatto che è **ancora molto basso il ricorso alla Ivg farmacologica rispetto a quella chirurgica**: infatti la media nazionale è del 15,7% e soltanto in alcune Regioni si registrano percentuali più alte (ad es. in Liguria dove la percentuale si aggira intorno al 40% del totale con punte che sfiorano il 70%).

Una questione ancora sul tavolo riguarda le cosiddette Ivg ripetute effettuate da donne con precedente esperienza abortiva: la percentuale è stabile intorno al 26-27%, per quanto si tratti di una percentuale più bassa rispetto a quella di altri Paesi europei. Chi ha sostenuto e ancora (per ignoranza o per malafede) sostiene che la legge avrebbe reso e rende più facile il ricorso all'aborto che cosa può dire di fronte di questi dati statistici ufficiali? Semmai chiediamoci che cosa si può fare per ridurre ulteriormente il numero totale di Ivg. E qui si apre un capitolo enorme che accenno soltanto: fino a quando nel nostro Paese non si mostrerà la volontà politica di favorire la conoscenza e il ricorso alla contraccezione, attraverso serie campagne di promozione e di educazione alla salute riproduttiva, a partire dalle scuole (dove nessuno va più ad affrontare questi temi), sarà difficile comprimere ulteriormente il ricorso all'aborto volontario. **I Governi in questi anni hanno intrapreso diverse campagne denominate Pubblicità Progresso ma mai su questi temi. In compenso sono state cancellate dalla fascia A quelle poche pillole che ancora godevano della rimborsabilità da parte del Ssn.** Non vi pare che ci sia un po' di contraddizione e di ipocrisia in tutto ciò?

Mi parrebbe anche il tempo giusto per affrontare con spirito laico la questione, ora che la Chiesa è per fortuna governata da un vero Pastore. Ed è a questo proposito che mi fa piacere riportare la posizione del Pontefice espressa circa un anno fa nella **lettera apostolica "Misericordia et misera"**, documento programmatico nel quale vengono indicate le disposizioni pastorali dopo il Giubileo, specialmente laddove afferma: "Vorrei ribadire con tutte le mie forze che l'aborto è un grave peccato. Con altrettanta forza, tuttavia, posso e devo affermare che non esiste alcun peccato che la misericordia di Dio non possa raggiungere e distruggere quando trova un cuore pentito... A tutti è offerta la possibilità di sperimentare la forza liberatrice del perdono". **L'aborto volontario non va mai banalizzato.** Non ha bisogno di fanatici che lo esaltino o di intransigenti moralisti che lo attacchino. Esso è sempre una tragedia per qualsiasi donna. È forse la peggiore forma di suicidio perché è un suicidio che la donna compie verso se stessa, verso la massima espressione della propria natura che sta nel miracolo di dare la vita ad un'altra creatura.

Ai componenti del direttivo nazionale di Agite, l'Associazione dei ginecologi territoriali e liberi professionisti che ho l'onore di presiedere, non ho mai chiesto quale sia il loro orientamento politico o se siano o meno credenti; non ci siamo mai confrontati né divisi su questi temi. Ciò che al contrario ci ha sempre unito e ci unisce è la consapevolezza che il nostro compito non è quello di giudicare ma di accompagnare, assistere, comprendere, confortare la donna che si trova ad affrontare un difficile momento della propria esistenza. E siamo consapevoli che l'aborto è il più difficile di questi momenti.

2° CORSO LABORATORIO AOGOI

Assistenza ostetrica efficace. Dagli elementi di fisiologia alle regole di sala parto

Successo per la seconda edizione del corso-laboratorio di simulazione ad alta fedeltà: una vera e propria palestra per i professionisti che quotidianamente lavorano in prima linea dentro e fuori la sala parto

SI È SVOLTO A CAVA DÈ TIRRENI (Salerno), il 3 e 4 maggio, il secondo Corso Laboratorio Aogoi progettato per aumentare l'apprendimento utilizzando metodiche di simulazione ad alta fedeltà e mediante *skills*. L'evento ha visto la presenza di un centinaio di specialisti in ostetricia-ginecologia, neonatologia ed ostetriche che hanno partecipato attivamente alla parte interattiva con elementi di fisiologia ostetrica.

Nella seconda edizione del Laboratorio Ostetrico - organizzato dal Segretario Regionale Aogoi Campania **Davide De Vita** e presieduto dal Prof. **Antonio Chiantera**, Segretario Nazionale Aogoi, e dal Direttore del Dipartimento della Donna e del Bambino ASL SA **Salvatore Ronsini** - sono stati affrontati temi molto attuali e riguardanti il parto spontaneo, l'ecografia nella simulazione delle emergenze ostetriche, trattati in maniera esemplare da docenti appartenenti al Gruppo Egeo, coadiuvati dal Professore **Tullio Ghi, Giuseppe Rizzo e Bianca Masturzo**.

Antonio Ragusa ha presentato in maniera magistrale "Le strategie efficaci per favorire il parto spontaneo", tema cardine dell'evento. Sono stati trattati, mediante scenari clinici, seguiti da debriefing il parto operativo vaginale eco assistito, il parto distocico con applicazione della ventosa, la distocia di spalle e le diverse manovre di disimpegno, l'EPP, l'applicazione del balloon e delle suture.

Tutti argomenti riguardanti la gestione del rischio clinico nei punti nascita, le linee di indirizzo per la prevenzione delle complicanze in gravidanza, il contenimento del dolore in travaglio e le modalità per ridurre i fallimenti dell'induzione al travaglio di parto.

Molto efficace ed incisiva è stata la Lettura Magistrale del Prof. **Nicola Colacurci**, presidente Agui, che ha presentato lo stato dell'arte della formazione universitaria in ostetricia. I temi sono stati presentati da ginecologi e discussi insieme ai neonatologi, ponendo le basi per una piena condivisione delle criticità emerse nell'organizzazione dei Punti Nascita e nelle proposte per modernizzarli.

Questi sono stati gli ingredienti che hanno contribuito alla realizzazione di una vera e propria sinergia tra ginecologi e neonatologi, che addizionati alla formula estremamente pratica dell'evento, hanno portato alla realizzazione di un corso pratico molto seguito e carico di contenuti. Ad aumentare il successo dell'evento è stata la numerosa partecipazione delle ostetriche, che hanno contribuito pienamente alla realizzazione di un vero progetto scientifico di equipe. Il corso, accreditato con 19 crediti Ecm, rientra pienamente nei requisiti clinico-organizzativi e gestionali richiesti dal Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Aogoi.

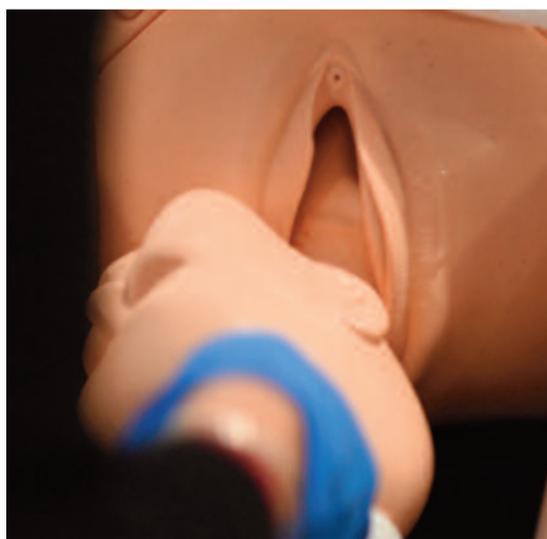
L'obiettivo è quello di prevenire e prevedere le complicanze nel corso della gravidanza, travaglio di parto, parto e post parto, delineando e definendo le condizioni con particolari fattori di rischio. Tale corso di simulazione ad alta fedeltà,



Da sinistra:
ANTONIO CHIANTERA
e **DAVIDE DE VITA**



Due immagini del
simulatore avanzato
di parto



“**Il Corso laboratorio è stato progettato per formare gli operatori che quotidianamente lavorano in sala parto, con l'obiettivo di prepararli a fronteggiare le evenienze ostetrico-neonatologiche "imprevedibili e imprevenibili" mediante la simulazione su manichini**

finalizzato all'acquisizione/miglioramento di abilità tecniche e pratiche, rappresenta uno strumento di vitale utilità per le strutture del governo clinico e del risk management aziendale al fine di contenere gli eventi avversi. Si tratta insomma di una vera e propria palestra per i professionisti che quotidianamente lavorano in prima linea dentro e fuori la sala parto.

RIUNIONE REGIONALE AOGOI CAMPANIA

Presentate le prossime iniziative regionali e nazionali all'insegna del 'fare squadra'

Al termine dei lavori congressuali della prima giornata del 2° Corso Laboratorio Ostetrico si è svolta il 3 maggio scorso la riunione Aogoi della Regione Campania presieduta dal Segretario Regionale **Davide De Vita**, con la presenza del Segretario Nazionale Prof. **Antonio Chiantera**. Presenti alla riunione, tra gli altri, i colleghi **Giovanni Gerosolima** (Avellino), **Gerardo Spaziante** (Caserta), **Maria Gabriella De Silvio** (Salerno), **Luciano Pino** (Benevento) che hanno partecipato attivamente alla parte interattiva del Corso Laboratorio contribuendo con elementi di fisiologia ostetrica, esempi pratici su simulatori mediante "tecniche skill" e scenari clinici "ad alta fedeltà".

Nel corso della riunione il Segretario nazionale Antonio Chiantera, coadiuvato da Davide De Vita, ha presentato i seguenti progetti Aogoi:

- **Il Questionario di verifica del grado di soddisfazione delle donne in sala parto in Campania**, descrivendo gli obiettivi ed esortando tutti i punti nascita della Campania a partecipare, aprendo un confronto per esprimere e sollevare interrogativi ed eventuali criticità incontrate.
- **Il prossimo Congresso Interregionale Aogoi Campania e Puglia**, in collaborazione con la Società Campano Calabro Lucana - Sccl, Agui e Agite.
- **Il prossimo Congresso Nazionale Sigo 2018**, che si terrà Roma il prossimo ottobre.
- **I prossimi congressi Sigo**, che dal 2019 al 2021, si svolgeranno a Napoli.

I colleghi sono stati invitati a proporsi come moderatori o relatori delle summenzionate iniziative scientifiche Aogoi-Sigo e a una partecipazione e collaborazione sempre più attiva alla vita associativa e a tutte le iniziative regionali. Con l'obiettivo precipuo di organizzare momenti di aggiornamento e iniziative finalizzate alla cultura del "fare squadra" nonché a creare un rapporto privilegiato con le istituzioni, sia amministrative regionali sia giudiziarie i fini di una maggiore partecipazione e conoscenza delle iniziative regionali. Con l'occasione ringrazio i colleghi che hanno partecipato attivamente alla riunione: **Scognamiglio S; Auriemma G; Elberti A; Ricco C; Esposito E; Tesoro R; Terracciano L; Morgera R; Forleo F; De Silvio MG; Sgambato A; Spaziante G, Pino L; Botta G; De Francesco G; Messina F; Silvestri M; Passaro M; Alfano G; Corbo M; Gerosolima G; Girardi N; Iannone L; Mainini G; Sciorio C; Tramontano G.**

Davide De Vita
Segretario Regionale Aogoi

MALFORMAZIONI CONGENITE



In Calabria un registro regionale a “prova” d’Europa

Accanto ai due registri storici, Registro Toscano Difetti Congeniti e Registro IMER della Regione Emilia Romagna, sono finalmente emerse interessanti realtà operative in alcune Regioni del Sud quali Puglia, Sicilia e Calabria

IL 4 MAGGIO SCORSO l’Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Malattie Rare ha organizzato il Workshop su Prevenzione e sorveglianza delle malformazioni congenite e altri esiti avversi della riproduzione; incontro realizzato nell’ambito dell’Azione Centrale Ccm, recentemente finanziata dal Ministero della Salute e coordinata dall’Iss. L’incontro mirava a rilevare lo stato dell’arte dei registri regionali delle malformazioni congenite, identificando punti di forza e necessità, anche legate a specificità regionali.

L’obiettivo è la realizzazione del Registro nazionale per avviare la sorveglianza dei difetti congeniti su tutta la popolazione del Paese, programmare e valutare azioni di sanità pubblica, quali gli interventi di prevenzione primaria, nonché fornire un essenziale supporto alla ricerca scientifica. Sono intervenuti rappresentanti del Ministero della Salute e la dr.ssa Amanda Neville, Presidente di EUROCAT, il network europeo della sorveglianza delle anomalie congenite, nonché responsabile del Registro IMER della Regione Emilia Romagna. Hanno contribuito la vasta maggioranza delle Regioni i cui referenti, identificati dagli Assessorati regionali, hanno illustrato le attività intraprese nei rispettivi territori.

Accanto ai due registri storici, Registro Toscano Difetti Congeniti e Registro IMER della Regione Emilia Romagna, soci fondatori e membri di EUROCAT sono finalmente emerse interessanti realtà operative in alcune Regioni del Sud quali Puglia, Sicilia e Calabria.

Ad esempio, in Calabria il Registro Regionale delle Malformazioni Congenite, istituito nel 2012 con decreto regionale, raccoglie i dati di tutti i punti nascita, pubblici e privati accreditati della Regione, utilizzando una piattaforma web e le linee guida di EUROCAT. Recentemente oltre alla “segnalazione attiva”, il registro provvede anche all’integrazione dei flussi informativi sanitari quali le schede di dimissione ospedaliera (Sdo), nei certificati di assistenza al parto (CeDAP), nelle interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg), nell’anagrafe regionale e nel flusso informativo delle prestazioni specialistiche, per la creazione di un unico archivio, i cui i risultati sono stati già presentati in diversi congressi, incluso e pubblicati in riviste scientifiche (XXXIX Congresso dell’Associazione Italiana di Epidemiologia”, al “13th Eurocat Scientific Symposium”, “Birth defect research 2016”, “Rapporti Istitsan 17/41”).

Questo modello di raccolta dati con integrazione di varie fonti informative, utilizzando al meglio le risorse esistenti, le esperienze dei registri “storici” e di quelli in via di attivazione, porta verso la massima copertura possibile del territorio. Per le sue caratteristiche operative il Registro della Calabria, per quanto relativamente recente, è candidabile a far parte di EUROCAT: se questo si realizzerà, rappresenterà certamente un successo della Rete nazionale.

Durante l’incontro abbiamo condiviso varie esperienze e saperi, abbiamo condiviso l’entusiasmo di vedere che nelle nostre Regioni esiste, seppure con una certa variabilità, una ricchezza che va assolutamente fatta emergere. Per ottimizzare tempi e risorse ci siamo organizzati in Gruppi di lavoro.

L’Iss fornirà supporto e competenze scientifiche e metodologiche per realizzare, attraverso i registri regionali, il Registro Nazionale e portare il nostro Paese in EUROCAT.



NEONATI E FINE VITA

Sin: “Applicare cure palliative e istituire il Perinatal Hospice”

Queste le proposte della Società italiana di Neonatologia (Sin) che nel corso del congresso nazionale ha affrontato i temi del fine vita dei neonati affetti da gravi patologie e dell’accanimento terapeutico. Argomento molto difficile sia per i medici che per le famiglie su cui è ancora aperto un dibattito sia in Italia che in Europa.



LA SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA ritiene che sia fondamentale mantenere alta l’attenzione su questo tema, sia a livello normativo sia nella prassi professionale, affinché ogni medico possa fare da un lato tutto ciò che serve per mantenere in vita il neonato e dall’altro creare le condizioni per accompagnare i genitori e la famiglia verso la fine della vita, attraverso un percorso di comfort care. Diversamente da com’è accaduto in Gran Bretagna, nel nostro Paese non è legale decidere l’interruzione della vita, né da parte della famiglia, né degli operatori sanitari. I medici sono chiamati ad effettuare tutte le pratiche di assistenza intensiva indipendentemente dalla qualità futura della vita, dalle ripercussioni di queste sui neonati e dal rapporto costi/benefici.

I neonatologi sono insieme ai ginecologi e ostetriche i primi ad essere coinvolti nelle decisioni che riguardano i bambini che passano dalla sala parto direttamente nelle Terapie Intensive Neonatali (Tin) e si trovano subito davanti alla scelta se effettuare o meno trattamenti intensivi. Allo stesso tempo, per la natura propria della professione medica, sono riluttanti ad accettare l’idea di non fare tutto il possibile per far andare avanti la vita. “Quando ciò non è possibile – spiegano i medici della Sin – e il piccolo ha la speranza di sopravvivere solo pochi giorni, è opportuno adottare le cure palliative (Comfort care), una pratica che consiste in un percorso di accompagnamento e preparazione della famiglia alla morte del neonato”.

“Dove non è possibile curare per guarire – affermano i neonatologi – è doveroso salvaguardare la qualità della vita e aiutare i familiari ad affrontare la morte del loro bambino. Per fare questo sarebbe utile istituire in ogni centro di terapia intensiva neonatale (Tin) un hospice perinatale con il compito di creare un percorso plurispecialistico che accompagni i genitori dalla diagnosi al decesso e che si avvalga di un team multispecialistico dedicato. In Italia sono ancora poche le strutture in cui è stato avviato un progetto di perinatal hospice, ma tutti i centri nascita di III livello, dov’è presente la Tin, stanno predisponendo iniziative volte a garantire il trattamento di questi piccoli pazienti”.



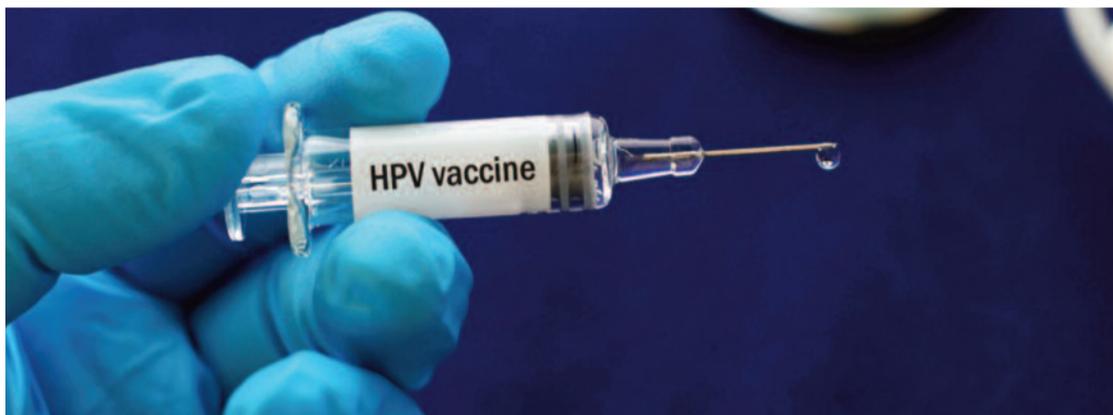
DOMENICA TARUSCIO

Direttore del Centro Nazionale Malattie Rare - Iss

HPV

Cochrane: il vaccino è sicuro ed è un vero scudo contro le lesioni precancerose della cervice uterina

L'entità dell'effetto è più evidente per le lesioni associate ai ceppi di HPV 16/18 e nelle donne che, al momento della vaccinazione, non erano già venute a contatto con il virus. Il vaccino è sicuro, non aumenta il rischio di mortalità, né di abortività



UNA REVISIONE DELLA COCHRANE ha cercato di rispondere alla domanda se la vaccinazione anti-HPV (Human Papilloma Virus) sia in grado di prevenire lo sviluppo di forme precancerose o del cancro della cervice e al prezzo di quali eventuali effetti indesiderati. A tale proposito sono stati presi in considerazione 26 studi riguardanti un totale dei 73.428 ragazze adolescenti e donne. I trial avevano valutato la sicurezza del vaccino per un periodo variabile da 0,5 a 7 anni; 10 studi con un follow-up di 3,5-8 anni avevano valutato anche la capacità protettiva del vaccino contro le forme precancerose. Non sono invece disponibili dati per il cancro della cervice. La maggior parte delle donne arruolate aveva meno di 26 anni. Tre studi hanno reclutato donne dai 25 ai 45 anni.

Gli autori della revisione hanno valutato la protezione esercitata dal vaccino contro le lesioni precancerose nei soggetti che non presentavano infezioni da ceppi HPV ad alto rischio, in quelli senza infezione da HPV16/18 o senza infezione da HPV al momento della vaccinazione. Sono state inoltre valutate le lesioni precancerose associate ad infezione da HPV16/18 e tutte le lesioni precancerose.

Protezione contro le lesioni cervicali precancerose:

- **Nelle donne senza infezione da HPV ad alto rischio:** il vaccino anti-HPV è in grado di ridurre il rischio di lesioni precancerose cervicali associate alle infezioni da HPV16/18 (da 164 a 2 donne/10 mila). Il vaccino è anche in grado di ridurre la comparsa di qualunque lesione precancerosa (da 287 a 106 donne/10 mila).
- **Nelle donne senza infezione da HPV 16/18,** l'effetto della vaccinazione anti-HPV è diverso a seconda del gruppo d'età. Nelle ragazze più giovani, il vaccino anti-HPV riduce il rischio di lesioni precancerose associate all'HPV16/18, portandolo da 113 a 6 donne/10 mila. I vaccini anti-HPV riducono il rischio di qualunque tipo di lesione precancerosa (da 231 a 95 per 10 mila). Nelle donne di oltre 25 anni, i vaccini riducono il numero di lesioni precancerose associate all'HPV da 45 a 14/10 mila.
- **In tutte le donne, con o senza infezione da HPV,** tra quelle vaccinate tra i 15 e i 26 anni, il vaccino anti-HPV riduce il rischio di lesioni precancerose associate ad infezione da HPV 16/18, da 341 a 157/10 mila e di qualunque lesione precancerosa, da 559 a 391/10 mila.



- **Nelle donne di maggior età, vaccinate tra i 25 e i 45 anni,** gli effetti del vaccino anti-HPV sulle lesioni precancerose sono più contenuti e questo può essere dovuto ad una precedente esposizione al virus HPV

Effetti indesiderati. Il rischio di eventi avversi è risultato simile nel caso dei vaccini anti-HPV e in quelli di controllo (placebo o vaccini contro altre infezioni). Anche il tasso di mortalità è simile (11/10 mila nel gruppo di controllo; 14/10 mila in quello vaccino HPV); il numero di decessi è molto basso, anche se un po' più alto tra le donne di età maggiore.

Il vaccino non aumenta il rischio di abortività; non si dispone ancora di dati sufficienti per dare una valutazione certa sul rischio di nati morti e di malformazioni congenite.

In conclusione, ci sono prove importanti che il vaccino anti-HPV sia protettivo contro le lesioni precancerose cervicali nelle ragazze adolescenti e nelle donne vaccinate tra i 15 e i 26 anni. La protezione risulta inferiore nelle donne già esposte all'infezione da HPV. È necessario un follow-up di durata maggiore per valutare appieno l'impatto della vaccinazione sul cancro della cervice. Di certo i vaccini non aumentano il rischio di effetti indesiderati gravi, né di aborto. Sono ancora scarsi i dati sull'effetto di questa vaccinazione sulla mortalità, sui nati morti e sui bambini nati con malformazioni.

L'HPV è un'infezione trasmessa per via sessuale, molto comune tra i giovani. In genere il virus viene eliminato dal sistema immunitario, ma in caso di persistenza dei ceppi ad alto rischio, questi possono causare lo sviluppo di cellule atipiche, che configurano delle lesioni cervicali precancerose quando, ad essere interessati, siano almeno i 2/3 dell'epitelio superficiale della cervice. A distanza di qualche anno, le lesioni precancerose possono trasformarsi in cancro ma non è facile prevedere chi progredirà in questa direzione e chi no.

Esistono diversi ceppi di HPV, ma alcuni, quelli cosiddetti ad alto rischio come HPV16 e HPV18, sono responsabili del 70% di tutti i casi di cancro della cervice nel mondo. Il vaccino anti-HPV induce la produzione di anticorpi protettivi contro questa infezione.

Maria Rita Montebelli

FAKE NEWS

“Una bufala ci seppellirà?” I manifesti shock della campagna Fnomceo

La Federazione nazionale promuove una campagna di sensibilizzazione dei cittadini contro le fake news in rete. L'obiettivo è quello di restituire al medico il ruolo centrale nel rapporto con il paziente rispetto al tema salute. E per farlo vengono usate immagini molto forti

“Non mi hanno vaccinato per paura dell'autismo”, “Avevo acquistato sul web un farmaco miracoloso”, “Ho curato il cancro con il bicarbonato di sodio”. Sono alcuni degli epitaffi che, sovrastati da una croce, campeggiano su altrettante lapidi nella campagna shock “Una bufala ci seppellirà?” lanciata dalla Fnomceo per combattere le bufale in tema di salute, soprattutto quelle che si diffondono tramite la rete.

“Diffidate delle bufale sul web. Chiedete sempre al medico” è l'invito che campeggia sui poster di 6 metri sugli annunci stampa che la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha ideato e messo a disposizione degli Ordini provinciali per la pianificazione in affissione sul territorio e sulla stampa locale. Sono già più di trenta gli Ordini che hanno aderito.

La campagna, presentata il 10 maggio a Roma, intende sensibilizzare l'opinione pubblica e combattere il fenomeno della diffusione delle fake news sulla salute tramite la rete. Un fenomeno preoccupante e in crescita, che mette a repentaglio la salute dei cittadini.

“Una Spoon River della salute, una campagna che in modo secco ed efficace, potremmo dire ‘lapidario’, mette in guardia dai pericoli delle false cure pubblicizzate in maniera allettante anche sul web – ha commentato il responsabile dell'Area Strategica della Comunicazione Fnomceo, Cosimo Nume.

Secondo la Ricerca Censis Assosalute 2017 sono infatti 15 milioni gli italiani che, in caso di piccoli disturbi, cercano informazioni sul web. Un atteggiamento pericoloso che è sempre più diffuso tra i



giovani: il 36,9% dei millennials usa autonomamente il web per trovare informazioni su come curare i piccoli disturbi. “Il web non è però solo foriero di cattiva informazione – ha precisato Nume –. È un nuovo strumento che può diventare fonte di empowerment per il paziente e leva di dialogo con il suo medico. Per questo la Fnomceo ha fortemente voluto il sito **dottoremaeveroche**, per mettere a disposizione dei cittadini informazioni di salute fondate sulle migliori evidenze scientifiche”.

“Abbiamo scelto una campagna shock perché vogliamo far comprendere i pericoli spesso sottovalutati cui il cittadino va incontro nel momento in cui si affida a fonti non autorevoli per decidere della propria salute. Gli Ordini dei medici sono garanti della Salute pubblica come bene per tutta la società ed hanno quindi il dovere di intervenire per informare e sensibilizzare i cittadini rispetto ad atteggiamenti che ne minano il benessere. – ha spiegato il Presidente Fnomceo **Filippo Anelli** – Il medico deve tornare al centro della relazione che il paziente ha con la propria salute. Occorre ricostruire quel rapporto di fiducia medico-paziente che è stato fortemente indebolito dall'aziendalizzazione della Sanità. Serve una sterzata decisa per riportare il diritto alla salute dei cittadini nelle mani di chi può tutelarla al meglio, nelle mani dei medici”.

A Emilio Arisi il Premio d'onore della ESC per il 2018



Al 15° Congresso della European Society of Contraception and Reproductive Health (Esc) il presidente della Smic Emilio Arisi ha ricevuto il "Premio d'onore della ESC per il 2018" per il suo costante impegno nell'ambito della contraccezione e della salute sessuale e riproduttiva in Italia nel corso degli anni

Dal 9 al 12 maggio 2018 si è tenuto a Budapest il 15° congresso della Società europea della contraccezione (ESC), dal titolo "Family planning and contraception from adolescence to menopause", con la partecipazione di quasi 2 mila ginecologi provenienti da tutte le nazioni europee e da molte nazioni extra europee, compresi Usa, India, Cina. Gli italiani erano molto numerosi, circa 150, costituendo la delegazione più numerosa dopo quella degli ungheresi padroni di casa. Alcuni di loro hanno qualificato il congresso con relazioni, comunicazioni e poster. I temi trattati sono stati di grande interesse e sono stati affrontati in più di 200 relazioni, che hanno trattato la tecnologia contraccettiva più avanzata, incluso quanto è in fase sperimentazio-

ne (chip sottocutanei, impianti di microsfere, e altro ancora), ma anche la ricerca in ambito ormonale e le problematiche della pratica quotidiana. Particolare attenzione è stata data alla evoluzione della **contraccezione ormonale e di quella intrauterina** nei loro vari aspetti, incluso il loro utilizzo nelle condizioni cliniche problematiche e nelle più diverse patologie (ipertensione, diabete, Aids, epilessia, ecc.). Ampiamente affrontata è stata anche la problematica della adolescenza con tutti i suoi risvolti, dalle **malattie sessualmente trasmesse** alle loro conseguenze, al modo di evitarle, e alla contraccezione sia ormonale che intrauterina. Alcune sessioni hanno sottolineato l'attenzione della letteratura internazionale all'utilizzo sempre più diffuso dei **LARC** (Long Acting Reversible Contraception), quali sono i sistemi intrauterini al levonorgestrel, quelli al rame, e gli impianti sottocutanei, anche e soprattutto utilizzati con l'intento di ridurre le gravidanze non desiderate nelle adolescenti, particolarmente problematiche in queste popolazioni che sono considerate le più fragili dal punto di vista



della salute sessuale e riproduttiva.

Alcune sessioni hanno riguardato la **contraccezione di emergenza**, evidenziandone la capacità di ridurre la probabilità di aborto, con tutti i vantaggi che si possono ricavare in termini di salute sociale e di risparmio per il servizio sanitario nazionale.

Ampio spazio è stato dato anche all'altra estremità della vita riproduttiva, cioè la **premenopausa**, trattando le metodiche contraccettive più indicate a quest'età, in cui la contraccezione si intreccia con la possibile terapia dei sintomi e dei **disturbi para-menopausali**. Ma non sono stati dimenticati nemmeno i temi della sessualità e della **educazione alla sessualità** maturamente gestita sia dagli adolescenti che

dagli adulti, **anche in condizioni di disabilità**, cui pongono particolare attenzione i paesi del Nord Europa e quelli Scandinavi.

Oltre trecento poster, gestiti in monitor ad alta tecnologia, hanno arricchito il contenuto culturale del congresso. Durante il congresso il Dottor **Emilio Arisi**, presidente della **Società medica italiana per la contraccezione** (Smic), ha ricevuto il "Premio di onore della ESC per il 2018" per il suo costante impegno nell'ambito della contraccezione e della salute sessuale e riproduttiva in Italia nel corso degli anni. Il premio è stato consegnato dalla Professoressa **Gabriele Merki**, ginecologa della università di Zurigo e presidente della **Società europea della contraccezione**, e dal Professor **Gyorgy Bartfai**, direttore della Clinica ostetrica dell'Università di Budapest e presidente del congresso.

7-9 GIUGNO 2019
HOTEL REGINA MARGHERITA, CAGLIARI
PRESIDENTE GIOVANNI MONNI



7th IAN DONALD ADVANCED COURSE OF FETAL-PERINATAL ULTRASOUND
Inter-University School of Medical Ultrasound

SEGUE DA PAGINA 16

VIA DALL'ITALIA

Medici in fuga dalla sanità pubblica

medici attivi in Italia, sino a 70 anni di età, ci siano circa 102 mila che lavorano a tempo indeterminato nelle aziende sanitarie e negli ospedali pubblici. A questi ne vanno aggiunti circa 8 mila a tempo determinato e 6.500 borsisti e libero professionisti. Si stima che da qui al 2025 usciranno per pensionamento dal pubblico ben 47.300 persone, cioè quasi la metà degli assunti. Nello stesso periodo, però, dalle scuole di specializzazione usciranno circa 40 mila professionisti, creando quindi un problema agli organici. **Per l'Italia**, secondo le stime del sindacato, **il costo della formazione per singolo medico si aggira intorno a 150.000 euro**. "In termini economici, è come se regalassimo mille Ferrari all'anno agli altri paesi europei ed extra europei. Ovviamente il danno non è solo economico. Noi perdiamo talenti, intelligenze, saperi professionali, sottratti per incuria alla sostenibilità qualitativa del nostro Ssn e più in generale allo sviluppo scientifico e culturale del nostro Paese". **Lo scenario che si prospetta nei prossimi 10 anni nel Ssn è drammatico**. Da un lato l'uscita dal sistema per pensionamento di circa 47.300 medici specialisti del Ssn, a cui aggiungere circa 8.200 tra medici universitari e specialisti ambulatoriali, e dall'altro circa 14.300 precari tra tempi determinati e contrattisti alla ricerca di una stabilizzazione definitiva del loro rapporto di lavoro. L'esodo diventa biblico se aggiungiamo anche i circa 30.000 medici di medicina generale che raggiungeranno i criteri di quiescenza nei prossimi 10 anni (Dati Enpam 2016).

SEGUE DA PAGINA 16

VENETO

BOOM DI DIMISSIONI NEGLI ULTIMI MESI

(Conegliano); nella Polesana una reumatologa, una gastroenterologa, un internista, un urologo, un ginecologo, due ortopedici, un otorino, due oculisti, due neurologhi, un anestesista e un medico del territorio; nell'Euganea tre pediatri e due ortopedici (Camposampiero), tre radiologhe (Cittadella), uno psichiatra (Sant'Antonio Padova); due ortopedici nella Berica. Ed i numeri sono destinati a crescere. **Leoni: Record 2018 per la pagina Facebook del nostro Ordine**. I medici che invece non vogliono appendere al chiodo lo stetoscopio passano al convenzionato, al privato puro oppure si aprono un ambulatorio. "Stiamo assistendo a un fenomeno nuovo, mai visto - ha affermato Giovanni Leoni, presidente dell'Ordine dei Medici di Venezia e vicepresidente Fnomceo -. Le attuali condizioni di lavoro stanno spingendo sempre più colleghi bravi e specializzati ad andarsene. Un indicatore dello stato di malessere dei colleghi ospedalieri veneti è dato dal Boom del post su Facebook per l'articolo Ospedali, medici in fuga: "Siamo pochi e sfruttati, preferiamo il privato". **"Siamo pochi e sfruttati, preferiamo il privato". La denuncia** "Se ne vanno perché non ce la fanno più - denuncia Adriano Benazzato, segretario regionale dell'Anaa (ospedalieri) in un articolo sul *Corriere del Veneto* -. Sono stremati da carichi di lavoro esagerati, da continue rinunce a riposi e ferie, dal defianziamento del Servizio sanitario nazionale, dal blocco del turnover e da

un'organizzazione inadeguata. Gli orari massacranti, la carenza di fondi per mettere in sicurezza le strutture e turni sempre più serrati rendono gli ospedali meno affidabili per chi ci lavora, ma anche per i pazienti". Insomma aumenta il rischio clinico (gli errori in corsia) e viene compromessa la correttezza delle cure. Inascoltati scioperi, incontri con governo nazionale e regionale, contestazioni, appelli, i dottori passano ai fatti. E sbattono la porta in faccia al servizio pubblico, che già indebolito da una situazione di sottorganico conclamata, ora rischia il collasso.

Troppe carenze. Una volta il posto in ospedale era la sicurezza, la meta da raggiungere oggi invece la sanità pubblica si regge sulla buona volontà della bassa manovalanza, di poche persone che, ancora innamorate del loro lavoro, tirano il carro nonostante la fatica, l'insufficienza di posti letto, la mancanza di farmaci e presidi, la rabbia degli utenti".

Ecco, la seconda ragione della fuga è proprio il rancore dei malati contro operatori necessariamente "frettolosi" o poco presenti. Un lievito al punto che, stando alle statistiche elaborate dai sindacati di categoria, il 90% dei camici bianchi dichiara di aver subito aggressioni: il 64% minacce verbali, l'11% gesti vandalici, il 22% percosse e il 13% minacce a mano armata o con armi improprie. In più nove medici su dieci durante l'intero ciclo professionale hanno subito almeno una volta un atto violento e otto su dieci più di uno.

SEGUE DA PAGINA 16

OMCEO ROMA

Arrivano i medici sentinella

bando l'Ordine, che conta oltre 41 mila camici bianchi, offre ai suoi iscritti la possibilità di diventare delegati ordinistici. "Il bando per la funzione di delegati ordinistici è una tappa fondamentale della progettualità del nuovo Consiglio direttivo", ha affermato il presidente dell'OMCeO Roma **Antonio Magi**. "Per la prima volta l'Ente esce dalla sua sede e va sul territorio, nella provincia di sua competenza e nelle realtà locali, avvicinandosi sempre più alla gente e agli operatori sanitari. Ogni struttura avrà un nostro delegato che potrà ascoltare le istanze dei pazienti e dei medici e poi controllare se, di fatto, la struttura sanitaria opera in maniera corretta. Attraverso di loro potremo avere tutte le notizie necessarie per intervenire nel modo più appropriato e in maniera preventiva. Questi colleghi - ha aggiunto Magi - saranno formati gratuitamente su specifiche tematiche e, ove necessario, avranno la delega da parte del presidente anche per fare mediazione a livello locale, senza che il contenzioso debba arrivare direttamente all'Ordine". **I candidati al ruolo di Delegati Ordinistici** devono essere iscritti all'OMCeO di Roma e non aver avuto provvedimenti disciplinari. **Le domande dovranno essere formalizzate** compilando l'apposito modulo che può essere scaricato, insieme al bando di concorso, dal sito dell'Ordine.

VULVOVAGINITE MICOTICA RICORRENTE

TRATTAMENTO



Ovuli vaginali da 2 g

**Riduce rapidamente i sintomi
quali prurito e irritazione**

**Acido bórico 600 mg
Acido ialuronico
Melaleuca (Tea tree Oil)
Avenantramidi**

Indicazioni:

- **Vulvovaginite micotica**
1 ovulo la sera per 7-14 gg
in associazione alla terapia farmacologica
- **Vulvovaginite micotica ricorrente:**
1 ovulo la sera due volte a settimana
per 6 mesi

PREVENZIONE



Tubo da 30 ml + 5 cannule

**Acido bórico
Acido ialuronico
Melaleuca (Tea tree Oil)**

Indicazioni:

- **Vulvovaginite micotica ricorrente**
1 applicazione due volte a settimana
per 3 mesi

*RCP Dibase; ¹Lello S et al. Giorn. It. Ost. Gin. 2016; XXXVIII:289-294 - Materiale promozionale depositato presso AIFA in data 28/03/2017

Quando il sole fatica a raggiungerla^o

50.000 U.I./2,5 ml
2 flaconcini
monodose
Euro 15,34

50.000 U.I./2,5 ml
1 flaconcino
monodose
Euro 8,50

25.000 U.I./2,5 ml
2 flaconcini
monodose
Euro 8,10

25.000 U.I./2,5 ml
1 flaconcino
monodose
Euro 5,42

10.000 U.I./ml
gocce orali
Euro 5,42



CLASSE A - RR

PER PREVENIRE E TRATTARE LA CARENZA DI VITAMINA D*


ABIOTEN
PHARMA

WWW.ABIOGEN.IT

L'ECCELLENZA, PER TUTTI.