

Quale modello organizzativo nella Day Surgery in ginecologia e ostetricia?

Ostetrica DAI Monica Molinar Min

ASO San Giovanni Battista di Torino

Vice Presidente Collegio Interprovinciale delle Ostetriche di Torino e Asti

La crisi dei sistemi sanitari degli ultimi decenni ha interessato in particolare l'organizzazione ospedaliera. La necessità di rivedere le politiche assistenziali nei confronti degli utenti bisognosi di intervento in corso di ricovero ha favorito l'utilizzo della pratica della Day Surgery al fine di determinare un pronto rientro della spesa sanitaria e permettere al cittadino di usufruire di strutture alternative al ricovero a costi più contenuti.

La **Chirurgia di giorno (Day Surgery)** è un'attività assistenziale, a carattere prevalentemente terapeutico, caratterizzata da ricoveri in forma programmata di durata inferiore ad un giorno e con possibilità di pernottamento, organizzati al fine di consentire l'esecuzione di interventi di piccola e media chirurgia con efficacia e sicurezza sovrapponibili a quelle del regime di ricovero ordinario.

In base alla definizione formulata dalla Commissione Ministeriale della Day Surgery, si definisce day surgery *"la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa, delle strutture sanitarie pubbliche e private di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o procedure terapeutiche invasive e semi invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuali pernottamento, in anestesia locale, loco regionale o generale"*.

Negli Stati Uniti, in regime di Day Surgery è praticato il 60% di tutte le patologie di pertinenza chirurgica e, questo, è reso possibile dalla semplificazione delle tecniche chirurgiche e dall'affinamento delle procedure anestesologiche.

Le Linee guida per le attività di day surgery approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nell'agosto 2002 stabiliscono che tale regime assistenziale richiede un'opportuna formazione tecnico-professionale del personale e si caratterizza per:

- la specificità di alcuni aspetti organizzativi delle attività cliniche, quali la concentrazione nel tempo e nello spazio delle risorse e delle attività
- essere dedicata esclusivamente ad attività elettive

- la chiara definizione di procedure e percorsi
- la particolare attenzione nel garantire la continuità assistenziale.

La chirurgia di giorno è un modello assistenziale che non deve però essere considerato d'importanza minore rispetto al regime d'assistenza chirurgica tradizionale; in quanto si propone come un modello alternativo a quello consueto e consente una diversificazione dell'offerta sanitaria per i cittadini e una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle tipologie di assistenza, contribuendo al miglioramento complessivo dell'efficienza delle strutture sanitarie, permettendo così di soddisfare la crescente domanda di servizi garantendone la qualità e l'efficacia.

Lo sviluppo delle attività di day surgery si inserisce nell'ambito del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e del miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie.

La struttura della Day Surgery risponde a tre esigenze fondamentali:

1. umanizzare l'assistenza fornendo alla persona assistita un trattamento appropriato in ambiente protetto ed evitando il ricovero notturno in quanto non strettamente richiesto dal punto di vista clinico,
2. razionalizzare l'assistenza ottimizzando il consumo di risorse e il miglioramento dell'efficienza,
3. facilitare il percorso assistenziale della persona assistita.

I vantaggi che l'utente percepisce immediatamente da questo tipo di prestazioni sono legati a un'individualizzazione dell'assistenza: con la day surgery l'intervento chirurgico rappresenta un'interferenza minima nelle abitudini di vita dell'utente e non una situazione invalidante, la ripresa precoce delle normali attività e la rapida reintegrazione nell'ambiente familiare sono un fattore importante per la scelta di questo regime assistenziale.

Modelli Organizzativi di Day Surgery

Esistono tre modi per svolgere l'attività chirurgica in day surgery:

1. Presidio autonomo di day surgery (centro chirurgico di day surgery), costituito da una struttura, pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per acuti. Tale presidio deve essere funzionalmente collegato a una struttura ospedaliera che effettua ricoveri ordinari per acuti, situata a una distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze.
2. Unità di day surgery, monospecialistica o plurispecialistica, posta all'interno di una struttura di ricovero a ciclo diurno pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per acuti. L'Unità di day surgery può avere spazi di degenza e sale operatorie dedicate, oppure può utilizzare le sale operatorie in comune con altre unità operative stabilendo una turnazione programmata dell'attività.

3. Posti letto dedicati nell'ambito delle unità di degenza ordinaria presenti nelle strutture di ricovero per acuti pubbliche o private.

Numerosi sono i vantaggi del sistema di Day Surgery, oltre alla pari efficacia e qualità rispetto al modello tradizionale:

- riduce notevolmente i costi di ospedalizzazione a carico dell'Azienda pur fornendo una prestazione altamente qualificata
- favorisce il superamento delle liste d'attesa che oggi più che mai sta richiamando l'attenzione del Governo anche a livello legislativo
- coinvolge il medico di Medicina Generale, figura professionale imprescindibile da qualsiasi processo innovativo e di riforma
- determina un effetto compensativo: la moderna procedura mette in atto una maggiore disponibilità di posti letto per acuti e per casi chirurgici più importanti
- permette un'individualizzazione dell'assistenza grazie ai percorsi assistenziali e ai profili di cura
- favorisce un precoce ritorno all'attività lavorativa e alla vita di relazione
- riduce il trauma operatorio
- annulla il rischio di infezioni ospedaliere
- favorisce l'integrazione del processo di formazione del personale medico, ostetrico infermieristico ed amministrativo, che sarà adeguato alla nuova impostazione organizzativa.

Attivare la Day Surgery significa affidare a professionisti competenti l'opportunità di individuare la specifica domanda di assistenza, favorendo lo sviluppo di una cultura che contiene la specificità della funzione assistenziale come valore sociale in sé perché tendente alla soddisfazione di un bisogno irrinunciabile.

La normativa vigente ed in particolare quella relativa all'accreditamento, prevede che la day surgery risponda a requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per garantire, da un lato, i potenziali utenti e dall'altro offrire un valido strumento di controllo della qualità in tema di day surgery.

I requisiti minimi per le unità di day surgery sono:

- generali (accessibilità, spazi, utilizzo esclusivo, emergenze)
- presenza di sala operatoria (zona filtro, locali e servizi annessi: deposito materiale sterile e strumentario chirurgico, zona preparazione utenti, deposito sporco e pulito, zona preparazione personale addetto, zona risveglio, sala operatoria dedicata, locale endoscopia, substerilizzazione etc.)
- tecnologici (attrezzature)
- organizzativi (unità autonome dedicate, unità di degenza, letti dedicati)
- continuità assistenziale (rapporti con strutture di degenza)
- regolamentazione delle fasi di ammissione, cura e dimissione
- personale (dotazione minima, qualifica, figure responsabili e relativi compiti)
- controllo di qualità (liste di attesa, monitoraggio delle attività e monitoraggio delle complicanze).

Quale modello organizzativo per la ginecologia e l'ostetricia?

In genere le attività di Day Hospital che comprendono anche le attività chirurgiche, sono disciplinate da un apposito regolamento approvato dall'Azienda sanitaria nel quale vengono specificati i requisiti strutturali, organizzativi e funzionali. Per essere considerata una scelta efficiente ed efficace, l'attivazione di un'unità di Day Surgery deve essere preceduta da una valutazione della possibilità di riconversione di posti letto ordinari in posti letto a ciclo diurno.

L'impegno delle Strutture Complesse di Ostetricia e Ginecologia è rivolto al mantenimento e al perfezionamento delle attività istituzionali di assistenza, quali la prevenzione, la diagnosi e la cura della patologia dell'apparato genitale femminile e della gravidanza.

Particolare attenzione è stata rivolta negli ultimi anni allo sviluppo di tecniche chirurgiche innovative e poco invasive come la laparoscopia e l'isteroscopia che possono evitare, in alcuni casi, l'intervento chirurgico tradizionale per via addominale, consentendo così ridotti tempi di degenza e un notevole miglioramento del decorso postoperatorio.

Per attuare un modello organizzativo di day surgery in una Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia, gli obiettivi che vanno perseguiti sono:

- ridurre le liste di attesa per alcune tipologie di interventi
- garantire ottimali standard qualitativi di assistenza e di comfort alle utenti
- aumentare la soddisfazione delle utenti
- ridurre l'incidenza delle infezioni nosocomiali
- garantire maggiore appropriatezza dei ricoveri
- aumentare l'efficienza operativa e gestionale
- razionalizzare il costo dell'assistenza ospedaliera.

L'organizzazione, nel rispetto dei requisiti, deve prevedere posti letto dedicati all'interno della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia e il supporto di un'adeguata attività ambulatoriale. I posti letto dedicati potranno essere in funzione dalle ore 7.00 alle ore 19.00 dei giorni feriali prestabiliti per l'attività di day surgery.

All'attività di day surgery deve essere dedicata:

- almeno un'intera seduta operatoria, svolta nel blocco operatorio dove abitualmente viene svolta l'attività della Struttura Complessa
- almeno un turno ambulatoriale dedicato all'accettazione ed ai controlli post operatori.

Le seguenti patologie ginecologiche sono trattabili in regime di day surgery:

- Agobiopsie ecoguidate
- Asportazione di cisti cutanee vulvo-perineali
- Asportazione di cisti vaginali
- Asportazione di fibromiomi sottomucosi in espulsione
- Asportazione di noduli mammari

- Biopsia linfonodale
- Conizzazione L.A.S.E.R. o con elettroreseettore ad alta frequenza (LEEP)
- Drenaggio di ascessi
- Duttulo-galattoforectomia
- Ginecomastia (per gli uomini)
- Isteroscopia in narcosi
- Laparoscopie diagnostiche
- Marsupializzazione di cisti della ghiandola del Bartolini
- Plastica dell'introito per vestibulite
- Plastica vulvare per esiti d'infibulazione
- Polipectomie
- Quadrantectomia
- Raschiamenti diagnostici
- Tumorectomia
- Vaporizzazione in anestesia generale con LEEP di vaste lesioni policentriche condilomatose

Le seguenti prestazioni ostetriche sono trattabili in regime di day surgery:

- Amniocentesi
- Funicolocentesi
- Villocentesi
- Revisioni di cavità per aborto interno o incompleto
- IVG

La selezione delle persone assistite riveste un'importanza fondamentale in quanto consente di ridurre notevolmente il rischio di complicanze e di fallimento del trattamento. La selezione va fatta in base a criteri clinici e socio familiari, per garantire loro gli stessi standard di qualità offerti con il ricovero tradizionale. Le donne che si sottopongono ad interventi chirurgici in regime di day surgery devono essere in buone condizioni generali e per la loro selezione è stato indicato come riferimento la classificazione proposta dall'America Society of Anesthesiology (classificazione Asa), che individua cinque differenti classi. Le persone appartenenti alle prime due classi sono considerate candidate ideali a tali regimi assistenziali, mentre l'estensione alle appartenenti alla classe terza prevede un attento esame clinico della donna stessa che, solo dopo accurate indagini e controlli, potrà essere sottoposta ad intervento chirurgico (preferibilmente, comunque, in anestesia locale o loco-regionale). Sono così eleggibili le persone in buone condizioni di salute (classe I) e persone con malattie sistemiche minori che non interferiscono con le normali attività (classe II), nonché quelli con patologie associate di grado severo (ipertensione, diabete, cardiopatie, pneumopatie) in fase di compenso e ben controllate dalla terapia (classe III), eventualmente facendo ricorso al pernottamento. Sono in ogni caso escluse dal trattamento secondo tali regimi assistenziali le urgenze chirurgiche.

Altri criteri di selezione sono rappresentati dall'età, dal peso e anche dai fattori logistici e familiari. Relativamente alla situazione logistica è preferibile che la residenza delle utenti non sia lontana dall'Ospedale di riferimento e comunque la distanza o il tempo di percorrenza siano tali da permettere un tempestivo intervento in caso di necessità. E' fondamentale valutare la possibilità per le utenti di essere assistite durante il ricovero e dopo l'intervento da un familiare o da una persona di fiducia, opportunamente istruiti, che dovranno farsi carico di accompagnarla presso la propria abitazione e garantire tutta l'assistenza necessaria, soprattutto nelle prime 24 ore dall'intervento.

I locali adibiti all'attività di day surgery non possono essere utilizzati per altre attività, possono però essere condivisi con la degenza ordinaria a patto che siano individuabili spazi distinti per le attività di accettazione e/o pre-ospedalizzazione, di degenza e di supporto per il personale al fine di garantire un flusso razionale delle utenti e di consentire:

- l'accoglienza della donna e di un suo accompagnatore
- la preparazione all'intervento chirurgico
- la sorveglianza nell'immediato postoperatorio
- la tutela della riservatezza e del comfort delle persone assistite.

In una struttura di day surgery è importante standardizzare le procedure diagnostiche e terapeutiche come elemento guida per il trattamento, elaborando un percorso in quattro fasi:

- a. fase pre-ricovero
- b. ricovero e fase pre-operatoria
- c. fase post-operatoria
- d. dimissione

Il percorso dell'utente in day surgery inizia al momento della visita specialistica. Durante la visita il medico compila l'anamnesi e la proposta di ricovero che trasmette al personale del reparto, che si occuperà di contattare l'utente al proprio domicilio concordando la giornata di preospedalizzazione e informandola sulla documentazione necessaria.

La giornata di preospedalizzazione o prericovero, è una mattinata in cui l'utente riesce a fare tutti gli accertamenti, esenti ticket, utili all'intervento (prelievi ematici, ECG, radiografia del torace e visita anestesilogica), ed è il momento in cui riceve tutte le informazioni relative al suo percorso clinico assistenziale. L'utente, esaurientemente informata delle modalità di trattamento programmate, viene invitata a sottoscrivere il modulo dedicato di consenso. L'acquisizione del consenso è a cura del ginecologo responsabile di concerto con l'anestesista.

Il servizio che si offre ha così uno standard qualitativamente elevato perché:

- l'utente perde solo mezza giornata di lavoro,
- non deve fare impegnative, prenotazioni; inoltre
- la giornata di preospedalizzazione consente agli operatori di conoscere l'utente e dà la possibilità di personalizzare l'assistenza.

Visto che il *ricovero* è nella mattina dell'intervento, è necessario chiedere la collaborazione dell'utente ad eseguire la preparazione il giorno precedente al proprio domicilio relativamente ad una dieta appropriata e alla pulizia intestinale quando è necessaria. Si provvede così alla consegna all'utente del modulo di istruzioni preoperatorie, a fornire chiare istruzioni sulle modalità di convocazione per l'intervento e sui tempi approssimativi di attesa. Viene poi compilata dal medico la lista di convocazione in base alla prevedibile disponibilità oraria della sala operatoria e della durata degli interventi.

La convocazione prevede la:

- comunicazione di data e orario di accesso alla struttura
- comunicazione del probabile orario dell'intervento (l'utente deve essere convocata almeno due ore prima dell'orario stabilito)
- verifica della conoscenza da parte dell'utente delle istruzioni relative al periodo preoperatorio (percorso interno per raggiungere la struttura, digiuno, necessità di accompagnamento, durata del periodo di osservazione, vestiario necessario)
- comunicazione dell'identità del personale di riferimento (ostetrica, segretaria, medici).

L'accoglimento delle utenti il giorno dell'intervento deve prevedere:

- la verifica dei dati anagrafici sulla lista operatoria
- la verifica dell'aderenza alle istruzioni preoperatorie
- la preparazione preoperatoria della donna
- l'applicazione delle prescrizioni mediche post-operatorie riportate in cartella clinica
- l'assistenza alla mobilitazione
- l'alimentazione dell'utente, qualora ne faccia richiesta ed in assenza di esplicito divieto (riportato sulla cartella clinica) da parte del chirurgo responsabile
- il controllo dei parametri clinici di dimissione ai tempi fissati.

La valutazione dell'autonomia delle persone da dimettere e del completo recupero dai potenziali effetti indesiderati del supporto anestesilogico è un elemento fondamentale per il decorso post operatorio che contribuisce a mantenere alti gli standard qualitativi dell'attività di day surgery. Di fatto, la valutazione della dimissibilità è la principale azione preventiva sulle reammissioni impreviste.

L'anestesista e il ginecologo responsabile hanno il compito di visitare la donna dopo l'intervento chirurgico e di compiere la valutazione finale di dimissibilità; se viene dichiarata non dimissibile, il ricovero in day surgery viene convertito in ricovero ordinario. Tale decisione è ad esclusivo carico dei medici responsabili del programma di day surgery.

Il periodo post-operatorio di solito si avvale dell'ambulatorio per i controlli e le medicazioni; qualora venga richiesto un approfondimento diagnostico, verrà eseguito in regime di Day Hospital.

Tutto il percorso che la cartella clinica di day surgery compie (uffici, D.H., reparto) deve avvenire grazie al personale di segreteria senza che l'utente debba preoccuparsene e perdersi nei meandri della burocrazia. La cartella clinica presenta le seguenti particolarità:

- viene aperta il giorno della preospedalizzazione,
- rimane aperta sino alla guarigione clinica e l'utente che necessita di medicazioni e controlli successivi non dovrà mai pagare ticket o esibire impegnativa mutualistica,
- è chiusa dal ginecologo a guarigione avvenuta,
- viene conservata nei locali della segreteria/accettazione per tutto l'anno solare.

Personale coinvolto nell'assistenza

L'attività di day surgery deve prevedere la collaborazione di tutto il personale coinvolto nell'assistenza: ginecologi, anestesisti, personale ostetrico, infermieristico, personale di supporto (OSS, OTA, ASS) e personale amministrativo. I diversi professionisti esercitano principalmente attività specifiche di competenza esclusiva della categoria a cui appartengono, con riconosciuta responsabilità autonoma di ogni singolo operatore e della professione nel suo complesso. Ogni professione può infatti essere definita come un'attività svolta in modo autonomo da persone preparate, munite di un'abilitazione ufficiale, e consapevoli del proprio spazio operativo specifico. Va detto che soprattutto all'inizio, quando si tratta di allestire il processo di day surgery, gli operatori coinvolti possono manifestare diffidenze e perplessità nei confronti di questo nuovo modo di lavorare che sconvolge la solita routine di reparto. Infatti questo comporta spesso una congesta attività nelle prime ore del mattino quando si concentrano le pratiche burocratiche d'accettazione, i prelievi ematici, la terapia, oltre a tutte le altre incombenze che già di per se stesse assorbono l'attività normale del personale di reparto.

Il numero e la qualifica del personale coinvolto direttamente deve essere adeguato alla tipologia del servizio offerto ed al numero degli interventi effettuati, tenendo conto che l'organico è unico per i posti di degenza ordinaria e per quelli a ciclo diurno.

L'attività di day surgery deve essere gestita da un responsabile medico designato formalmente dal Direttore della Struttura Complessa e dall'ostetrica responsabile della stessa.

Il personale medico (ginecologi ed anestesisti) ha l'obbligo di rispettare i protocolli operativi e il regolamento del servizio. Il Direttore della Struttura Complessa di Anestesia individua un responsabile del programma di day surgery che, in collabo-

razione con il responsabile chirurgico, svolge compiti di:

- selezione delle utenti
- prescrizione degli accertamenti preoperatori
- verifica del rispetto degli orari di lavoro e dei protocolli operativi nell'ambito della seduta operatoria di day surgery
- partecipazione all'identificazione di linee di condotta per la cura delle persone assistite
- organizzazione di eventuali programmi di formazione e ricerca nel settore.

Il Direttore della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia individua un responsabile medico di programma che, in accordo con l'anestesista responsabile:

- gestisce la lista d'attesa
- valuta l'idoneità delle utenti inserite nella lista e compila la lista operatoria
- organizza la modalità di convocazione delle persone alle sedute di accettazione e alle sedute operatorie
- verifica la corretta compilazione della cartella clinica in tutte le parti di competenza chirurgica
- gestisce la lista operatoria nel giorno stabilito e nella sala operatoria assegnata, verificando altresì il rispetto degli orari di lavoro e dei protocolli operativi
- partecipa all'identificazione di linee di condotta per la cura delle persone assistite
- organizza eventuali programmi di formazione e ricerca nel settore
- acquisisce dati per il controllo di qualità.

Per quanto riguarda il personale sanitario, si prevede la necessità iniziale di almeno due ostetriche dotate di comprovata esperienza assistenziale nell'area ginecologica, che siano disponibili per i turni diurni previsti per l'accettazione e l'assistenza pre e post-operatoria. Gli spazi adibiti ad accoglienza e segreteria sono il centro nevralgico della day surgery, in quanto rappresentano la struttura che si occupa di tutta la parte amministrativa e prende in carico l'utente dal momento della visita fino alla dimissione. Per questo motivo, per dare una maggiore funzionalità al servizio e per rispondere meglio alle esigenze delle utenti sarebbe auspicabile inserire in questa struttura oltre al personale amministrativo, anche personale ostetrico.

Le ostetriche in servizio presso le strutture dedicate all'accettazione e alla degenza sono corresponsabili delle procedure di ammissione, cura e dimissione. L'ostetrica destinata al reparto deve essere affiancata da un adeguato numero di OSS e/o OTA e da un operatore ausiliario per le attività di pulizia e sanificazione ambientale.

L'attività assistenziale in un reparto di day surgery è notevolmente orientata a un aspetto di efficienza. E' vero che la donna entra lo stesso giorno dell'intervento e in breve tempo viene dimessa, ma è anche vero che la si può seguire nella fase di

prericovero, ad esempio quando effettua la visita anestesiológica. In tali unità operative occorre prevedere modalità di accoglienza che, pur nell'ottica della razionalizzazione dei tempi, tengano conto dei bisogni delle persone oltre che degli aspetti di assistenza tecnica.

Tale modello organizzativo permette di:

- impiegare il personale infermieristico, per altro già cronicamente carente in ogni struttura, in unità operative più consone alla loro formazione professionale
- elaborare un turno particolare per il personale ostetrico e di supporto in modo da permettere una turnazione periodica fra tutto il personale; questo per garantire
 - a. l'agevolazione di un turno privilegiato a tutto il personale presente nell'unità operativa
 - b. i benefici economici dell'attività turnistica a tutti
 - c. minor stress al personale perché il ritmo di lavoro della chirurgia breve è molto veloce e sui tempi lunghi può risultare stressante.

Tutto il personale deve essere obbligatoriamente disponibile alle attività di aggiornamento e di verifica qualitativa, gestionale, amministrativa ed economica.

Il personale è sotto la diretta gestione dell'ostetrica con funzioni di coordinamento della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia; tale operatrice svolge un ruolo centrale sia per gli aspetti gestionali e organizzativi che per quelli assistenziali in quanto, essendo una profonda conoscitrice delle risorse disponibili nella struttura, offre un contributo qualificato nella definizione dei modelli organizzativi.

Il collaboratore professionale sanitario esperto - Ostetrica (ex ostetrica capo) dell'unità operativa è responsabile delle attività di degenza ordinaria e di day surgery, con il compito di coordinamento dei servizi dal punto di vista assistenziale. Può individuare un referente del programma assistenziale della day surgery, che dovrà:

- essere responsabile delle procedure di ammissione e dimissione
- essere responsabile, per quanto di competenza, della programmazione e coordinamento delle attività assistenziali
- coordinare il personale di supporto
- esercitare opera di controllo sulle infezioni nosocomiali
- raccogliere dati sull'attività del servizio
- collaborare con il collaboratore professionale sanitario - Infermiere del blocco operatorio per quanto di competenza.

Questa è una sfera di responsabilità ampia e per molti versi innovativa che riconosce alla professione un ruolo decisionale di primaria importanza. L'ostetrica con mansioni di coordinamento viene identificata come l'unica figura per la quale non è consentita la rotazione e pertanto rappresenta il principale punto di riferimento dell'unità operativa.

Perché l'Ostetrica/o?

Non è facile di questi tempi parlare serenamente del ruolo dell'ostetrica, in quanto tale professione si trova oggi ad operare in una realtà in profonda e continua evoluzione.

La professione ostetrica sta andando incontro a dei mutamenti culturali sia nei suoi aspetti generali che in quelli pratici come l'immagine, le competenze, la professionalità e il ruolo sociale grazie anche alla riforma degli ordinamenti didattici Universitari (L.341/90, D.M. 509/99, Decreti MIUR 9 luglio e 1° ottobre 2004), alla riforma sanitaria (D. Leg.vo 502/92, 517/93 e 229/99), alla definizione del profilo professionale (D.M. 740/94) al riconoscimento dell'autonomia professionale con la Legge 42/99 e la Legge 251/00, al travagliato avvio del Corso di Laurea in Ostetricia e alla definizione della formazione post-base.

La nuova architettura della sanità, il profilo, la nuova formazione e la normativa vigente incidono sul profilo complessivo della categoria, esaltandone gli aspetti dell'autonomia e della responsabilità.

Da una prima analisi del già attuato e di ciò che verosimilmente lo sarà a breve termine emergono alcune osservazioni fondamentali:

- l'ingresso ufficiale e definitivo della professione nell'assetto formativo universitario
- la decisa scelta di "svincolo" dalla professione infermieristica, considerata non più propedeutica alla professione ostetrica
- la contrazione del percorso formativo professionalizzante e l'obbligo di completamento della scuola superiore secondaria
- la chiara scelta della professione nel perseguire obiettivi assistenziali sia in ambito ostetrico che ginecologico.

L'ostetrica deve così confrontarsi con i cambiamenti che lanciano una sfida alla professione ed impongono una riflessione e una presa di coscienza del presente, nonché una scelta di orientamenti per il futuro.

E' necessario rilevare che non sempre la sua collocazione e il suo utilizzo sono stati sino ad ora consoni alle sue competenze e alla sua specifica professionalità; il problema della definizione dell'identità professionale sembra aver trovato una possibile soluzione con la definizione del profilo professionale, dove emerge il riconoscimento della responsabilità di tale operatore sanitario, in quanto viene riconosciuta all'ostetrica una propria autonomia nella gestione dell'intervento assistenziale di propria competenza.

Il D.M. n.740 del 14.09.1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica" stabilisce che l'ostetrica è l'operatore sanitario che:

- assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio

- conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità
- presta assistenza al neonato

per quanto di sua competenza, partecipa:

- a interventi di educazione sanitaria e sessuale nell'ambito della famiglia e della comunità
- alla preparazione psico-profilattica al parto
- alla preparazione ed assistenza ad interventi ginecologici
- alla prevenzione ed accertamento dei tumori della sfera genitale femminile
- ai programmi di assistenza materna neonatale.

L'ostetrica nel rispetto dell'etica professionale gestisce, come membro dell'équipe sanitaria, l'intervento di assistenza di propria competenza.

Il profilo professionale dell'ostetrica si connota con la capacità di:

1. analizzare e comprendere il contesto nel quale realizza le sue prestazioni, identificandone gli aspetti di permanenza e mutazione rispetto alla sua preparazione
2. individuare le possibili soluzioni per un problema di sua competenza, di valutarlo in relazione agli esiti prevedibili, di articolare una sequenza di operazioni necessarie al loro conseguimento
3. identificare e reperire le risorse necessarie alla realizzazione di un progetto di lavoro
4. gestire gli aspetti relazionali connessi alle proprie attività e identificare modalità di comunicazione adeguate in direzione dei diversi interlocutori implicati.

E' indispensabile rivalutare la professione ostetrica che deve essere indirizzata ad una filosofia di assistenza globale completa alla donna con l'intervento assistenziale in tutti i settori dove è presente. I profondi mutamenti in corso necessitano di una gestione attenta e lungimirante in linea con i bisogni di una professione che per crescere non può prescindere da un allineamento ai continui progressi e sviluppi della medicina e delle scienze umane; che in misura sempre maggiore dovranno quotidianamente essere applicate ed integrate dagli operatori sanitari nell'espletamento delle loro attività per il soddisfacimento di bisogni assistenziali sempre più complessi, anche in relazione alle influenze del progresso scientifico e tecnologico.

La risposta ai bisogni di assistenza richiede un approccio conoscitivo personalizzato, unico e continuativo tale da rendere, oggi più che mai, necessario un comportamento organizzativo nuovo nell'ambito assistenziale ostetrico-ginecologico.

Come si può parlare di "umanizzazione dei servizi ostetrici-ginecologici" quando l'ostetrica ha delegato gran parte delle sue funzioni, ora per carenza di organico, ora per situazioni di comodo, a figure alternative?

Le ostetriche in questi ultimi anni hanno lasciato ampi spazi di azione in diversi settori assistenziali limitando sempre più gli ambiti in cui svolgere il proprio lavoro. Non bisogna trascurare gli ambiti di intervento in questo momento più che mai, visto che la professione è esposta all'invasione di altro personale alla ricerca di nuovi spazi.

In questo momento di transizione dell'assistenza sanitaria i contenuti e i livelli di intervento della figura professionale dell'ostetrica devono disegnare un'organizzazione globale ed unitaria di risposte che possano recuperare e valorizzarne al meglio la figura professionale, con un ruolo significativo e sempre più "dimensionato" sul piano socio-culturale e psico-pedagogico nel gestire i vari bisogni che si esprimono nell'area di sua competenza.

Le modalità di intervento devono far riferimento all'équipe multidisciplinare di cui l'ostetrica fa parte per la lettura dei bisogni, programmazione, organizzazione e verifica delle attività, in modo tale da riconoscere che l'ostetrica è una figura specifica caratterizzata da un ruolo preciso, definibile e non intercambiabile con quello di altri operatori, con una polivalenza di funzioni altamente qualificate che le permettono di svolgere attività preventiva, diagnostica ed assistenziale.

In questo particolare momento, mentre tutti sono impegnati a riorganizzare complessivamente i servizi, è importante che le ostetriche si impegnino ad elaborare progetti seri per soddisfare le esigenze sanitarie e sociali. Ciò comporta anche nuove opportunità di lavoro e un'occasione in più per rivalutare la figura ostetrica.

Riflettendo su tutto quanto di nuovo c'è nell'organizzazione delle Aziende ospedaliere e sanitarie, e sul diritto dell'utenza di veder soddisfare al meglio i propri bisogni credo che sia indispensabile rivisitare la professionalità dell'ostetrica, partendo dalla consapevolezza di appartenere ad una professione intellettuale.

In una società altamente dinamica e in continua evoluzione il modello di una "nuova ostetrica" è quello di una figura professionale che, ponendosi come leader naturale del processo di raggiungimento di nuovi valori sociali, conscia delle problematiche proprie del territorio in cui opera, sia veicolo principale nell'attuazione di un'assistenza sanitaria di base diversa e più in linea con il contesto ambientale e sociale dei tempi in cui viviamo, dove la tutela della salute si ottiene garantendo stili di vita sani e creando le condizioni ottimali per assicurare un completo benessere psichico, fisico e sociale all'utenza che affrisce ai servizi ostetrico-ginecologici.

L'attuazione del profilo professionale prevede che l'ostetrica operi in sala parto, nelle sale operatorie ostetrico-ginecologiche, nei reparti di degenza, nelle nursery, negli ospedali e sul territorio, negli ambulatori ostetrici per la gravidanza fisiologica e negli ambulatori ginecologici per la menopausa e la prevenzione oncologica in integrazione col ginecologo, nei corsi di preparazione alla nascita e di riabilitazione del piano perineale, nella didattica nei corsi di laurea ed infine come libera professionista a domicilio e nell'ambulatorio libero professionale. Ne consegue pertanto che nelle sale operatorie ostetrico-ginecologiche, nei reparti ostetrici, nei reparti ginecologici, negli ambulatori ostetrici tutto il personale dovrebbe appartenere al profilo professionale dell'ostetrica/o insieme agli operatori professionali di supporto.

La Struttura Complessa Ostetrico-Ginecologica, comprendendo l'attività assistenziale della day surgery, permette di inserire l'ostetrica nel modo più efficiente nell'organizzazione del lavoro, con una ben chiara struttura gerarchica per tutelarne la professionalità e facilitare l'integrazione con gli altri operatori.

La struttura gerarchica si deve articolare con a capo dell'unità operativa di Ostetrica e Ginecologia un'ostetrica appartenente alla categoria D livello economico Ds (ex ostetrica capo), che dirige e coordina:

- le ostetriche
- le eventuali infermiere generiche
- il personale di supporto addetto all'assistenza (OSS, OTA)
- il personale ausiliario.

Attuando quanto stabilito dalla vigente normativa, a livello di gestione delle risorse umane, il numero di ostetriche necessarie per l'assistenza ostetrico-ginecologica aumenta notevolmente, rispondendo così ad una maggiore richiesta di efficienza ed efficacia degli interventi, essendo erogati da operatori che hanno ricevuto la formazione adeguata per questo specifico tipo di assistenza.

Due condizioni sono determinanti per l'efficienza di tale Struttura Complessa:

- il ruolo dell'ostetrica con funzioni di coordinamento
- la cultura del personale ostetrico.

La figura dell'ostetrica dirigente di Struttura Complessa deve, per garantire l'efficienza del servizio stesso, puntare ad avere una visione d'insieme delle specifiche componenti del processo assistenziale affinché non si creino carenze o vacanze di interventi, essendo l'azienda sanitaria un ambiente complesso e che evolve rapidamente.

La visione sanitaria deve essere supportata da un insieme di indicatori del bisogno collettivo di salute, in modo che possano essere istituiti servizi sanitari efficaci.

La gestione del personale è una funzione molto importante perché l'ostetrica dirigente deve saper utilizzare il personale in modo razionale e flessibile con l'attivazione di modelli e sistemi di pianificazione del personale atti ad individuare le persone più idonee da assegnare alle varie funzioni, affinché la motivazione e la soddisfazione professionale siano alla base per operare bene. L'appartenenza allo stesso profilo professionale del personale che dirige permette all'ostetrica di sviluppare nel modo più corretto gli ambiti di ricerca scientifica, di selezione, inserimento, formazione, sviluppo e valutazione del personale al fine di responsabilizzare i vari operatori professionali al miglioramento dei risultati, attraverso un sistema di controllo fondato sull'équipe di operatori e non sull'opera del singolo, nonché sulla qualità delle prestazioni erogate, considerando che la qualità non porta ad aumenti di spesa, ma che è la disomogeneità nell'operare che provoca un aumento dei costi.

La concreta attuazione della day surgery implica uno sforzo per individuare

modelli elastici di gestione di quest'attività che possa, a seconda delle caratteristiche e delle dotazioni delle singole Aziende ospedaliere o sanitarie, concretizzarsi in piani di adeguamento personalizzati alla cui base ci sia una specifica valutazione di rapporti costo-beneficio, tanto per l'Azienda che per l'utenza. La maggiore flessibilità gestionale determina una maggiore efficienza organizzativa, favorisce lo sviluppo di capacità tecnico-direttive e relazionali negli appartenenti all'organizzazione, offre maggiori opportunità di crescita professionale poiché esistono più posizioni di tipo manageriale con i relativi spazi di autonomia decisionale e quindi maggior partecipazione. Questa situazione esalta le competenze, accentua i caratteri di interfunzionalità, favorisce l'autonomia professionale, orienta alla cooperazione ed al coordinamento migliorando l'integrazione organizzativa.

Conclusioni

La chirurgia di giorno rappresenta una valida alternativa alla degenza in regime ordinario. L'operatività impone molteplici ingerenze rispetto alle degenze ordinarie ed ai principali servizi sanitari: proprio questa caratteristica rende la Day Surgery uno strumento di ristrutturazione e di riqualificazione dell'intera rete ospedaliera.

Nella riorganizzazione di un processo assistenziale per poter giungere ad un nuovo come quello della day surgery è necessario prevedere in anticipo tutte le problematiche che possono insorgere, pianificare e presidiare per quanto possibile il maggior numero di aspetti. Le risorse umane costituiscono il punto nodale, perciò devono essere preparate e coinvolte nell'ottica dell'integrazione.

Quando si affrontano processi globali e complessi come quello della day surgery, per garantire l'efficacia dell'azione assistenziale, è indispensabile uno stile di lavoro multiprofessionale. Le frequenti riunioni con tutto il personale e la stesura condivisa di procedure e protocolli assistenziali, organizzativi e terapeutici al fine di standardizzare l'assistenza senza nulla togliere all'umanizzazione e alla personalizzazione della stessa, contribuiscono a rafforzare la motivazione del gruppo e favoriscono la predisposizione del personale a sperimentare la nuova modalità di lavoro.

Per la day surgery è richiesta la preparazione tecnica del personale dedicato, ma è altrettanto importante accrescere la consapevolezza che la relazione con il cittadino utente rappresenta un aspetto irrinunciabile per garantire un vero e proprio servizio alla persona.

Non si può infatti ritenere sufficiente la risposta tecnica ai problemi di salute se essa non è accompagnata da una comunicazione chiara che renda comprensibile ai destinatari ciò che è fattibile solo con il loro pieno consenso.

In questo contesto analitico, la Day Surgery viene ad assumere la funzione di diversificazione dei moduli d'offerta dei servizi chirurgici non legati più alla sola

degenza ordinaria o ridotti alla naturale limitatezza degli interventi che è possibile erogare in regime ambulatoriale. Le moderne tecniche chirurgiche ed anestesiológicas e le tecnologie innovative introdotte consentono ormai di affrontare interventi di una certa rilevanza anche con una sola giornata di ricovero e spesso con poche ore di permanenza della persona assistita in ospedale. Ne consegue il delinearsi di uno scenario dove la domanda di salute ad indicazione chirurgica pretenderà livelli di risposta differentemente articolati; inoltre per l'efficace diversificazione dei modelli di offerta dei servizi ginecologici (ricovero ordinario, day surgery, piccola chirurgia ambulatoriale) dovrà innanzitutto realizzarsi una maggiore elasticità nella gestione degli indispensabili servizi di "supporto" (Laboratorio Analisi, Radiologia, Ambulatori clinici, etc.) migliorandone il tasso di utilizzazione.

È importante infine mirare a modificare il quadro culturale del personale ostetrico in modo che questo utilizzi un approccio sistematico alla valutazione delle proprie prestazioni ed orienti il proprio operare all'ottica del servizio e non della singola prestazione.

Bibliografia

1. Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista della Città di Torino "Regolamento delle attività di Day Surgery", Gennaio 2002.
2. Baldovini A., Boldrin C., Casadei C., Foschi S., "L'attivazione di un'unità di day surgery: aspetti organizzativi e tecnici" in Management Infermieristico n.1, 2000 Lauri Edizioni.
3. Bonvento M., "Un documento sulla chirurgia a ciclo diurno" in L'Infermiere n.2, 1997.
4. Bozzi M., "Le Direzioni Sanitarie delle Aziende USL e Ospedaliere: la gestione delle risorse e il personale" in L'Infermiere Dirigente n.3, 1995 Lauri Edizioni.
5. Dall'Olio R., "Il Dipartimento di midwifery" in Agire per una midwifery di qualità. Atti del 29° Congresso Nazionale delle ostetriche Cagliari 30 settembre - 4 ottobre 1998.
6. Molinar Min M., "Indirizzi al cambiamento: modelli assistenziali di riferimento" in Agire per una midwifery di qualità. Atti del 29° Congresso Nazionale delle ostetriche Cagliari 30 settembre - 4 ottobre 1998.
7. Rasoli M., Pettinati S., "Day Surgery, una preziosa alternativa" in L'Infermiere n.2, 1997.
8. Rocco G., "In dirittura d'arrivo le linee guida per la One day surgery" in Foglio Notizie n.3, 1996.
9. Rodriguez D., "Professione ostetrica/o Aspetti di medicina legale e responsabilità" Eleda Edizioni, Ottobre 2001.
10. Testa F., "Significato, evoluzione e finalità del day-surgery L'esperienza di Caserta" Panorama della Sanità n.28, 2002 Esse Editrice.

Fonti normative consultate

1. D.M. n. 740 del 14.09.1994 - "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica".
2. DPR 14 gennaio 1997 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione".
3. Legge n. 42 del 26.02.1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
4. D.C.R. Piemonte n. 616-3149 22 febbraio 2000 Proposta di deliberazione n. 593 "Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione".
5. Decreto 24 aprile 2000 Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al "Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000".
6. Legge n. 251 del 10.08.2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica".
7. Manuale per l'Accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private Regione Piemonte, Febbraio 2001.
8. DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
9. Legge n. 1 dell' 8.01.2002 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario".
10. "Linee guida per le attività di day surgery" Approvate dalla Conferenza Stato-Regioni, Agosto 2002.

Diagnosi precoce delle lesioni preneoplastiche e neoplastiche del collo dell'utero: correlazione fra colpocitologia e colposcopia

N.A. Giulini

U.O. Ginecologia Chirurgica Ospedale "G. Cervesi"-Cattolica

Questo articolo vuole essere un aggiornamento, soprattutto indirizzato alle ostetriche sulla colpocitologia e colposcopia al fine di bene indirizzare le pazienti al follow-up, o al trattamento delle lesioni preneoplastiche e neoplastiche della cervice uterina. Per quanto riguarda la citologia cervico vaginale si è passati dalla classificazione di Papanicolau degli anni '40 - '60, alla classificazione di Reagan, a quella di Koss fino alla classificazione più recente ed attualmente adottata che è la classificazione di Bethesda, in cui non si parla più nel pap test anormale di neoplasia intraepiteliale ma di lesione squamosa intraepiteliale da suddividere in due categorie di basso ed alto grado (LSIL - HSIL). Nelle classificazioni precedenti al Bethesda si parlava di CIN (neoplasia intraepiteliale cervicale): CIN I - II - III. La CIN III comprende oltre alla displasia grave anche il carcinoma in situ. Poiché le lesioni CIN non trattate, soprattutto quelle a basso grado, possono regredire spontaneamente, nel 1988 è stata proposta questa classificazione di Bethesda in cui non si parla più di neoplasia intraepiteliale ma di lesione squamosa intraepiteliale. Tuttavia alcune critiche sono state mosse al sistema Bethesda, sia a quelle della prima versione del 1988 che a quelle della seconda versione del 1991. Tali critiche sono state sollevate nel 2001 al Workshop che si è tenuto negli USA ad opera della società americana di colposcopia nel settembre del 2001. La prima critica riguarda la collocazione del CIN II nelle lesioni squamose ad alto grado (HSIL) quindi assimilabile al CIN III. Ma bisogna dire però che il trattamento clinico del CIN II sarebbe più vicino al CIN I che non al CIN III. Infatti secondo Mitchell il 43% dei CIN II non trattati regredisce spontaneamente, la regressione riguarda anche il 57% dei CIN I e il 32% dei CIN III. La persistenza dei CIN II non trattati è pari al 35% che diventa 32% per i CIN I e 56% per i CIN III. Da ciò si evince che il trattamento del CIN II è uguale a quello del CIN I e non a quello del CIN III. Per cui in questo forum nel 2001 è stata proposta la nuova

classificazione di Bethesda. In questa occasione viene anche ribadita l'intenzione di instaurare un miglior rapporto fra anatomopatologo e clinico. Il pap test viene definito un test di screening e quindi non viene considerato un test diagnostico. Pur essendo un test di screening è un test dicotomico che non fa diagnosi ma invia nei casi di positività al II livello (colposcopia). Al momento il pap test è l'unico test di screening per il carcinoma della cervice uterina. Si raccomanda di effettuare il prelievo con spatola Ayre sulla portio e con cytobrusch sul canale cervicale. Si raccomanda di attivare un programma su chiamata che deve interessare l'85% della popolazione femminile dai 25 ai 65 anni eseguendo dopo due pap test annuali negativi un pap test ogni 3 anni. Al fine di raggiungere un elevato standard qualitativo si raccomanda al personale che effettua il pap test (che sono soprattutto le ostetriche), sia esso operante in centri pubblici che privati di partecipare a programmi di controllo di qualità e di avere un aggiornamento continuo.

PER PAP TEST ANORMALE SI INTENDE:

- Presenza di cellule atipiche di incerto significato (ASCUS). La presenza dell'ASCUS non dovrebbe essere superiore al 5% dei pap test. In caso di ASCUS si possono eseguire tre opzioni: 1. ripetere il pap test ogni 6 mesi per 1-2 anni sino a tre pap test consecutivi negativi. 2. ripetere il pap test e sottoporre la paziente a tipizzazione virale. 3. inviare la paziente alla colposcopia. Noi nella regione Emilia Romagna e quindi nella provincia di Rimini adottiamo questa terza opzione
- Presenza di cellule ghiandolari atipiche di incerto significato (AGUS). In questo caso rientrano tutte le cellule ghiandole atipiche endocervicali o endometriali per cui il citopatologo dovrebbe, nel limite del possibile, dire se si tratta di cellule endocervicali o endometriali. Si deduce da questo l'importanza di eseguire sempre il prelievo endocervicale con cytobrusch. Tutte le pazienti con AGUS devono essere inviate alla colposcopia. Il colposcopista deciderà se fare la biopsia della portio, la biopsia endocervicale, la microcolpoisteroscopia, l'isteroscopia con biopsia fino al raschiamento frazionato della cavità uterina.
- Presenza di sil basso grado (CIN I ed HPV). Anche in questi casi inviare la paziente alla colposcopia.
- Presenza di sil alto grado (CIN II - CIN III carcinoma in situ) inviare la paziente alla colposcopia.
- Presenza di carcinoma squamocellulare e di adenocarcinoma. Inviare la paziente al II livello. Quindi nei casi in cui l'esame colpocitologico sia positivo, l'unità di citologia deve consigliare l'invio della paziente all'unità di colposcopia. Saranno poi i centri in cui è stato eseguito il pap test (consultorio, centri oncologici e di ginecologia pubblici o privati) che dovranno dare l'informazione alla paziente ed inviare la stessa al servizio di colposcopia per un esame colposcopico che dovrà essere eseguito entro due mesi dall'esame colpocitologico.

La COLPOSCOPIA non è al contrario della colpocitologia un esame di screening ma un esame di II livello da eseguire allorché il pap test è anormale. L'esame colposcopico essendo un esame di II livello va eseguito nei centri accreditati ove operino dei

medici esperti in colposcopia che si sottopongono a periodici controlli di qualità. In questi centri vengono adottate schede colposcopiche corrispondenti alle linee guida elaborate della società italiana di colposcopia e queste schede debbono essere comprensibili anche ai medici non esperti. Nei centri che si rispettino l'accuratezza diagnostica fra colpocitologia e colposcopia si deve avvicinare al 100%. La colposcopia però presenta un limite diagnostico allorché la G.S.C. sia risalita nel canale cervicale e ciò si osserva soprattutto nelle donne in post menopausa ma anche in molte donne che sono state sottoposte a trattamenti sul collo dell'utero (cauterizzazione della portio, laservaporizzazione, crioterapia). Nelle donne in età fertile ed in premenopausa la G.S.C. è visibile nell'85%-90% dei casi.

Le principali indicazioni alla colposcopia sono:

- Valutazione delle pazienti con paptest anormale anche in relazione ai prelievi biotipici.
- Guida all'approccio diagnostico e terapeutico delle CIN.
- Accertamento diagnostico sulle pazienti sintomatiche ed asintomatiche quale necessario completamento dell'esame ginecologico.
- Guida alla terapia chirurgica sul collo dell'utero.
- Diagnosi delle M.T.S.
- Valutazione dei risultati delle terapie cervicali.

La paziente deve essere adeguatamente informata dal colposcopista sulla modalità dell'esame, sulla qualità dell'esame colposcopico e delle eventuali biopsie.

Bibliografia

1. Atti di: diagnosi precoce delle neoplasie genitali femminili - corso di aggiornamento Riccione 21.9.2002
2. Koss L.G., Stewart F. W., Foote F. W., Jordan M.J., Bader GM., Day E.: some histological aspects of behavior of epidermoid carcinoma in situ and related lesion of uterine cervix. A long term prospective Study. Cancer, 16: 1160, 1963.
3. Richart R.M.: the natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Clin. Obstet. Gynecol. 10:748, 1967.
4. Koss L.G.: diagnostic cytology and its histopathologic bases Jb Lippincott Company 1992.
5. The 1991 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses: report of the 1991 Bethesda workshop.
6. The 2001 Bethesda System terminology for reporting results of cervical cytology Jama 287:2114, 2002.
7. Peroni M. : colposcopia e fisiopatologia cervicale e vaginale. Testo atlante edizioni Poli 1991 Milano.
8. De Paolo G: manuale di colposcopia e patologia del tratto vaginale inferiore. Seconda edizione Masson 1993 Milano.
9. Casotti C, De Paolo G., Remoti G., Marchionni M., De Virgili G., Montanari G., Gilardi EM, Stefanon B: proposal for a colposcopic classification The cervix 1987, 5:25.
10. Kolstad P., Stafil A.: Atlante di colposcopia sassone Montanari G. Editor Piccini edizioni Padova 1981.
11. Volante R., Montanari G., Posero L., Porin G.: il controllo di qualità in colposcopia. In diagnosi oncologica precoce del tratto genitale femminile. Editors Volante R., Sismondi P., Mortine G., Adosso L., Archimera 1996 Torino.