

A Napoli, il prossimo 15 aprile, l'Assemblea nazionale AGITE eleggerà il nuovo Consiglio di Presidenza

Tre obiettivi su cui orientare la nostra azione futura

di **Maurizio Orlandella**
Presidente AGITE

Si è chiuso l'esercizio 2007/2009 di Agite. È stato un periodo certamente esaltante e faticoso, e non poteva che essere così, visti i compiti che ci eravamo assegnati nello start-up-Agite del gennaio 2008, alla Casa Internazionale delle Donne di Roma. Il consuntivo di questo biennio di attività verrà presentato a Napoli, in occasione della tre giorni del Convegno nazionale Aogoi-Agite-Smic, dal 15 al 17 aprile, nel corso del quale si svolgerà anche l'assemblea elettiva Agite.

Di tutto ciò vi daremo conto sul prossimo numero di GynecoAogoi, in questo articolo "pre assemblea" vorrei invece focalizzare l'attenzione su tre aspetti cruciali che non potranno che guidare le azioni del Consiglio di Presidenza futuro, ovvero:

- la necessità di standardizzare la prestazione "Visita Ginecologica"
- la necessità di una formazione organica durante gli studi specialistici per il ginecologo ostetrico medico preventivo, con l'attivazione di un indi-

Standardizzare la prestazione "Visita Ginecologica", garantire una formazione organica al ginecologo ostetrico medico preventivo, valorizzare la ricerca scientifica sul territorio. Ecco i tre obiettivi su cui lavorare a tempo pieno, da subito



Standardizzare la visita ginecologica

Una ginecologia moderna del territorio, quella che auspichiamo, non può prescindere dalla valorizzazione del ruolo, sotto il profilo professionale ed economico, del ginecologo territoriale, con una sua professionalità definita e specifica.

Un tempo la visita ginecologica si poneva come "quesito clinico" del medico di base e "risposta" tramite referto. Ora è chiaro che gran parte dei problemi delle nostre pazienti ha a che vedere con quesiti frequentemente occulti, sintomi non riferiti spontaneamente, disfunzioni accettate come inevitabili dalle stesse, che poco o nulla hanno a che

► Segue a pagina 30

Indagine osservazionale prospettica sui condilomi genitali da Hpv: il progetto Sigo-Iss

Il plus valore della creazione di un network professionale

di **Luciano Mariani**

Istituto Oncologico Regina Elena di Roma

Una delle acquisizioni più rilevanti della comunità scientifica è la indifferibile necessità di creare momenti di aggregazione attraverso network professionali. Questi rappresentano degli spazi di confronto e condivisione delle singole esperienze e, di conseguenza, tendono ad arricchire il bagaglio culturale dei singoli ricercatori. Il plus-valore di questa strategia è maggiormente evidente laddove le informazioni sulla tematica in oggetto sono scarse e le scelte terapeutiche non standardizzate

Queste sono le premesse concettuali che hanno portato alla creazione di una rete di ginecologi di "primo

livello" per lo studio della condilomatosi vulvo-vaginale. Lo scopo del progetto, dal titolo "Indagine osservazionale

prospettica sui Condilomi Genitali da HPV (GW2)", è quello di fornire elementi di conoscenza dell'epidemiologia e del trattamento della condilomatosi genitale femminile. L'acquisizione dei dati avviene ad opera dei ginecologi aderenti all'iniziativa, via internet, attraverso un network dedicato. Di norma la popolazione femminile fa riferimento al ginecologo di primo livello come una sorta di "consulente personale" che, pertanto, rappresenta un'utile prospettiva per quantificare l'impatto socio-sanitario di questa patologia. Va peraltro ricordato che non esistono, al momento, linee-guida per il trattamento della condilomatosi genitale. L'iniziativa - promossa dalla Sigo, nella persona del Presidente,

Professor Giorgio Vittori, e dall'Istituto Superiore di Sanità, nella persona della dottoressa Barbara Suligoi - è sostenuta economicamente dalla Sanofi Pasteur MSD. I promotori hanno individuato nella CRO Informa srl, in base alle precedenti esperienze di tale struttura, il soggetto che svolgerà le attività operative dell'iniziativa: progettazione e definizione del database e dell'analisi statistica, supporto nella stesura del protocollo, organizzazione delle riunioni del Comitato di Esperti (Fausto Boselli, Alberto Cassone, Daniela D'Alessandro, Gaetano Maria Fara, Luciano Mariani, Alberto Mattelli, Maurizio Orlandella, Sergio Pecorelli, Carlo Maria Stigliano, Barbara Suligoi, Giorgio Vittori) e gestione delle

relazioni, verifica e analisi dei dati, coordinamento del reclutamento dei ginecologi partecipanti e produzione del materiale di documentazione e di formazione, nonché per la stesura finale dei rapporti. Non si tratta solo di acquisire informazioni dimensionali sul fenomeno "condiloma" nella popolazione femminile e di porne le basi per una gestione terapeutica più razionale, ma anche di creare uno strumento di interazione tra i ginecologi sparsi sul territorio e tra spazi istituzionali differenti. L'adesione a questa iniziativa avrà quindi anche il vantaggio di delineare il perimetro di una "comunità-attiva" in ambito ostetrico-ginecologico, e virtualmente proiettata a veicolare le tematiche cliniche più diverse.

rizzo specifico nella Scuola di specializzazione in Ginecologia e Ostetricia

- l'importanza della ricerca scientifica svolta sul territorio, alla luce del progetto GW2, l'Indagine osservazionale prospettica sui Condilomi Genitali da Hpv, basata sulla raccolta dati dei ginecologi del territorio.

Visita territoriale o ospedaliera Agite è federata ad Aogoi, di cui completa l'azione con un'attenzione specifica al ruolo professionale del ginecologo ostetrico medico preventivo, che non opera chirurgicamente e non assiste il parto. Non intendiamo definire la qualità della visita ginecologica divisionale di primo livello, che risponde ad esigenze cliniche e necessità organizzative ospedaliere diverse dalle nostre. Per noi, invece, è indispensabile definire la qualità e specificità delle visite ginecologiche sul territorio, che non usufruiscono di equipe e ambulatori monotematici e che gestiscono in proprio quasi tutte le pazienti. Senza questa definizione-consenso sulla qualità e specificità della visita, saranno le Regioni a definire anche i tempi e "gli aspetti" della visita ginecologica, secondo parametri ben diversi dalla qualità, esponendo la Ginecologia italiana ad un'ulteriore perdita di autorevolezza e valorizzazione.

Tre obiettivi su cui orientare la nostra azione futura

► Segue da pagina 22

vedere con il "quesito clinico" posto dal medico generale. Si tratta di problematiche che avrebbero dovuto essere individuate da noi ginecologi territoriali, i ginecologi della "presa in carico".

C'è un circuito "diabolico" che potrebbe coniugare l'approccio tradizionale (su cui è basato la tempistica attuale) e le "esigenze aziendali" di prestazioni sbrigative e "numericamente" importanti. Da vari forum e comunicazioni di iscritti, vengono segnalate "esigenze di servizio" che imporrebbero l'aumento delle visite per unità di tempo.

Dall'altro lato, la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia delinea gli aspetti strettamente professionali del ginecologo: aumentano i compiti, le responsabilità e il ruolo, non solo di approccio terapeutico ma anche di promozione della salute e di emersione dei problemi. Il dolore pelvico cronico, la dispareunia, le infezioni recidivanti uroginecologiche, la dismenorrea, la sindrome premestruale, la depressione post-partum, l'endometriosi, ecc., richiedono presa in carico, diagnosi precoci e l'individuazione dei problemi da affrontare in team. È tale qualità che rappresenta il valore, anche economico, della professione.

La "complicata" formazione del medico non ospedaliero

Se da un lato la riduzione dei tempi della visita va contrastata, dall'altro va garantito che il tempo della visita ginecologica moderna sia utilizzato con domande di emersione, azioni preventive, semeiotica e counselling specifico.

Ma chi ci ha formati per la visi-

ta ginecologica sotto questo punto di vista? Le modalità di indagine, la prevenzione per età o condizione specifica, la diagnosi precoce di una visita sono mai state codificate nel corso di specializzazione? L'università ha davvero garantito una formazione organica su questi temi? E tutto ciò non ha forse una ripercussione sul riconoscimento professionale del ginecologo del territorio?

Se per un futuro ginecologo ospedaliero è fondamentale possedere una capacità tecnica ultraspecialistica, per un ginecologo non ospedaliero è necessario avere competenze di primo livello in tutte le sottospecializzazioni della ginecologia e ostetricia. Un indirizzo specialistico per la ginecologia preventiva favorirebbe il riconoscimento della nostra specificità, anche nelle necessità formative post-specializzazione.

Una formazione indirizzata solo alla prestazione tecnologica risponde ad importantissime esigenze di secondo livello ma rischia di formare generazioni di ginecologi che potrebbero non acquisire la capacità di gestione clinica, presa in carico e filtro alla prestazione ospedaliera. Prendiamo ad esempio l'incontinenza urinaria e il dolore pelvico cronico, paradigmi di patologie diffuse a rischio di cronicità, i cui esiti clinici sono favorevoli se la gestione è adeguata e precoce.

La sola incontinenza urinaria, ove fosse diagnosticata e curata precocemente, costerebbe alle finanze statali fino 5 volte di meno della fornitura di "pannolini" e dei trattamenti chirurgici. Manca invece una politica nazionale di salute pubblica, nonostante la diagnostica uroginecologica e il trattamento degli stati iniziali sia frequentemente coronata da successo. La stessa diagnosi precoce richiede pochissime domande nei casi ne-

gativi, benché le pazienti con I.U. iniziale richiedano poi un lungo tempo di informazione e formazione alla ginnastica perineale.

La lettura semeiotica della "salute del pavimento pelvico" è un elemento determinante ai fini della prevenzione e della diagnosi: di tutte le patologie ginecologiche croniche, ne anticipa il quadro multifattoriale nel dolore pelvico cronico.

Il perineo è organo complesso a carico dell'attività clinica del ginecologo e la necessità di uno studio della semeiotica e una formazione, molto più approfondita dell'attuale, sono imprescindibili.

La risposta individuale invece è un percorso formativo quasi sempre "autogestito", la cui qualità non è facile da accertare, mentre dovrebbe essere promosso dalle Società scientifiche in collaborazione con le Asl.

L'importanza della ricerca scientifica: il progetto Sigo-Iss

Entrare nel circuito della ricerca di alto valore scientifico è sempre stato un obiettivo dei ginecologi non ospedalieri. Ma fino ad ora non ci era stato proposto nessun progetto di studio. La prima occasione si è presentata con il progetto Sigo-Iss di epidemiologia della condilomatosi: nell'indagine, appena avviata, i colleghi di Agite svolgeranno il ruolo di coordinatori dei diversi gruppi che lavorano sul territorio italiano. A loro è demandato il successo del progetto, a tutti noi chiedere, informarsi, partecipare.

Al network che aderisce alla ricerca sono fornite 5 riviste di rilevanza per l'attività del ginecologo territoriale e ai colleghi randomizzati spetterà un punteggio Ecm. Vi invitiamo a consultare la pagina sullo studio epidemiologico nel sito www.agite.eu **Y**

Il ruolo dei periti nell'accertamento della colpa medica

► Segue da pagina 19

fessionale si accompagna alla competenza medico-legale, anche ai fini degli specifici criteri che debbono essere adoperati dal Ctu nell'adempimento dell'incarico ricevuto. Ciò per evitare che l'elaborato peritale si trasformi in una lezione accademica o in un'occasione di esibizionismo culturale da parte del consulente, in luogo di un contributo concreto di valutazione della condotta medica nel caso in esame.

Il problema presenta aspetti di maggior complessità, se si pone mente agli enormi sviluppi della cultura medica degli ultimi anni, che hanno comportato la creazione, nell'ambito di una stessa disciplina, di varie superspecializzazioni che si avvalgono dell'opera di medici che a tale settore si sono completamente dedicati, divenendone autorevoli esponenti. In tal modo la branca ostetrico-ginecologica racchiude nel suo seno alcune subspecialità quali la medicina della Riproduzione, l'Uroginecologia, l'Oncologia ginecologica, la medicina Perinatale ecc. che hanno ormai ricevuto in ambito europeo un riconoscimento ufficiale. Si sono così create delle competenze specifiche settoriali di cui sono depositari i cultori della materia subspecialistica verso la quale essi hanno indirizzato in modo esclusivo la propria attività. Se trasferiamo questo assunto in campo giudiziario, ne viene di conseguenza che, ai fini di una valutazione corretta del singolo caso clinico in esame, l'evento dannoso debba essere analizzato e vagliato da un esperto settoriale, meglio che da uno specialista non fornito di

specifico competenza in materia. Val quanto dire che un caso di oncologia ginecologica deve essere affrontato da un ginecologo esperto di oncologia, piuttosto che da un ostetrico che eserciti quotidianamente la medicina perinatale e non si occupi di patologia tumorale ginecologica.

La nostra proposta

Sarebbe dunque auspicabile che il giudice, nella scelta del consulente d'ufficio cui affidare un incarico peritale, tenesse conto della specifica competenza dello specialista in relazione al caso da esaminare e ai quesiti cui egli è chiamato a fornire una risposta. A tali concetti si è uniformata una proposta, da tempo avanzata dallo scrivente nelle

sedi competenti e recentemente recepita in seno alle nostre Società scientifiche, di elaborare un elenco di specialisti di provata esperienza, distinti per superspecialità ostetrico-ginecologiche, cui possa venir affidato, almeno nei casi di maggior complessità, l'incarico di espletare una consulenza tecnica che posseda i crismi della massima affidabilità e della più alta qualificazione professionale.

Questa proposta non vuole in alcun modo limitare o condizionare l'autonomia decisionale del giudice nella scelta del consulente tecnico d'ufficio (della quale siamo pienamente consapevoli), ma vuole offrire al magistrato un contributo culturale a fini di una corretta definizione dei casi più delicati di contenzioso giudiziario concernenti la colpa medica. **Y**



Editoriale

Le nuove Regioni per una nuova Sanità

► Segue da pagina 3

riqualificazione e di riconversione della rete ospedaliera, di innovazione tecnologica e di potenziamento dei servizi sanitari e sociali del territorio;

• migliorare le condizioni di lavoro nelle strutture sanitarie, introducendo la gestione del rischio clinico in tutte le Aziende Sanitarie e sviluppando una cultura di

prevenzione degli eventi avversi;

• definire insieme con le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e sanitaria percorsi diagnostici e terapeutici in grado di favorire l'equità di accesso dei cittadini riducendo le liste di attesa in un contesto di appropriatezza clinica ed organizzativa;

• perseguire la pari dignità professionale nelle Aziende Ospedaliere Universitarie tra la componente dipendente del Ssr e quella universitaria del Miur reclutando le intelligenze di

entrambe le appartenenze in un processo di integrazione rispettoso dei meriti di ognuno e della vocazione assistenziale e formativa del servizio sanitario;

• superare le norme che penalizzano il lavoro pubblico in sanità, a partire dalla dirigenza, e a non applicare la "rottamazione" dei dirigenti del Ssr;

• eliminare la cattiva politica dalla sanità, applicando criteri di trasparenza e di merito professionale nella nomina dei direttori generali delle Aziende sanitarie e dei direttori di struttura;

• coinvolgere le organizzazioni sindacali dei dirigenti del Ssr nelle scelte di programmazione regionale inerenti la sanità pubblica;

• attuare un percorso di stabilizzazione per i medici e gli altri professionisti sanitari che lavorano in modo precario nella sanità pubblica anche al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza;

• promuovere l'applicazione alla fase decentrata dei Ccnl sottoscritti, rispettando i tempi per il rinnovo dei contratti integrativi.