



ILPUNTO
di Carlo Sbiroli



I miracoli che servono alla ginecologia italiana

È stato un anno di notevole impegno per l'Aogoi. Buoni risultati si sono ottenuti sui problemi medico-legali e sugli esosi premi assicurativi. I miracoli ci vogliono sullo sblocco degli stipendi e della spesa sanitaria in modo da dare entusiasmo al nostro lavoro

Ogni anno nel numero di *GynecoAogoi*, che viene stampato per il Congresso Nazionale, cerco di fare il punto della situazione sulla ginecologia ospedaliera italiana. La speranza è di evidenziare un qualche cambiamento, un miglioramento della nostra professione avvenuto nell'arco dell'anno appena trascorso, che possa far sperare in un futuro migliore. I lettori più attenti ricorderanno che il bilancio dello scorso anno fu negativo. Si auspicò un miracolo (si era a Napoli e si sperava in San Gennaro). E oggi si aspetta ancora quel miracolo. In questa Italia che da alcuni anni sta attraversando un brutto momento, come dimostrano le cifre che si riferiscono alla nostra economia e i discorsi improntati al pessimismo, i medici sono tra le categorie che più di ogni altra appaiono scoraggiati. Tanto che, in questo inizio d'autunno, insieme alle forze di polizia e alle forze dell'ordine sono pronti allo sciopero generale contro il blocco del contratto dei dipendenti pubblici. Incontro colleghi ospedalieri sempre più depressi e demotivati. Arrabbiati soprattutto con le direzioni generali per le condizioni in cui sono costretti a lavorare. Il problema è che è difficile individuare un vero colpevole. La verità è che i costi aumentano e i fondi, messi a disposizione dallo Stato, diminuiscono, ed è probabile che quest'anno siano destinati a scendere ancora. Chi ha occasione di entrare in qualsiasi sala parto o nei reparti di ostetricia di un medio o grande ospedale si rende facilmente conto della situazione precaria in cui il medico è costretto a esercitare la professione. Sale parto affollate, dove molto spesso non si trova un letto libero, per cui le pazienti restano in barella per tutto il periodo del travaglio. E anche dopo il parto è difficile trovare posto in reparto dove spesso i letti sono stati ridotti per problemi di tagli dei costi. Nel frattempo la gente protesta, si dispera, attende. La condizione del personale sanitario – medico, ostetriche e infermieri – non è certamente migliore. Bloccate le assunzioni, congelati gli stipendi, sotto minaccia di nuove restrizioni, i medici lavorano sovente allo stremo, costretti a straordinari sottopagati (soprattutto nella sanità privata) nella vana attesa che

gli organici stabiliti vengano rispettati. Si deve aggiungere che questi stessi medici lavorano costantemente sotto la spada di Damocle della denuncia di malpratica, per cui fare oggi il ginecologo in definitiva non è un bel mestiere. In questo scenario l'Aogoi è sempre più impegnata nel trovare un filo d'Arianna che possa facilitare il colloquio con le istituzioni. Nella realtà, come spesso abbiamo riportato sulle pagine di questo giornale, nell'ultimo anno gli incontri tra i nostri rappresentanti e il mondo delle istituzioni si sono notevolmente intensificati. In sintesi, si può dire che buoni risultati si sono ottenuti nella ricerca di strategie per far fronte all'annoso problema medico-legale e ai sempre più esosi premi assicurativi: in luglio è stata tracciata una via importante con la creazione del primo Network europeo di Ostetricia e Ginecologia. Scarsi risultati invece si sono avuti per quanto riguarda tutte quelle richieste (miglioramento del trattamento economico, adeguamento delle strutture, ecc.) in cui in qualche modo c'entra il problema economico. All'inizio dell'anno i rapporti con le istituzioni raggiunsero il livello più basso, tanto che l'Aogoi ventilò l'idea di proclamare un nuovo sciopero, sull'esempio di quello realizzato l'anno precedente. "La soluzione alle gravi problematiche che abbiamo posto non può essere rinviata continuamente a data da destinarsi", tuonava i quei giorni il presidente Aogoi Vito Trojano, "le fasi dell'ascolto, della condivisione e delle promesse devono ora cedere il passo a una fase nuova, più difficile, quella della concretezza. Non ci battiamo per ottenere privilegi, non siamo una lobby che vuole mantenere posizioni acquisite. Siamo professionisti che si battono, anche a livello europeo, per poter operare in sicurezza e per garantire i migliori standard di assistenza alle nostre pazienti". La crisi fu superata con il buon senso delle parti. Questo facilitò i successivi incontri con il ministro della salute Beatrice Lorenzin per illustrare e discutere "i punti cardine irrinunciabili" per poter esercitare la nostra professione con qualche tranquillità. Furono incontri estremamente positivi tanto da far dire al presidente e al segretario nazionale dell'Aogoi: "l'attenzione dimostrata dal

Ministro Lorenzin per un intervento in tema di responsabilità professionale è un segnale che l'Aogoi ha valutato molto positivamente". Questo intenso lavoro di diplomazia politica, sia a livello nazionale che europeo, è sfociato nella creazione del primo network europeo di Ginecologia e Ostetricia, che rende più vicina la meta di una direttiva europea a tutela dei medici e pazienti – i due obiettivi dichiarati nel convegno europeo sulla responsabilità professionale, promosso dall'Aogoi e svoltosi il 2 luglio scorso a Roma a Palazzo Marini, presso la Camera dei deputati. Due traguardi per i quali l'associazione dei ginecologi italiani si era attivata negli ultimi mesi attraverso il coinvolgimento del Parlamento Europeo e della stessa Direzione Generale Salute della Commissione Europea e che ora, alla luce della guida italiana del semestre europeo, assumono ancora più importanza. Ci sarebbero altre cose a cui accennare, sull'impegno dell'Aogoi nel gruppo di lavoro sulla Pma, sulla promozione di strategie volte alla razionalizzazione delle risorse economiche, sui "riordini" dei punti nascita e così via. Ma tralascio, perché sono argomenti ampiamente affrontati nei numeri precedenti di questo giornale. È stato, dicevamo, un anno d'intensa attività per l'Aogoi. E questo, malgrado il blocco degli stipendi, i tagli alla spesa sanitaria e il pessimismo imperante, ci fa sperare in un futuro migliore per la nostra categoria, perché qualcosa si sta muovendo. Ci fa sperare, anche quest'anno, in un miracolo che ci consenta di risalire la china. È importante acquistare fiducia in noi stessi. Ridare entusiasmo al nostro lavoro. Ridiventare ottimisti, come è successo altre volte nella nostra storia. **Y**



Giovanni Monni

Co-Presidente congresso nazionale SIGO 2014
Past-President AOGOI
Vice Presidente World Association of Perinatal Medicine

La diagnosi prenatale invasiva è stata introdotta circa 40 anni fa. La prima tecnica è stata l'amniocentesi, poi la placentacentesi, la fetoscopia, la cordocentesi e poi il prelievo dei villi coriali (CVS). Tutte queste tecniche hanno permesso di prelevare tessuto biologico di origine fetale per la diagnosi di malattie cromosomiche e geneticamente determinate. Lo sviluppo di queste tecniche è stato facilitato dall'evoluzione delle strumentazioni, della tecnologia, della citogenetica e biologia molecolare. Le tecniche attualmente più diffuse hanno un rischio basso di perdita fetale (0.3-0.5% per il CVS e Amniocentesi, 1-2% per la cordocentesi) e comunque un costo significativo di analisi di laboratorio. Pertanto i programmi di prevenzione del Servizio sanitario nazionale hanno sempre limitato l'uso di queste tecniche prenatali ai casi maggiormente a rischio (soprattutto ai casi in cui il rischio genetico supera in percentuale il rischio di perdite fetali). Il risultato è stato che negli anni '80 il cariotipo fetale è stato offerto, per la trisomia 21, alle donne con età ≥ 35 anni (o per altre condizioni di rischio), con una "detection rate" del 40%. Con l'introduzione dello screening biochimico al II trimestre tramite "triple" o "quadruple screen", la detection rate è au-

mentata al 60%.

I progressi dell'ecografia hanno favorito la diffusione del "genetic ultrasound" tramite markers sonografici della trisomia 21 al II trimestre di gravidanza, anche se questi screening ecografici non sono stati universalmente accettati nella popolazione a basso rischio. Per molti anni nel II trimestre è stata quindi utilizzata l'amniocentesi e in alcuni casi la cordocentesi su indicazione dell'età materna o in seguito a sonogramma genetico fetale alterato. Tutto questo ha portato, nei paesi più sviluppati, ad un incremento delle indagini invasive prenatali intorno al 15-20%.

Agli inizi degli anni '90 un importante turning point è stato la misurazione della translucenza nucale fetale (NT), tra la 11a e la 14a settimana di gravidanza, associato al dosaggio biochimico delle free beta hCG e della PAPP-A per lo screening della sindrome di Down e di alte patologie fetali.

Lo screening al I trimestre con la NT ha portato la sensibilità per la trisomia 21 al 90% con il 5% di falsi positivi. Lo screening con la NT ha cambiato il corso dell'assistenza prenatale. Infatti se prima la maggior parte delle indagini fetali e controlli in gravidanza venivano eseguiti nel III trimestre di gravidanza, lo screening della NT ha anticipato i controlli al I trimestre con notevoli vantaggi per la salute psico-

Giovanni C. Urru

Co-Presidente congresso nazionale SIGO 2014
Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. di Alghero



Nel programma del Congresso Nazionale di Cagliari traspare la volontà di ripensare e completare la nostra professione secondo un percorso di umanizzazione, come testimoniano in particolare le sessioni: Partecipare per cambiare, PMA: aspettative sociali; La violenza di genere: le ostetriche con le donne; Umanizzazione della gravidanza e del parto oggi in Sardegna e Allattamento al seno e management del neonato fisiologico. Quando si tenta di scrivere su un tema come questo, si viene presi da molti dubbi e da molte incertezze. Perché un conto è un tema specialistico circoscritto, tutt'intorno delimitato da precisi e riconosciuti "paletti", entro cui si lavora con quei precisi criteri di analisi e di argomentazione propri delle nostre tecniche; altro conto è invece scrivere qualcosa sulla *Umaniz-*

zazione della Medicina.

E qui, di fronte a questo tema, i "paletti" concettuali delle tecniche funzionano solo fino ad certo punto...ed ecco che si è colti da un vago senso di impotenza, e magari tornano in mente le parole di non so più quale pensatore che affermava: "noi sentiamo che perfino nella ipotesi che tutte le possibili domande scientifiche abbiano trovato risposta, i nostri problemi vitali non sono stati ancora neppure sfiorati...". Se questa affermazione forse può valere per quasi tutte le scienze, a mio giudizio vale assai meno per la medicina. Vale meno (e forse lo dico come ostetrico-ginecologo prima ancora che come medico) per quelle scienze e per quelle tec-