

AGITE: gli hot item del dibattito al prossimo SIGO 2010

Un orizzonte comune di elevata professionalità per Territorio e Ospedale

di Maurizio Orlandella

Ginecologo ambulatoriale e consultoriale, Past President AGITE

Ancora oggi, dopo più di vent'anni di attività associativa, relazioni e convegni, il coordinamento territorio-ospedale rimane un argomento teorico, non oggetto di progetti regionali e/o nazionali. Alla tavola rotonda-confronto tra 4 regioni, nel contesto del Congresso SIGO 2010 di Milano, sul coordinamento territorio-ospedale offriremo i documenti elaborati con alcuni Primari milanesi di Ostetricia e Ginecologia, per la pianificazione del percorso della paziente e della formazione-aggiornamento. Il punto d'arrivo è lo sviluppo di processi di audit per il territorio, standardizzando presa in carico, consenso informato, emersione dei problemi, attività preventive e capacità cliniche del territorio in coordinamento coi reparti di Ginecologia e Ostetricia delle Aziende ospedaliere nel Dipartimento Materno-Infantile. Il percorso di integrazione professionale richiede che si riconoscano le differenti competenze, che si affronti la necessità di formazione e di aggiornamento anche strumentale del territorio, funzionale a corretti percorsi diagnostico-terapeutici nel contesto di una sanità pubblica di qualità che sappia utilizzare al meglio le proprie risorse.

È necessario che i vari aspetti di un'assistenza integrata trovino un consenso tra ginecologi ospedalieri e territoriali, aggiornando le parti del Piano Obiettivo Materno Infantile che trattano il ruolo del territorio, specificando le nuove esigenze di vigilanza e di prevenzione. Nel box a fianco sono elencati gli elementi organizzativi, culturali, formativi, coinvolti nel coordinamento tra gli operatori delle strutture territoriali e ospedaliere, che richiedono completamento e consenso. I documenti, che per motivi di spazio non possono essere qui riportati sono reperibili nel sito dell'Associazione dei Ginecologi Territoriali, www.agite.eu nel-

La pianificazione del percorso della paziente e la formazione-aggiornamento saranno i due temi principali nell'ampio dibattito che Agite svilupperà nel corso dei lavori del prossimo congresso nazionale di Milano. Con un obiettivo finale che per noi è prioritario: il coordinamento Territorio-Ospedale in ginecologia



la pagina dedicata al coordinamento.

GLI HOT TOPICS

1. Un argomento trattato sempre in maniera teorica

Quando si relaziona sul coordinamento Territorio Ospedale spesso si tratta di argomenti teorici e ideali, difficilmente di esperienze reali e riproducibili. Le esperienze che evidenziano la differenza di compiti tra Territorio e Ospedale sono generalmente limitate. Agite ha segnalato l'interessante realtà di coordina-

mento Territorio-Ospedale a Ostia (1), con chiusura degli ambulatori di primo livello in ospedale e la standardizzazione dei compiti, per ruolo, dei diversi operatori. Ma non si vuole parlare di esperienze isolate, benché necessarie per capire quali possono essere le trasformazioni virtuose ma, in un futuro a breve termine, di programmi allargati su base provinciale e regionale.

2. Missioni specifiche del Territorio e dell'Ospedale

Territorio - AGITE nasce con il

compito di rompere il muro comunicativo che separa ancora i ginecologi che lavorano sul territorio e in ospedale. Per questo è stata nostra esigenza definire, nel nostro primo congresso nazionale, la prestazione "visita ginecologica" (2), alquanto differente dall'ambulatorio divisionale, in quanto nominale con presa in carico nel tempo. La maggior componente dell'attività territoriale è gestita in proprio: la "presa in carico" è somma di gestione clinica, emersione dei problemi e azioni preventive, favorendo l'empowerment delle pazienti. Vi è una seconda componente legata all'opera di filtro e invio in ospedale per consulenze e interventi chirurgici.

Ospedale - Ridurre, fino a chiudere l'attività ambulatoriale ginecologica e ostetrica generalista in ospedale, vuole favorire l'aumento degli ambulatori di secondo livello e dell'utilizzo di prestazioni ad alta tecnologia e remunerazione, utilizzando al meglio le risorse professionali e umane. Piuttosto che il primo livello, compito dell'ospedale è sviluppare maggiormente la capacità di lavoro in team con colleghi di altre specializzazioni.

Territorio e Ospedale - L'informazione, l'empowerment, il consenso informato, la presa in carico del territorio si devono coniugare con le capacità tecniche e strumentali elevate dell'ospedale. Probabilmente questo è il miglior modo per fornire prestazioni di alta qualità, garantire la presa in carico associata al più elevato livello tecnologico e qualitativo, diminuendo le prestazioni chirurgiche quando non necessarie e potenzialmente dannose. Lo sviluppo di attività preventive e riabilitative possono andare di pari passo alla riduzione di prestazioni ospedaliere, che devono essere adeguatamente valorizzate. La produzione di salute dovrebbe essere il parametro non l'attività chirurgica. Con una costante valutazione di outcome e follow-up a distanza.

3. I limiti della organizzazione attuale

La mancata definizione dei compiti specifici del territorio e del-

l'ospedale, togliendo integrazione e sinergie, riduce la qualità di entrambi. Il "chi fa che cosa" sfugge, la formazione non viene indirizzata, c'è una pleora di ambulatori di primo livello, senza una vera attività di primo livello, che è anche informazione ed empowerment della donna.

Se l'azione di filtro sul territorio non è formalizzata, non funzionale, le pazienti arrivano in ospedale spontaneamente ingolfando gli ambulatori di secondo livello e il Pronto Soccorso diventa ingestibile. La razionalizzazione è possibile solo con il riconoscimento delle diverse competenze. Le direzioni generali hanno un'attenzione alla propria A.O. non necessariamente un ruolo di organizzazione sistemica della sanità regionale.

4. Una modalità scientifica di registrazione dei casi inviati

Manca ancora la cultura degli audit ospedalieri, figuriamoci degli audit territoriali o territorio-ospedale. Sarebbe auspicabile la registrazione di tutti i casi inviati dal territorio in ospedale, specificando se vi è: necessità di consulto, valutazione di secondo livello, invio preparatorio pre-intervento, outcome post-intervento o post-trattamento.

5. Documenti ospedalieri di richieste per il territorio

L'elaborazione teorica sul territorio, in particolar modo sull'attività ambulatoriale specialistica è ormai datata, ma è necessario che anche l'ospedale individui le azioni utili da richiedere al territorio, per un lavoro ospedaliero più razionale. In seguito ad una nostra richiesta, il Primario del Buzzi di Milano Enrico Ferrazzi ci ha fornito un documento (3) che tratta sia il percorso delle pazienti tra territorio e ospedale, sia la formazione post-specialistica dei ginecologi territoriali.

6. Primo livello ultraspecialistico sul Territorio

Il ginecologo consultoriale o ambulatoriale non si fa carico direttamente né dell'evento parto né degli interventi chirurgici. Il professionista perde progressivamente alcune competenze, ma deve acquisirne altre, specifiche. Chi lavora sul territorio deve essere formato alla gestione di tutti i primi livelli ultraspecialistici, iniziando correttamente il percorso diagnostico-terapeutico, eseguendo opera di filtro, non rimandando un invio necessario, inviando a centri di alta specializzazione, con modalità di lavoro in team con altri reparti. È altresì possibile e necessario definire quali ambulatori di secondo livello possono essere attivati sul territorio, le cui indagini sono da considerare come interne, "ospedaliere", non meritevoli di ripetizione. Si può coniugare semplificazione dei percorsi, con risparmio di risorse e rispetto delle competenze, migliorando al contempo la qualità. Ma come si possono richie-

► **Segue a pagina 29**

Coordinamento Territorio - Ospedale in Ginecologia e Ostetricia: gli hot topics

1. L'argomento è sempre stato trattato in maniera teorica
2. Individuazione delle missioni specifiche del territorio e dell'ospedale
3. Individuazione dei limiti della organizzazione attuale
4. Necessità di una modalità scientifica di registrazione dei casi inviati e degli outcome
5. Documenti ospedalieri di richieste per il territorio
6. Primo livello ultraspecialistico sul territorio
7. Necessità di una interfaccia ospedaliera d'eccellenza che utilizzi il lavoro in team
8. Strumenti e modalità innovative

9. Repertorio degli strumenti diagnostici, riabilitativi, terapeutici utilizzabili sul territorio prima di un invio in ospedale
10. Indirizzo di Ginecologia e Ostetricia Medico Preventiva nel Corso di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia
11. Formazione post-specialistica con individuazione delle competenze territoriali e ospedaliere
12. Organizzazione dell'area materno - infantile con sviluppo delle responsabilità e carriera territoriale

► Segue da pagina 25

Un orizzonte comune di elevata professionalità per Territorio e Ospedale

dere risorse se non si misura la qualità e il risparmio?

7. Una interfaccia ospedaliera d'eccellenza

Ogni volta che si opera un'azione di filtro si evitano gli accessi di pazienti in ospedale, la paziente ha già un luogo di cura. In caso di invio, esigenza del territorio è avere un'interfaccia in cui, certe patologie, possano avere accesso a centri di alto livello che lavorano in team, come per esempio, nei casi di endometriosi grave o oncologici.

La mancata predisposizione di un lavoro ragionato con colleghi di altre specializzazioni (chirurgici addominali, urologi, altri) rende impossibile il lavoro in team.

8. Strumenti e modalità innovative a livello di comunicazione

L'invio della paziente al Pronto Soccorso o la telefonata al collega ospedaliero amico devono essere sostituiti da telefoni diretti con il personale degli ambulatori di secondo livello e da fax, per l'invio dei casi pre-chirurgici o per consulenze urgenti. Un utilizzo razionale di posta elettronica dedicata alle comunicazioni cliniche, senza spam ingombrante può garantire una corretta comunicazione. Una infermiera o un medico ospedalieri devono essere responsabili della comunicazione tra reparto o ambulatorio di secondo livello e paziente.

Nella prima esperienza di coordinamento ufficio tra territorio e ospedale a Milano (2006), con il coinvolgimento del Professor Massimo Candiani (già primario del S. Paolo), si arrivò alla pubblicazione di una prima griglia di ambulatori di secondo livello raggiungibili telefonicamente

dagli specialisti ambulatoriali e consultoriali. In un primo incontro, i colleghi territoriali, disponibili su base puramente volontaria, esplicitarono l'esigenza di un fax in ospedale, dedicato alle comunicazioni dal territorio per l'invio oltre alla paziente, dati clinici, strumentali e laboratoristi, garantendo la certezza della comunicazione e la privacy della paziente. Un collega o un'infermiera richiamava sul cellulare la paziente per programmare un appuntamento. La attuale primaria del S. Paolo, la Prof.ssa Annamaria Marconi, ha procurato agli specialisti due griglie telefoniche, per ostetricia e ginecologia, possibilità di fax ed e-mail. Manca solo la fase della registrazione dei casi.

Il più recente coordinamento del territorio, con l'Ospedale Buzzi, per ora utilizza il riferimento telefonico dei colleghi responsabili degli ambulatori di secondo livello, ma il coordinamento di branca degli operatori è sotto la direzione di tutti i poliambulatori, non del Direttore di Ginecologia e Ostetricia.

9. Individuazione delle risorse umane e strumentali

È bene che tutte le prestazioni diagnostiche abbiano un'indicazione o un ruolo preventivo riconosciuto, evitando la diagnosi di patologie che non devono essere rimosse, riducendo le prestazioni inutili.

Percorsi diagnostico-terapeutici condivisi con gli ambulatori ospedalieri di secondo livello, lasciano al territorio, in coordinamento con i medici di medicina generale, la riduzione di prestazioni di routine inutili. Ne deve conseguire una corretta e ineludibile individuazione delle risorse umane e strumentali necessarie, omogenee in Italia nel-

la stessa misura a Milano come ad Agrigento. L'aggiornamento dei Lea e la standardizzazione delle prestazioni ginecologiche e ostetriche territoriali potrebbe rendere più omogenei gli standard sanitari italiani per l'area materno-infantile. Gli obiettivi sono coprire le carenze dei servizi territoriali, più vicini alla popolazione e con minori costi gestionali, piuttosto che risparmiare sul territorio, insieme al riconoscimento della visita ginecologica come prestazione medico-preventiva complessa (2).

10. Un nuovo Indirizzo nel Corso di Specializzazione

Tra i vari indirizzi della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia non vi è un indirizzo specifico per chi svolgerà la sua attività negli ambulatori specialistici e nei consultori. Le competenze particolari, come gestire gruppi di informazione, la popolazione adolescenziale, processi di audit, richiedono formazione specialistica standardizzata.

Anche questo è un argomento già elaborato da AGITE e specificamente da Giovanni Fattorini, presidente nazionale di AGITE. Al momento, chi lavora sul territorio deve autogestire l'indirizzo della propria formazione. Il problema è sovrapponibile ai neoassunti ospedalieri ancora non autonomi in caso di taglio cesareo o isterectomia. La loro formazione avverrà quasi sicuramente nell'ambiente lavorativo (il proprio ospedale), a carico dei colleghi anziani, mentre ciò sul territorio non è possibile.

11. Formazione post specialistica

È il livello sanitario nazionale

che dovrebbe individuare i settori di aggiornamento in relazione a obiettivi di salute definiti.

Spesso invece non ci sono nemmeno indirizzi regionali e le Aziende ospedaliere non sono interessate a predisporre i necessari aggiornamenti.

La formazione post-specialistica andrebbe decisa nel confronto con le Associazioni professionali ostetrico ginecologiche, con l'Istituto Superiore della Salute, nell'ambito di un aggiornamento della pratica ginecologica, dei percorsi diagnostico terapeutici, di programmi di salute, della comunicazione tra territorio e ospedale. Un nuovo modello condiviso di formazione aziendale del personale ginecologico del territorio, che coniughi interessi personali e progetti di salute pubblica, anche con periodi di aggiornamento in ospedale.

12. Organizzazione dell'area materno-infantile e sviluppo carriere

È opportuno che in Italia tutte le attività ostetrico-ginecologiche siano gestite dal Dipartimento Materno-Infantile e non suddivise in vari dipartimenti (famiglia, assistenza sociale, ecc.), così come delineato nell'ultimo documento AGITE (Fattorini, Viglino) sulla carriera del ginecologo territoriale. Nella Regione Lombardia, l'essere conglobato nel Dipartimento politiche per la Famiglia rende il consultorio familiare assolutamente isolato dalle Aziende ospedaliere. A Milano tutti gli ambulatori specialistici sono stati attribuiti all'Ospedale Buzzi, ma la ginecologia è sotto la direzione degli ambulatori, non sotto il coordinamento del Primario.

Come si può evidenziare dalle complessità segnalate, è necessario che chi gestisce un coordinamento di operatori territoriali, debba essere intriso di quella cultura e livello di competenze. In secondo luogo, i ginecologi territoriali non sono figli di un "Dio minore" e anche loro ricevono, come tutti, uno stimolo dall'essere in lizza per cariche dirigenziali. Lo stesso futuro sviluppo delle competenze territoriali e delle nuove opportunità di lavoro richiedono di non lasciare a dirigenti improvvisati

la complessità di questi vissuti professionali.

Verso un orizzonte comune

Anche se corredata da 15 anni di vita associativa e 3 anni di presidenza di Agite – dalla programmazione e costruzione progressiva di documenti e circa 5 anni di lavoro ufficio con i colleghi ospedalieri e universitari – anche questa è una pubblicazione teorica. Non siamo riusciti a creare un processo di audit sul coordinamento. L'auspicio è che il confronto tra le diverse realtà regionali nella sede adeguata del Congresso Sigo porti ad una consapevolezza delle difficoltà che abbiamo davanti e a soluzioni adeguate.

Riteniamo che, in vista del Congresso mondiale della Figo del 2012, le componenti ospedaliere, universitaria e territoriale siano unite nel riconoscere le peculiarità della ginecologia e ostetricia territoriale.

Le valutazioni scientifiche farmaco-economiche provengono quasi esclusivamente dall'estero e in Italia non sono mai state effettuate prendendo in considerazione il coordinamento Territorio-Ospedale. Questo lascia il finanziamento del territorio all'intuizione, all'arbitrio, ma non al riconoscimento di un ruolo economico della prevenzione delle gravidanze indesiderate, malattie sessualmente trasmissibili, infertilità, incontinenza, dismenorrea, dispareunia.

È necessario un orizzonte comune di elevata professionalità per territorio e ospedale, che veda per i professionisti la possibilità di carriera e responsabilità dirigenziali, in un sistema sanitario formato omogeneamente. Per restituire alla popolazione servizi pubblici moderni per la salute riproduttiva.

Per saperne di più

1. Canitano E. L'esperienza in ginecologia e ostetricia di coordinamento territorio - ospedale di Ostia <http://www.agite.eu/default.aspx?ID=coordinamentoto>, 2009
2. Orlandella M. Il tempo della prevenzione per età e prevenzione. La visita ginecologica. Atti del 1° Congresso Nazionale AGITE e del 9° corso AOGOI in Medicina Embrio Fetale e Perinatale. Pag 99-105; 2009
3. Ferrazzi E. Progetto di integrazione territorio ospedale su percorsi diagnostico terapeutici ginecologici <http://www.agite.eu/Documenti/Utenti/programmacolaborazioneareaginecologica.doc> 2009

NUVENIA Studio clinico Aogoi

Roberto Liguori, Vito Trojano, Antonio Chiantera

Lo studio ha dimostrato l'alta efficacia del prodotto, come è emerso dalle risposte di un campione di 101 donne

Uno studio multicentrico prospettico non controllato promosso dall'Aogoi è stato condotto sull'assorbente/salvaslip "Nuvenia".

Sono state reclutate 101 donne afferenti a 10 Centri italiani, con una distribuzione geografica pressoché paritaria tra Nord, Centro e Sud dell'Italia.

Lo studio ha dimostrato l'alta efficacia del prodotto, come è emerso dalle risposte al questionario di intervista somministrato. Nello specifico, il campione, costituito dalla maggior parte di donne di nazionalità italiana, è stato opportunamente selezionato in occasione della anamnesi raccolta al momento della prima visita ed adeguatamente informato mediante consenso informato scritto sull'end-point della sperimentazione,

conclusa dopo la prima visita con un controllo a 40 giorni.

I criteri di inclusione prevedevano: età > 18 anni; assenza di infezioni vaginali batteriologicamente accertate; assenza di lesioni vulvo-vaginali clinicamente accertate.

Il 68% del campione in esame aveva un'età compresa tra i 18 e i 40 anni e il 73% riferiva di non far uso di contraccettivi orali.

Il campione in esame ha risposto positivamente in ordine alla compliance del prodotto circa la tollerabilità, l'efficacia, il comfort (morbidezza e flessibilità) e la pressoché assenza di effetti collaterali e/o eventi avversi durante il trattamento.

Nessun caso di intolleranza dermatologica è stato riferito.