

Editoriale

Le nuove Regioni per una nuova Sanità

di Giovanni Monni

Mentre scrivo queste righe siamo alla vigilia del voto regionale di fine marzo. Al di là di come andrà a finire e di quanto muteranno o meno gli attuali assetti politici di governo nelle 13 Regioni chiamate al rinnovo delle rispettive Giunte, un dato è certo: la sanità sarà presente tra i primi punti di iniziativa dei nuovi governi regionali.

Una certezza motivata prima di tutto dall'esigenza di recuperare efficienza, sostenibilità e soprattutto fiducia da parte dei cittadini, ma anche di noi operatori.

Che, dal canto nostro, non abbiamo mancato di far pervenire sul tavolo dei candidati governatori di tutti gli schieramenti le nostre proposte e i nostri "valori" sui quali pensiamo si debbano agganciare le future iniziative di riassetto e rilancio dei diversi servizi sanitari regionali.

Lo abbiamo fatto in modo inusuale, inviando una lettera aperta da sottoscrivere quale impegno verso gli elettori il 9 marzo scorso a Roma, in occasione dell'ultima manifestazione della vertenza salute della dirigenza medica e sanitaria del Ssn cui ha aderito anche l'Aogoi.

Sono 9 punti/obiettivo che vanno dalla difesa della sanità pubblica al miglioramento delle condizioni di lavoro nelle strutture sanitarie, ma che toccano anche nervi scoperti del settore come quello delle nomine dei primari e dei direttori generali.

Ve li propongo tutti, qui di seguito, per condividere con voi le nostre idee e le nostre battaglie, con l'augurio che, indipendentemente dal colore politico che prevarrà al governo regionale, possano diventare effettivamente fonte di ispirazione per una nuova politica della sanità italiana. Perché ce n'è veramente bisogno!

Elezioni regionali 28-29 marzo 2010

IMPEGNO PER LA SANITÀ PUBBLICA

Su richiesta delle organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del Ssn promotrici della Vertenza Salute

SE ELETTO/O PRESIDENTE DELLA REGIONE MI IMPEGNO A:

- difendere e migliorare la sanità pubblica, senza tagli indiscriminati di servizi e di personale, attraverso un processo di

► **Segue a pagina 30**



Indice numero 3-2010

Primo piano

- 4 Le eccellenze e le miserie della "devolution" sanitaria**
La fotografia, Regione per Regione, scattata dall'ultimo Rapporto Osservasalute 2009
- 7 L'Analgesia epidurale in Italia, un diritto ancora poco garantito**
- 7 Una task force contro la dislessia**
- 8 Malattie rare: un universo dimenticato**
di Antonino Michienzi
Interviste a Bruno Dallapiccola e Domenica Taruscio
Le iniziative per la Giornata internazionale delle malattie rare
- 10 V CONFERENZA AMBIENTE E SALUTE**
Stop ai rischi ambientali entro il 2020
di Ester Maragò
- 12 8 MARZO/DONNEINRETE.NET**
L'integrazione parte dalla salute
di Stefano Simoni
- 14 Cosa bolle in Senato**
Prima parte dell'inchiesta di GynecoAogoi sul futuro delle leggi per la sanità. Interviste ai senatori Bianchi (Udc), Bosone (Pd), Mascitelli (Idv), Rizzi (Lega) e Tomassini (Pdl)
- 16 Obama ce l'ha fatta: la riforma sanitaria è legge**
di Stefano Simoni

Professione

- 18 Il dolore pelvico: da sintomo ad entità nosologica**
di Sandro Viglino
- 19 Il ruolo dei periti nell'accertamento della colpa medica**
di Pier Francesco Tropea
- 20 Donne medico: i tempi di vita e i tempi di lavoro**
di Vania Cirese
- 22 AGITE**
Tre obiettivi su cui orientare la nostra azione futura
di Maurizio Orlandella
- 23 La questione della colpa grave**
di Carmine Gigli
- 24 La polizza convenzione per la colpa grave messa a punto dalla Fesmed**

Aggiornamenti

- 25 Prolasso del pavimento pelvico: epidemiologia, eziopatogenesi, classificazione e diagnostica**
di Davide De Vita

Rubriche

- 28 Meditazioni** di G. Gragnaniello / **29 Fatti & Disfatti** di C. M. Stigliano / **31 Congressi / 31 Borsa di studio "Ugo Tropea"**



NUMERO 3 - 2010
ANNO XXI

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

Comitato Scientifico

Giovanni Brigato
Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Carlo Sbiroli

Direttore Responsabile

Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoagoi@hcom.it

Publicità

Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791
Fax 039 6899792

Editore

Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Anno: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in
abbonamento postale - D.L. 353/03 (Conv.

L. 46/04) Art. 1, Comma 1
Roma/Aut. n. 48/2008
Finito di stampare: marzo 2010
Tiratura 6.000 copie. Costo a copia: 4 euro
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

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.