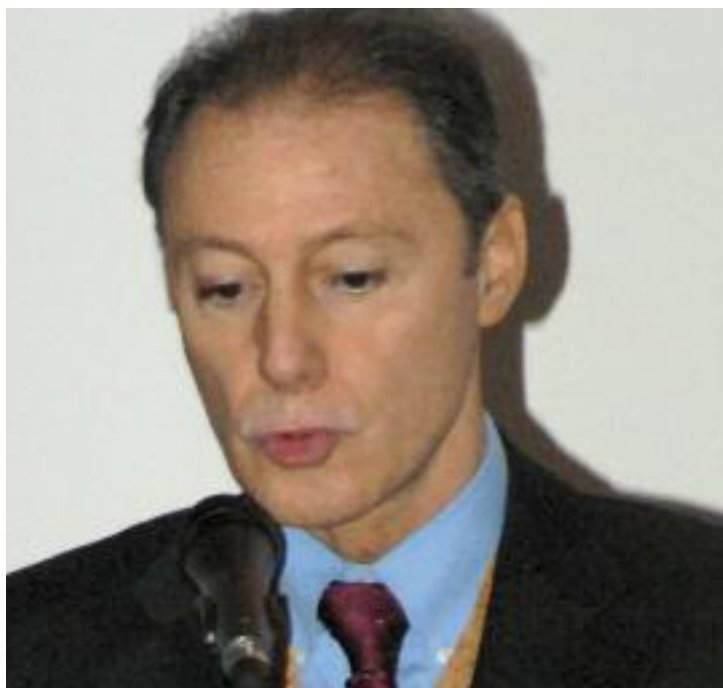


Dall'ospedale al territorio. Una direzione obbligata per il ginecologo del futuro

L'integrazione ospedale-territorio non è argomento nuovo. Fin dal 1925, quando dal regime fascista fu creata l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, la necessità dell'integrazione tra i diversi livelli dell'assistenza materna infantile è ben chiara. Nonostante ciò, molti nodi rimangono da sciogliere



Sandro Massimo Viglino

scenari inconsueti. La Ginecologia/Ostetricia è senza dubbio la disciplina specialistica che dà all'utenza il più ampio ventaglio di offerte non solo per la presenza di Uu.Oo. ospedaliere anche nelle realtà più periferiche (nonostante i tagli operati in questi ultimi anni), ma soprattutto per una capillare presenza sul territorio in qualità di ambulatori ospedalieri, territoriali, consultori familiari pubblici e privati (laici e religiosi), ambulatori gestiti dalle Leghe per la prevenzione dei tumori, ambulatori gestiti da Fondazioni, Onlus, gruppi di volontariato, ecc. Con la futura contrazione degli organici come si potrà continuare a fronteggiare un impegno come questo?

E, per restare in ambito pubblico, come si potrà armonizzare Ospedale e Territorio senza prevedere a monte una rete organizzativa funzionale e un personale medico preparato e motivato? Può la rete consultoriale

far fronte alle nuove esigenze che attendono la Ginecologia dell'immediato futuro?

Così come una sempre maggiore specializzazione tecnica dovrà caratterizzare le Ginecologie ospedaliere che, al di là delle prestazioni di base, dovranno necessariamente specializzare il proprio *modus operandi* (non è più possibile garantire prestazioni di alto livello in tutti gli ospedali relativamente a tutti i settori superspecialistici in cui la Ginecologia oggi è impegnata) così anche il territorio dovrà "specializzare" i propri interventi. Per poter trasferire sul Territorio funzioni e risorse oggi allocate in Ospedale occorre che il primo si attrezzi sia in termini di strumentazioni e attrezzature sia in termini di personale; lo specialista che opera esclusivamente o prevalentemente sul Territorio dovrà essere in grado di far fronte ai compiti che un approccio clinico completo e all'altezza della domanda impone

(screening, primo soccorso, diagnostica di I e II livello, ecc.). Questo vale anche per il personale di assistenza, per il quale il territorio non dovrà essere il luogo dove "imboscarsi" ma dove potrà svolgere il proprio lavoro in modo altrettanto dignitoso che in Ospedale.

Parola d'ordine: interdisciplinarietà

Il Consultorio, d'altro canto, è nato con un'altra importante finalità: quella di occuparsi della donna, del bambino e della coppia in un contesto che non può e non deve essere semplicemente ambulatoriale perché richiede doti di ascolto, di elaborazione e interpretazione della domanda che richiedono spesso competenze interdisciplinari (questo è il vero lavoro di équipe!) con quei collegamenti al "sociale" che la reale gestione della coppia può richiedere. A questo, d'altra parte, tende la sempre più stretta collaborazione fra Distretti sanitari e sociali nella prospettiva di un unico Distretto socio-sanitario (lasciando ai Comuni la gestione delle funzioni sociali affidate così come è già in atto in molte parti d'Italia). Se, nonostante i consultori si avviino verso il loro 35° anno di vita l'80% delle donne gravide preferisce rivolgersi al privato (anche intramoenia), significa che uno degli obiettivi fondamentali per cui i consultori sono stati istituiti è fallito e molto resta ancora da fare.

La gravidanza e il percorso nascita in genere, la contraccezione, la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza (legge 194), la sessualità, le problematiche degli adolescenti: questi sono gli obiettivi per i quali la rete consultoriale è stata creata. Purtroppo se guardiamo la realtà del quotidiano ci accorgiamo che le cose non stanno così. Occorre, è vero, rifi-

nanziare la rete dei consultori dopo anni di abbandono e di indifferenza, ridarle fiato e visibilità ma indicando con chiarezza quale dev'essere il vero target. E anche la "vocazione" professionale di chi ci lavora dev'essere consona.

Al resto della rete ambulatoriale territoriale competono altri compiti non contrapposti ma integranti il percorso consultoriale. Prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie a trasmissione sessuale (Mts) e, conseguentemente, diagnosi precoce oncologica, ecografia office, prevenzione e diagnosi della patologia del pavimento pelvico, prevenzione e diagnosi di I livello dell'infertilità, diagnosi precoce della patologia mammaria, clinica e diagnostica della postmenopausa costituiscono esempi concreti di come funzioni attualmente svolte in ambito ospedaliero possano trovare piena dignità e più logica collocazione se affidate al territorio.

Una proposta in 4 punti

Aogoi e Agite hanno recentemente presentato all'attenzione del Ministero della Salute una proposta che cerca di coagulare quanto sopra enunciato, fornendo indicazioni concrete anche su un possibile modo di realizzare una vera e propria riorganizzazione dell'area ginecologica. Eccone in sintesi i principali obiettivi:

- Uniformare sul territorio nazionale l'organizzazione delle attività consultoriali che dovrebbero essere strutturate come Unità Operative Complesse, su base distrettuale o multidistrettuale, dirette da una figura Dirigente del comparto sanitario (Medico con specializzazione attinente alle attività consultoriali - Psicologo) cui è affidata la gestione delle figure professionali previste dal Pomi;
- Integrare in maniera armonica le funzioni svolte dai Distretti sanitari e le Uu.Oo e le Attività consultoriali circa la gestione del personale e le attività più specificamente ambulatoriali da parte del personale laureato (medico e non).

- Istituire Uu.Oo. complesse di Ginecologia Medico Preventiva che, a livello sovra e interdistrettuale, coordinino le attività ginecologiche territoriali (consultori e piastre poliambulatoriali) raccordando le funzioni svolte dal Territorio con quelle dell'Ospedale e creando un circuito virtuoso Territorio/ Ospedale per quel che attiene alle prestazioni diagnostico-terapeutiche di II livello. La deospedalizzazione di tali funzioni consentirebbe l'alleggerimento di funzioni non proprie degli ambulatori ospedalieri, il completamento del ciclo della prevenzione di primo e secondo livello anche nell'ambito degli screening, l'eventuale riconversione di strutture ex ospedaliere, l'abbattimento drastico delle liste d'attesa e una più organica e razionale integrazione tra strutture territoriali e ospedaliere di ginecologia con evidenti vantaggi per l'utenza.

- Tutto ciò (specie nelle Asl di maggiori dimensioni) dovrà essere comunque concepito nell'ambito del Dipartimento materno-infantile, affidato a personale medico apicale (II livello dirigenziale), in possesso di specialità affini per l'ambito specialistico considerato (Ginecologi - Pediatri), con incarico biennale e secondo la regola dell'alternanza.

Affermare, come fanno molte Regioni, che le risorse economiche trasferite dall'ospedale al territorio sono e saranno sempre più consistenti e poi, nei fatti, lasciare tutto come sta, non fa il gioco di nessuno: né il loro in quanto politici né il nostro in quanto operatori né, soprattutto, quello dei tanto incensati (solo a parole) pazienti.

Uno sforzo comune

Da parte nostra occorre, peraltro, un atto di coraggio. Il coraggio di un cambiamento culturale profondo che accetti una realtà diversa rispetto a quella di solo pochi anni fa e che faccia superare a ognuno di noi quell'atteggiamento un po' classista per il quale conta più l'etichetta che sta sopra la porta piuttosto che chi ci lavora e che ha portato a discriminare il collega universitario rispetto all'ospedaliero e quest'ultimo rispetto al territoriale. Se non si comprende che, volenti o nolenti, occorre cercare in tutti i modi di unire le forze, il futuro cui si accenna nel titolo sarà molto più amaro di come possiamo aspettarcelo.

**Viglino nuovo
Revisore dei Conti Sigo**
Nel corso del Congresso nazionale Sigo-Aogoi di Bari Sandro Massimo Viglino è stato nominato Revisore dei Conti Effettivo Sigo. La carica era stata già ricoperta dal compianto Ugo Montemagno.

CONGRESSO
SIGO-AOGOI