

di Luigi Frigerio e Paolo Scollo*

Primario ospedaliero di Bergamo
* Primario ospedaliero di Catania

Dal "sapere" al "saper fare"

La formazione in ginecologia e ostetricia in Italia necessita di un radicale rinnovamento.

Lo testimonia anche la discussione apertasi durante il Congresso di Napoli tra ospedalieri e universitari.

Ma la chiave sta nel dare agli ospedali un ruolo centrale nell'ambito dell'insegnamento qualificato

La recente contrapposizione, nata durante il Congresso Sigo di Napoli, ha innescato un'ampia discussione sui rapporti fra medici ospedalieri e universitari. Uno dei temi cruciali posto al centro dell'assemblea Nazionale Aogoi del 16 ottobre 2007 è quello degli assistenti in formazione nell'ambito della nostra disciplina. La prospettiva di inserimento dei giovani medici nel mondo professionale risulta oggi difficoltosa e la stessa possibilità di imparare praticamente un lavoro nelle cliniche universitarie italiane, già intasate dai medici strutturati, appare un'impresa indubbiamente difficile. La Comunità Europea, con il Trattato di Roma del 1993 (Art. 4), ha stabilito il *training log-book* per documentare i livelli di apprendimento raggiunti dagli assistenti in formazione. Lo European Board and College of Obstetrics and Gynaecology prevede per ogni giovane specializzando l'esecuzione in due anni di 200 ecografie ostetriche, 100 parti fisiologici, 40 parti operativi e 40 tagli cesarei. Secondo tale direttiva, l'assistente deve eseguire in due anni 50 colposcopie, 25 isteroscopie, 100 ecografie ginecologiche, 40 laparoscopie diagnostiche, 20 laparoscopie operative e 40 isterectomie. In Germania la compilazione del *log-book* è rigorosa e obbligatoria per 5 anni. Chi non esegue le prestazioni stabilite non può diventare specialista nell'ambito della nostra disciplina. In Francia il programma formativo dipende dai singoli ospedali, mentre in Irlanda e nel Regno Unito il *log-book* è obbligatorio dopo il primo biennio (di fatto la specialità qui dura 7 anni). In Italia la compilazione del *log-book* rappresenta un evento del tutto virtuale, escludendo solo rare eccezioni. Inutile negare che la riforma sanitaria nel nostro Paese non potrà prescindere in futuro dal nodo centrale degli assistenti in formazione in ospedale.

Un tempo, lo specializzando veniva considerato forza lavoro servile a costo zero da utilizzare per mansioni ancillari. La certificazione europea del titolo di medico specialista richiede oggi un cambiamento radicale. L'Italia

deve adeguarsi agli standard europei. La mancata applicazione della normativa comunitaria sulla formazione dei giovani medici, con la trasformazione delle attuali borse di studio universitarie in contratti di lavoro per assistenti in formazione, è uno dei motivi che sostiene l'attuale disagio. Il problema non è secondario perché negli ospedali italiani scarseggiano specialisti in discipline importanti come la pediatria, l'anestesiologia, la cardiologia e l'ostetricia. Molti professionisti preferiscono lavorare in ambito privato oppure optano, come fanno tanti pediatri, per la medicina di base che offre migliori garanzie economiche a fronte di impegni lavorativi assai più contenuti. E allora che fare? Sappiamo che



Tra i vari Paesi dell'Unione Europea si registra una gran differenza rispetto all'attenzione alla pratica clinica per la formazione dei giovani medici: un quadro assai articolato cui dedicheremo analisi approfondite nei prossimi numeri di questa rivista

le prestazioni specialistiche vengono erogate soprattutto in ambito ospedaliero dove i pazienti si rivolgono più frequentemente per le diagnosi e la cura delle malattie. Nel nostro Paese esistono molti ospedali ad alta specializzazione che potrebbero contribuire a formare nuovi specialisti di cui abbiamo urgentemente bisogno. La legge italiana (368/99 Titolo VI) sulla formazione dei medici specialisti al Capo I, Art. 38 recita che "In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo". Questa norma contrasta con le regole europee oggi in vigore. La formazione pratica da noi

viene generalmente posticipata dopo l'ingresso dello specialista in ospedale con un ritardo formativo di 5 anni. Lo specializzando non potrà essere lasciato alla mercè di se stesso, ma dovrà lavorare accanto a colleghi più anziani ed esperti. L'assistente in formazione deve imparare il mestiere non dai libri, ma dall'esempio e dalla pratica quotidiana in ospedale. Questo purtroppo attualmente non accade. Responsabile di questa situazione è soprattutto l'Università che detiene il monopolio della formazione. Eppure l'Università ha bisogno dell'Ospedale perché la legge europea sulla formazione prevede la compilazione di un elenco preciso delle prestazioni erogate e degli interventi eseguiti. Le

università si convenzionano con gli ospedali dotati di casistiche numerose e complesse per favorire la formazione dei giovani medici. Tuttavia solo raramente e per brevi periodi di tempo gli specializzandi vengono inviati presso le strutture ospedaliere convenzionate capaci di svolgere un ruolo formativo.

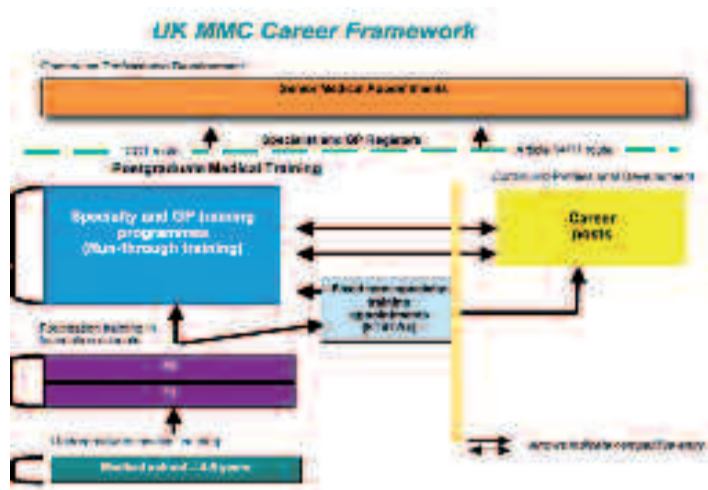
Si privilegia oggi il "sapere" sul "saper fare". In realtà lo specializzando deve soprattutto "saper fare", sviluppando gli aspetti pratici dell'operatività. Occorre perciò dare agli ospedali responsabilità e capacità di operare nell'ambito di un insegnamento qualificato. La "borsa di studio per medico in addestramento" dovrà essere sostituita dalla "borsa di studio per assistente in formazione". La preparazione degli specializzandi potrà in tal modo coinvolgere il Sistema sanitario nazionale, rompendo il monopolio formativo dell'Università. Si dovrà aumentare il numero dei docenti per la formazione dei futuri specialisti, utilizzando la disponibilità di medici ospedalieri qualificati. Dobbiamo allinearci al modello europeo con criteri di certificazione rispettosi delle regole comunitarie. Si dovranno accreditare i reparti di insegnamento e si dovrà stabilire un'anagrafe che faciliti la pianificazione dei medici in formazione. La certificazione del *log-book* dovrà avvenire secondo criteri di trasparenza delle competenze acquisite. Le Regioni, nell'ottica della programmazione, svolgeranno un ruolo decisivo per garantire il rapporto di collaborazione fra Università e Ospedale. Tutti riconoscono che si deve cambiare e il cambiamento sta proprio nella figura dell'assistente in formazione che è l'equivalente del *resident* statunitense. Questa nuova figura deve trovare un suo statuto di posizione nel Sistema sanitario nazionale. Il nodo degli specializzandi resta così centrale nell'ambito di una riforma del sistema sanitario che si rivolga al contratto di impiego dei medici. Intanto il problema del rinnovamento degli ospedali esiste e dovrà essere velocemente risolto nell'interesse di medici e pazienti.

ultimora

La formazione medica in ospedale Cosa accade nei maggiori paesi europei

GRAN BRETAGNA

Il sistema britannico è stato modificato a partire dal 2005 e da quest'anno è attivo il nuovo programma *Modernising medical careers*. Già per il conseguimento della laurea presso una *Medical school* è prevista una forte presenza dell'esperienza ospedaliera, soprattutto negli ultimi anni di studio: schematicamente, dopo un biennio accademico in cui tuttavia pratica e teoria sono mescolate (si adotta un metodo detto *Problem-based learning*), si segue infatti un triennio in cui è prevalente la pratica clinica in ospedale. I *junior doctors* usciti dalla *Medical school* seguono quindi due anni di formazione in ospedale (*Foundation house officer*). Durante il primo anno, si viene assegnati a rotazione a tre o quattro posti in diverse specialità ospedaliere; la formazione prevede almeno tre mesi di medicina generale e tre mesi di chirurgia generale mentre nel secondo anno si possono approfondire anche altre specializzazioni come pediatria, medicina d'emergenza, ostetricia, psichiatria, eccetera. Dopo i due anni di *Foundation house officer*, si procede al conseguimento della specializzazione attraverso un percorso formativo che prevede l'inserimento in una struttura di cura per una durata da 3 a 8 anni.



SPAGNA

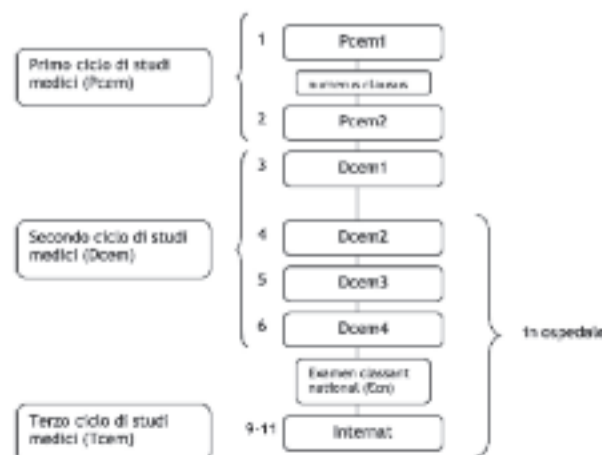
In Spagna il conseguimento della specializzazione, ad eccezione di poche specialità (*Medicina familiare, spaziale, del lavoro, dello sport, legale*; per *Medicina preventiva e Stomatologia* è previsto un regime transitorio), può avvenire soltanto mediante pratica ospedaliera effettuata in qualità di *Medico residente* iscritto nel Registro degli specializzandi. L'ammissione a tale percorso prevede il superamento di un esame. I medici residenti sono soggetti a valutazione annuale formulata da un Collegio giudicante in ciascun Centro ospedaliero.

GERMANIA

In Germania, il nuovo sistema di studi in Medicina, in vigore dal 2004, ha eliminato l'internato obbligatorio post-lauream quale requisito per l'acquisto dell'abilitazione. I criteri pratici della formazione sia universitaria che di specializzazione sono demandati ai singoli *Laender* con la previsione, su base federale, di un minimo di sei anni di studi universitari comprendenti 48 settimane continuative di pratica clinica in strutture di cura e tre mesi di tirocinio infermieristico. In ogni caso è previsto che il medico specializzando sia inquadrato come assistente o *junior doctor* con rapporto di *lavoro full time* nella struttura ove consegue la specializzazione.

FRANCIA

In Francia, gli studi di medicina durano da nove a undici anni e prevedono una formazione pratica maggiore via via che si va avanti con gli anni di studio. Dopo un primo biennio accademico, il secondo ciclo di studi della durata di quattro anni (*Deuxième cycle des études médicales, Dcem*) prevede un primo anno teorico e altri tre, detti dell'esternato, condotti in una struttura ospedaliera universitaria associata alle facoltà di medicina; generalmente ogni anno si seguono quattro stage di tre mesi in un servizio di specialità: alcuni stage, come pediatria o ginecologia, sono obbligatori, altri possono essere scelti all'inizio di ogni anno o trimestre. Al termine del sesto anno, previo il superamento dell'esame di abilitazione (*Examen classant national, Ecm*), si è ammessi al terzo ciclo di studi, detto dell'Internato che si svolge interamente in Centri ospedalieri dove viene conseguita la specializzazione oltre che proseguendo gli studi anche mediante il lavoro ospedaliero. Lo specializzando viene inserito come interno nella struttura ospedaliera, è direttamente coinvolto nell'attività terapeutica, può effettuare prescrizioni, è tenuto a prestare le guardie ma deve avere sempre la possibilità di rivolgersi a uno specialista senior per prendere le decisioni. L'Internato dura da tre a sei anni a seconda delle specializzazioni.



Aborto, RU-486 e cure per i pre-termini: il ministro chiede il parere del Ccs

Lo scorso 8 gennaio Livia Turco ha inviato al presidente del Consiglio superiore di sanità una lettera in cui chiede all'organismo di esprimersi sui temi "caldi" legati a interruzione di gravidanza e maternità

■ L'uso della RU-486 è compatibile con la legge 194? Si possono formulare indicazioni scientificamente fondate e condivisibili sulla definizione di possibilità di vita autonoma del feto? E quali sono gli interventi di assistenza idonei per i nati molto pre-termini? Sono questi i quesiti che il ministro della Salute Livia Turco ha sottoposto al Consiglio superiore di sanità in una lettera inviata al suo presidente, Franco Cuccurullo, lo scorso 8 gennaio. L'intervento del ministro sembra la naturale conseguenza della crescente attenzione che il dibattito sul tema dell'aborto ha sollevato in questi ultimi tempi. Un'attenzione che ha portato la stessa Livia Turco più volte a precisare la sua posizione in merito: "ritengo che la legge 194 sia una legge saggia, lungimirante, quanto mai attuale e soprattutto capace di coniugare responsabilità della donna e responsabilità del medico di fronte a decisioni di massima importanza" ha ribadito il ministro nella lettera indirizzata al Ccs. Il testo del quesito al Ccs formulato dal ministro sull'argomento è il seguente: "in relazione a quanto contemplato dall'art. 7 della legge 194 del 1978 che recita: 'quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a dell'art. 6 (che recita: 'quando la gravidanza o il parto comportano un grave pericolo per la vita della donna') e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto', chiedo di formulare un parere, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche e delle evidenze ad oggi dimostrate, sulla possibilità di estendere a tutto il territorio nazionale specifiche indicazioni sulla definizione di possibilità di vita autonoma del feto". Ma a spingere il ministro a richiedere il pronunciamento del massimo organo di rappresentanza istituzionale della comunità scientifica italiana è anche il fatto che nelle prossime settimane l'Aifa terminerà l'iter dell'autorizzazione

all'immissione in commercio del farmaco abortivo RU-486 attraverso la procedura di mutuo riconoscimento prevista dalla normativa europea e vincolante per tutti i Paesi dell'UE. Sulla compatibilità della registrazione, commercializzazione e impiego della RU-486 con la legge 194, il direttore generale dell'Aifa Nello Martini si era già espresso positivamente in una missiva indirizzata al ministro lo scorso 7 novembre in cui precisava che l'impiego del farmaco non ha effetto induttivo o facilitante delle procedure abortive. "Infatti - si legge nella lettera di Martini citata dalla stessa Livia Turco - la pillola RU-486 sarà autorizzata per l'impiego esclusivamente in ospedale, secondo le procedure e le modalità previste dalla 194". Tuttavia è lo stesso direttore generale dell'Aifa a sollecitare il ministro a chiedere il parere del Ccs sull'argomento, in modo che il Cda dell'Agenzia possa eventualmente procedere all'atto definitivo della Autorizzazione alla immissione in commercio (AIC) della RU-486. Per questo il ministro ha chiesto all'organo presieduto da Cuccurullo "anche sulla base di quanto osservato dal Direttore dell'Agenzia italiana del farmaco, di formulare un parere sulle modalità di impiego di tale farmaco nel pieno rispetto della legge 194 del 1978". Infine Livia Turco si è voluta anche soffermare sulla necessità di formulare indirizzi per gli operatori sanitari in materia di assistenza neonatale per i nati con molto anticipo rispetto al termine naturale e in generale sulla gravidanza e il parto. "In relazione alla opportunità di individuare protocolli per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse - è il testo dell'ultimo quesito formulato dal ministro - chiedo di esprimere un parere per definire gli ambiti temporali e le modalità di assistenza più idonee a garantire la tutela della salute e la dignità del neonato e della madre in linea con le più aggiornate evidenze scientifiche".