

di Serafino Zucchelli Sottosegretario al Ministero della Salute

La formazione medica postlaurea e il ruolo degli ospedali

Nel 1992 un autorevole professore universitario definiva la formazione medica post-laurea "un sistema in deprecabile stato di funzionamento" accusando le scuole di specializzazione di tradire "il mandato professionalizzante - in tutta la dignità e pregnanza del termine - che la legge assegna loro" (G. Renga)

Dopo 15 anni e due modifiche legislative, la situazione non appare sostanzialmente cambiata. L'attuale sistema formativo post-laurea, che di fatto esclude le competenze e le prerogative del Ssn, non soddisfa né i soggetti in formazione, che anche dopo l'adeguamento alla normativa europea vivono una condizione professionale inadeguata, né i cittadini perché la relativa ristrettezza delle strutture formative non garantisce a sufficienza l'acquisizione delle indispensabili competenze ed esperienze, né le Regioni perché di fatto parcheggia preziose risorse professionali in circuiti formativi estranei alle esigenze del sistema.

Nell'anno accademico 2006-2007 per l'immatricolazione nei corsi di laurea del settore sanitario in 43 Facoltà di Medicina erano disponibili circa 19.735 posti ai quali aggiungere oltre 5000 contratti di formazione lavoro post-laurea in 1740 scuole di specializzazione in cui la pratica professionale dovrebbe rappresentare il 70% dei Cfu.

A fronte di questa crescita dell'offerta formativa l'apporto del personale laureato del Ssn, pur previsto dal D.lvo n. 502/92 e s.m., è ancora di scarsa rilevanza quali-quantitativa, risentendo verosimilmente sia della "parsimoniosa" applicazione di parte universitaria e regionale, dell'articolo 6 di tale decreto, sia dell'assenza di elementi incentivanti, in termini economici e di carriera, per il personale ospedaliero che fornisca una funzione didattica oltre che assistenziale. In sostanza, la previsione normativa di dover rispondere attraverso le convenzioni con le Regioni, alle esigenze della formazione post-laurea in strutture del Ssn è sostanzialmente disattesa essendo noto che gli specializzandi costituiscono un'importante, ancorché occulta, risorsa delle strutture universitarie, in grado di assicu-

La didattica della medicina deve orientarsi verso un modello in cui la preparazione teorica sia immediatamente inclusa nell'attività pratica con un rapporto docente-discente sempre più diretto e capillare. Per fare in modo che le funzioni "tutoriali" sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula



rare i volumi produttivi che ne giustificano la esistenza. Eppure, il modello formativo moderno non può essere più quello tradizionale delle facoltà, insufficiente per logiche e dimensioni a far fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico. Una discussione sui futuri luoghi della didattica medica deve prendere in considerazione nuovi contenitori ove la preparazione teorica sia immediatamente embricata nell'attività pratica con un rapporto docente-discente diretto e capillare e le funzioni tutoriali sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula. Tali contenitori, che altrove si chiamano "Ospedali d'Insegnamento", realizzano un modello integrato d'insegnamento clinico, di ricerca medica e di assistenza, recuperando il ruolo formativo del Ssn e mettendo in discussione la autoreferenziale superiorità culturale dell'università nella formazione post laurea ed il conseguente monopolio teso a rimarcare la diversità del mondo accademico rispetto a quello ospedaliero del Ssn.

La carenza forse più macroscopica del decreto legislativo n. 517/99 è non aver previsto una ridefinizione del ruolo del personale medico ospedaliero negli ospedali sede di insegnamento. Carenza ben grave ove si consideri che la stragrande maggioranza del personale che opera in tali Aziende afferisce al Ssn, che la perdurante differenziazione dei ruoli operativi è una delle cause delle conflittualità riscontrate e che nell'accresciuto compito formativo nell'ambito delle specializzazioni mediche a norma Ue e dei corsi di laurea delle professioni sanitarie tale personale è chiamato ad esercitare

un ruolo rilevante, regolamentato da appositi protocolli e rafforzato dalla previsione in capo al dirigente ospedaliero della titolarità dei corsi svolti presso una struttura del Ssn. Il sistema ospedaliero può orientare i nuovi professionisti verso quei valori di qualità, appropriatezza, corretto uso delle risorse che rendono equo e sostenibile il Sistema sanitario in un'epoca di risorse economiche limitate. Anche la formazione pratico-professionale si acquisisce al meglio negli ospedali che hanno una naturale vocazione all'insegnamento pratico del "saper fare e saper essere", ambiti propri e peculiari delle strutture del Ssn. I Paesi europei hanno regole diverse in merito alla formazione post-laurea ma in nessun caso essa è di esclusiva pertinenza dell'Università. Dovunque è svolta negli ospedali, compresi quelli universitari.

"La sinergia tra le missioni di ricerca applicata, formazione e pratica clinica è l'obiettivo cui dovrebbero tendere tutti gli ospedali e l'ospedale di insegnamento è il luogo dove realizzare al meglio tale sinergia"

La formazione medica è, tra l'altro, uno dei punti principali di riferimento per la libera circolazione dei medici all'interno dell'Unione europea. Questa libertà di movimento deve essere sostenuta da sistemi formativi e di accreditamento che portino a standard reciprocamente accettabili e in continuo miglioramento, in modo che i pazienti abbiano realistiche aspettative di ricevere un'elevata qualità di assistenza dovunque vivano e a prescindere dall'area in cui il medico sia stato formato. Al fine di garantire la qualità della formazione svolta, la L. 257/91 prevede i requisiti minimi che le strutture devono possedere e un impegno a tempo pieno dello specializzando finalizzato al raggiungimento di obiettivi

formativi di crescente e progressiva complessità. Tuttavia tali obiettivi rimangono in gran parte disattesi, sebbene spesso certificati al momento degli esami finali. In Italia, il rapporto giuridico fra specializzando e Scuola ha finalmente assunto caratteristiche di formazione-lavoro previste dalla Direttiva 93/16/Cee sulla libera circolazione dei

medici, attuata con il D.Lgs. n. 368/99. Ciò, però, non evita che gli specialisti che effettuano i loro studi in Italia possano accedere agli incarichi di livello più elevato quando sono in media di cinque anni più vecchi rispetto ai colleghi europei, con peggiori prospettive per quanto riguarda l'esperienza e la carriera. Non possiamo permetterci una elevata soglia di accesso al lavoro medico, per cui occorre cominciare a domandarsi se non costituisca una eccessiva rigidità strutturale l'obbligo della specializzazione per accedere alla dirigenza medica del Ssn o non sia preferibile consentire l'inserimento del neolaureato nei posti vacanti, quale "medico in formazione", assicurandogli il percorso professionalizzante adeguato, integrato con componenti teoriche.

Un progetto finalizzato alla formazione dei medici specialisti che opereranno in un Ssn moderno e adeguato alle necessità dei cittadini deve uscire dalle logiche accademiche, che rimangono in Italia orientate più al sapere teorico che ad un'efficace pratica clinica. Infatti il "saper fare e saper essere", è caratterizzato dalla capacità di scegliere, sia in campo diagnostico che terapeutico, fra varie possibilità quella che maggiormente si adatta al singolo paziente attraverso ampie conoscenze e, soprattutto, capacità decisionale, ("decision making"). L'evoluzione della medicina ha prodotto diversi settori di competenza, le Specializzazioni, che il mondo accademico tende a mantenere separati rischiando di perdere così la visione del paziente nella sua globalità. L'"integrazione specialistica" è parte del sapere efficace e rende il medico maggiormente competente non solo nei confronti della pratica clinica, ma anche per quel che riguarda gli aspetti organizzativi e gestionali. Le Regioni, avvalendosi del D.lgs 229/1999, art. 16 sexies, e della modifica del titolo V, possono assumere come base metodologica e supporto organizzativo la Rete Formativa Regionale per realizzare quell'idea di Ospedale d'Insegnamento che dovrebbe costituire il nucleo portante di una vera integrazione

Un progetto finalizzato alla formazione dei medici specialisti che opereranno in un Ssn moderno e adeguato alle necessità dei cittadini deve uscire dalle logiche accademiche, che rimangono in Italia orientate più al sapere teorico che ad un'efficace pratica clinica. Infatti il "saper fare e saper essere", è caratterizzato dalla capacità di scegliere, sia in campo diagnostico che terapeutico, fra varie possibilità quella che maggiormente si adatta al singolo paziente attraverso ampie conoscenze e, soprattutto, capacità decisionale, ("decision making"). L'evoluzione della medicina ha prodotto diversi settori di competenza, le Specializzazioni, che il mondo accademico tende a mantenere separati rischiando di perdere così la visione del paziente nella sua globalità. L'"integrazione specialistica" è parte del sapere efficace e rende il medico maggiormente competente non solo nei confronti della pratica clinica, ma anche per quel che riguarda gli aspetti organizzativi e gestionali. Le Regioni, avvalendosi del D.lgs 229/1999, art. 16 sexies, e della modifica del titolo V, possono assumere come base metodologica e supporto organizzativo la Rete Formativa Regionale per realizzare quell'idea di Ospedale d'Insegnamento che dovrebbe costituire il nucleo portante di una vera integrazione

Un progetto finalizzato alla formazione dei medici specialisti che opereranno in un Ssn moderno e adeguato alle necessità dei cittadini deve uscire dalle logiche accademiche, che rimangono in Italia orientate più al sapere teorico che ad un'efficace pratica clinica. Infatti il "saper fare e saper essere", è caratterizzato dalla capacità di scegliere, sia in campo diagnostico che terapeutico, fra varie possibilità quella che maggiormente si adatta al singolo paziente attraverso ampie conoscenze e, soprattutto, capacità decisionale, ("decision making"). L'evoluzione della medicina ha prodotto diversi settori di competenza, le Specializzazioni, che il mondo accademico tende a mantenere separati rischiando di perdere così la visione del paziente nella sua globalità. L'"integrazione specialistica" è parte del sapere efficace e rende il medico maggiormente competente non solo nei confronti della pratica clinica, ma anche per quel che riguarda gli aspetti organizzativi e gestionali. Le Regioni, avvalendosi del D.lgs 229/1999, art. 16 sexies, e della modifica del titolo V, possono assumere come base metodologica e supporto organizzativo la Rete Formativa Regionale per realizzare quell'idea di Ospedale d'Insegnamento che dovrebbe costituire il nucleo portante di una vera integrazione



Serafino Zucchelli

“Un progetto finalizzato alla formazione dei medici specialisti che opereranno in un Ssn moderno e adeguato alle necessità dei cittadini deve uscire dalle logiche accademiche”

tra Ssn e Università. Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali, di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere e territoriali all'interno di un bacino d'utenza circoscritto, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza a rotazione sia in sedi con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo. Tale previsione, raf-

forzata da un inserimento pieno negli ultimi due anni all'interno delle Uu.Oo. del Ssn, è contenuta nel Ddl sull'ammodernamento del sistema sanitario che il ministro della Salute si prepara a portare al Consiglio dei Ministri.

La sinergia tra le missioni di ricerca applicata, formazione e pratica clinica è l'obiettivo cui dovrebbero tendere tutti gli ospedali e l'ospedale di insegnamento è il luogo dove si realizza al meglio tale sinergia. La colla-

borazione con l'Università può avvenire nell'indipendenza normativa e organizzativa dei ruoli al fine di ottenere la professionalizzazione dei

medici e la trasformazione di un laureato da prodotto semilavorato a professionista completo, in una logica di rete che regoli il percorso formativo degli specializzandi all'interno delle strutture del Ssn e valorizzi la profes-

sionalità dei suoi operatori. L'ospedale di insegnamento è struttura di importanza cruciale in qualsiasi sistema sanitario ma, nel nostro Paese, rischia di rimanere vittima di quell'intrico di norme contraddittorie e incoerenti che ha prodotto conflitti e problemi tra Ssn e Università. Oggi è una realtà legislativa negata. Ma se non si cambia non c'è salvezza per il sistema formativo e si mette a rischio la sopravvivenza di quello assistenziale. ■

Romano C. Forleo *, Anna Paola Cavalieri, Patrizia Forleo*****

Come educare all'assistenza alla nascita

Il presidente dell'American College of Obstetricians and Gynecologists (Acog) ha recentemente presentato un piano di studi affinché i ginecologi degli Stati Uniti non abbandonino troppo presto l'ostetricia. Questa tendenza a dedicare all'assistenza alla nascita solo i primi anni di vita professionale viene favorita anche in Italia dalle sempre più frequenti problematiche medico-legali che pesano su questo delicato settore, richiedendo un impegno rilevante, in termini fisici e psicologici. In altre parole si tratta di un "lavoro usurante" che incide non poco sulle malattie vascolari e metaboliche.

L'abbandono da parte di molti ginecologi dell'assistenza alla nascita denatura la stessa specialità di ginecologia. L'ostetricia è, infatti, definita in tutto il mondo come branca fondamentale della ginecologia, specialità della medicina, includente tutto il settore riguardante la genitorialità e la sessualità femminile. In questi ultimi anni nella ginecologia (gyné = donna) sono state inoltre incluse dalla Figo quattro sottospecialità: fisiopatologia della riproduzione, perinatologia, oncologia ginecologica, uroginecologia.

È importante ricordare che il ginecologo (d'ora in avanti useremo il termine maschile come "neutro", anche se l'attuale e prossima generazione di ginecologi sarà prevalentemente costituita da donne) non può più limitarsi ad essere "medico dell'apparato riproduttivo e sessuale della donna", ma deve essere sempre più "medico della persona di genere femminile", includendo in questi termini anche i suoi aspetti cognitivi, emotivi e

I ginecologi tendono sempre più ad abbandonare l'assistenza alla nascita dopo i primi anni di vita professionale. È invece necessario che ogni medico, ogni specialista in ostetricia e ginecologia sia educato e riceva una formazione in campo ostetrico a tutto tondo basata su "progetti" in grado di fargli acquisire progressivamente nuovi ruoli e funzioni professionali, oltre ad una mentalità al servizio della coppia "genitoriale" e della donna. Una formazione che non dovrebbe investire solo i Centri universitari ma anche gli ospedali, le Società scientifiche e le associazioni di specialisti

relazionali.

Medico quindi per tutte le stagioni di vita della donna, includente quindi anche quell'importante periodo che riguarda la gravidanza, il parto e il puerperio. Non esiste dunque ginecologo che non debba avere competenza nell'assistenza alla fase riproduttiva della donna.

Solo dopo una lunga e solida esperienza nell'assistenza perinatale che abbracci prevenzione, counselling, assistenza a gravidanza-parto-puerperio fisiologici, e terapia medica e chirurgica della patologia perinatale, incluse le turbe dell'umore, alcuni potranno dedicarsi esclusivamente alle quattro sottospecialità sopraelencate. Ricorderemo anche che la sessuologia, la psicosomatica e il counselling psicologico fanno invece parte del bagaglio culturale e della prassi professionale di ogni ginecologo. Permangono ovviamente le fondamentali direttrici nelle quali ogni medico deve crescere: clinica, ricerca, formazione e management in campo sanitario. Queste considerazioni "semantiche" sono essenziali per impostare la formazione dello studente in medicina e dello specializzando in ginecologia, e per meglio strutturare la formazione permanente (Ecm) dello specialista. Tale formazione non investe soltan-

to i Centri Universitari, ma anche Ospedali, Società scientifiche, Associazioni Professionali di specialisti.

Nel presente articolo non prendiamo in considerazione la preparazione della "midwife" (with-the-wife), che in Italia è una delle lauree infermieristiche. Un tempo la midwife era colei che "accompagnava" la donna nei propri aspetti riproduttivi, ricorrendo al medico solo quando compariva la patologia. Il termine di "commare" (con la madre) caratterizzava positivamente questo ruolo. Oggi la sua professione include l'assistenza di tipo infermieristico a tutti gli aspetti della vita riproduttiva e sessuale della donna, compresa la puericultura e l'assistenza infermieristica nei reparti ginecologici e in sala operatoria.

In queste pagine affronteremo essenzialmente il ruolo del medico, cioè di come ogni medico e ogni specialista in ostetricia e ginecologia debba educarsi in campo ostetrico.

La formazione dello studente in medicina

Per quanto riguarda il laureato in medicina, occorrerà individuare quali nozioni di neuropsicoendocrinologia della riproduzione debbano far parte del suo bagaglio, quali nozioni di igiene, prevenzione e terapia dal conce-

pimento al puerperio deve possedere (a tal riguardo è stato sorprendente osservare, durante la battaglia referendaria sulla fecondazione assistita, l'ignoranza di molti medici sui meccanismi legati al concepimento, alle problematiche genetiche, ai rischi riproduttivi, al ruolo e funzioni delle cellule staminali, totipotenti e pluripotenti).

Su questo tema esistono purtroppo ancora differenze tra le varie Scuole Universitarie italiane che, a nostro parere, dovrebbero essere appianate. Gli studenti in medicina dovrebbero anche essere avvicinati ai temi delle dinamiche psicologiche della donna durante la gravidanza, delle alterazioni dell'umore e delle variazioni nella vita di coppia in gravidanza e dopo la nascita del figlio, dello sviluppo sensoriale del feto, dell'attaccamento madre-figlio, oltre che ai temi puramente biologici, ma anche avere conoscenze pratiche di travaglio e parto. Data l'impossibilità da parte degli studenti di fare un minimo di esperienza ostetrica nei Centri nascita universitari, occorrerà coinvolgere in questa fase le strutture ospedaliere.

La formazione dello specialista in ostetricia

Diversa è la formazione dello specialista in ostetricia che deve possedere la capacità di assistere gravidanza, parto e puerperio fisiologici, essendo in grado di prevedere "l'aumento di rischio", specialmente durante il travaglio e che deve determinare un pronto ed efficace intervento terapeutico. Se infatti è vero il vecchio adagio che "il travaglio di parto si segue con le mani dietro la schiena", è indiscusso che la previsione di una improvvisa pato-

logia durante l'assistenza al parto (prima cioè che questa si verifichi) è il compito più difficile della professione del ginecologo. Per questo è necessaria una lunga esperienza dello specializzando in "area travaglio-parto", con crescente responsabilità decisionale.

Nei primi due anni si faranno turni di 12 ore in area travaglio parto (dall'accoglienza della donna nella cosiddetta accettazione, all'aiuto negli interventi medici e chirurgici, fino a seguire travagli fisiologici) sempre sotto la guida di un mentore (tutor). Nel terzo anno i turni si svolgeranno con la forma one-to-one. In altre parole lo specializzando accoglierà la partorientente e il suo compagno alle prime contrazioni e li seguirà fino a tutto il post partum, sotto la guida di un tutor, imparando ad eseguire anche le semplici manovre di aiuto manuale nella fase espulsiva, e il controllo delle due ore dopo il parto in cui inizia l'allattamento. La presenza in area travaglio-parto si svolgerà sotto il controllo-responsabilità del dirigente ospedaliero di turno, capoguardia.

Nel quarto e quinto anno, il rapporto one-to-one, sarà sempre più autonomo, fino ad avere responsabilità diretta. Lo specializzando potrà infine discutere la tesi solo se ha seguito in tal modo almeno duecento travagli-parti per via vaginale, avendo acquisito la capacità di utilizzare i più moderni mezzi di monitoraggio. Gli ospedali che accettano di collaborare con le Scuole di Specializzazione nella preparazione dei futuri ginecologi, debbono accettare questa parte e il tutor, che segue gli ultimi tre anni di specializzazione (ospedaliera o universitaria), deve rendersi garante delle capacità di assistere un parto fisiologico e patologico del futuro specialista.

La preparazione dello specializzando in ostetricia

La preparazione dello specializzando in ostetricia deve includere anche l'assistenza ambulatoriale, dal concepimento a tutto