



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

il puerperio. Tutti i centri nascita accreditati devono infatti includere questa assistenza, pena il non accreditamento.

Nel primo anno si parteciperà a scuole per "conduttori di corsi di preparazione al parto", affrontando i problemi legati al vissuto della gestante, ai suoi rapporti affettivi, alle norme igieniche (alimentazione, ginnastica) per possedere, oltre che rigorose conoscenze su questi temi, anche tecniche di counseling e modalità di approccio medico-paziente. Oltre che in sala parto, l'attività dello specializzando si svolgerà quindi negli ambulatori ostetrici a fianco dello specialista, con un graduale apprendimento delle tecniche ecografiche e di monitoraggio biochimico e cardiocografico, oltre che degli apporti terapeutici in patologia ostetrica.

Si dovranno così acquisire le conoscenze della patologia perinatale, inclusa la prescrizione e la lettura degli esami di laboratorio, le modalità di un corretto rapporto medico-paziente per essere in grado di assumersi la responsabilità di seguire la gestante dalla visita preconcezionale fino a tutto il puerperio.

L'assistenza alla nascita comporta poi una "presa in carico" della paziente, o meglio, della futura coppia genitoriale, sempre dalla visita preconcezionale fino a tutto il puerperio. "Presa in carico" in senso di responsabilità di "prenderci cura", dall'inglese "I care".

È fondamentale che i vari eventi (gravidanza, parto, puerperio) siano seguiti da una stessa équipe, quella del Centro Nascite in cui la gestante decide di dare alla luce il proprio bambino, in modo che tutti i ginecologi dello staff seguano gli stessi protocolli e linee guida. Questi protocolli devono prevedere anche l'impegno dell'équipe medica del Centro Nascite sugli aspetti psicologici e relazionali della donna.

È in questo ultimo settore che anche la formazione permanente (Ecm) dovrà offrire occasioni di aggiornamento su metodiche diagnostiche e terapeutiche, in special modo nelle "problematiche dell'umore", nelle dinamiche di coppia, nei ruoli educativi e modalità di attaccamento genitori-figli.

Approcci educativi che spesso debbono compensare deficit nella cultura psicosomatica dei precedenti periodi formativi, oppure deficit di capacità nell'inserirsi in una antropologia che muta oggi più rapidamente, e nelle neuroscienze che ogni giorno ci prospettano nuove interpretazioni del nostro vivere.

La stagione "adulta" della professione

Per quanto riguarda poi la "stagione adulta" della professione (dopo la specialità), occorre sottolineare che non può più essere considerata come un'unica fase (adulto, participio passato del verbo "adolescere", crescere). L'adulto, infatti, continua a cre-

scere, cambia rapidamente non solo interessi cognitivi e investimenti affettivi, ma modi di essere e fare. Per quanto riguarda la professione, cambia nel tempo le modalità di esercitarla. L'identità dell'uomo sta, infatti, nella sua capacità di cambiamento, di "curiosità" per il mondo che lo circonda, nel piacere di svolgere un suo ruolo professionale. L'ostetricia è, infatti, un'arte, cioè un intervento su processi naturali, scoprendone le leggi, e modificandoli per ottenere il meglio per la persona interessata. Come ogni arte, necessita di passione per esercitarla, oltre che competenza. Non deve essere solo un dovere, un impegno, un imperativo categorico. Altrimenti si rischia di ripetere meccanicamente schemi di assistenza, non legati alla storia della paziente, oppure (peggio) dipendenti dalle mode caldegiate dai mass media.

In più l'ostetricia non ha tempi né orari, con una continua reperibilità per la gestante, che necessita di avere un appoggio cui riferirsi ogni volta che emerge un timore o una problematica medica.

Oltre a questo, è passata ormai l'epoca del parto in casa e di costosi piccoli Centri Nascite, senza dubbio a maggior rischio rispetto a strutture più grandi (talmente da consentire la costante presenza di personale esperto, di équipe mediche con ruoli gerarchici in sala travaglio parto, e attrezzature di alto livello). Il nostro lavoro comporta turni pesanti, non solo per le notti e i giorni festivi, spesso impegnati, ma per una tensione continua dovuta all'essere sempre in grado di mettere in evidenza durante il travaglio, con sempre migliori mezzi di monitoraggio, un aumento del rischio (fetale e/o materno), che comporta immediate e adeguate soluzioni cliniche, prima che il danno si verifichi.

Ripetiamo quanto ogni Società Scientifica a livello mondiale di ginecologia segnala da anni: il crescere delle tensioni medico legali e l'enorme peso delle assicurazioni per danni professionali che ogni ginecologo è obbligato a stipulare getta la nostra specialità verso la cosiddetta medicina difensiva, ma dimostra anche che l'assistenza alla nascita necessita di altissima qualificazione clinica e scientifica. L'assistenza alla nascita ha bisogno di una lunga preparazione, di vasta esperienza in turni pesanti e ravvicinati, specialmente all'inizio della propria professione (nei primi dieci anni). Si deve poi passare al ruolo di "responsabile" dell'area travaglio parto (o "primo di guardia"), "regista" della assistenza alla nascita, che impartisce disposizioni dirette in assenza del "primario". La "guardia" in ostetricia è un normale turno ospedaliero,

come in rianimazione o pronto soccorso e non una "reperibilità interna".

Attualmente la cultura del parto ha superato la crisi "naturalista" che esasperava il contrasto tra parto "umanizzato" e parto "medicalizzato". Oggi l'assistenza alla nascita comporta una sintesi fra "massimo di sicurezza possibile" e "massimo di accoglienza festosa alla vita che nasce". Il tutto valutando costi benefici anche dal punto di vista economico. L'assistenza alla nascita, infatti, è economicamente interamente a carico del Ssn, con gratuità degli esami essenziali (identici in tutte le Regioni), incluse ecografie, monitoraggi, ma anche corsi di preparazione al parto (oggi meglio definiti come corsi di accompagnamento alla genitorialità) debbono essere



"Non è un bravo chirurgo chi esegue un buon intervento (obbligatorio per ogni specialista), ma chi sa insegnare ad operare bene. La formazione è la base della vita ospedaliera"

rimborsabili.

Non si deve accreditare un centro se non vi si effettuano viste, esami di laboratorio, ecografie, monitoraggi giudicati essenziali. Questi esami debbono essere sempre prescritti da un ginecologo dipendente dalla struttura accreditata.

Considerato infine che sarebbe impossibile fornire a tutte le donne la scelta del ginecologo presente al parto, il "Dipartimento per la salute della madre e del bambino" (la vecchia "Divisione materno infantile") ha il dovere di offrire e garantire i migliori ginecologi come responsabili della direzione dell'area travaglio parto, e fra loro si sceglieranno poi i Direttori di Unità Complesse.

L'attività libero professionale intramuraria, come scelta da parte della gestante di un determi-

nato ginecologo per seguirla al momento del parto, non può invece che essere a carico del cittadino. Il Centro Nascite però risponde civilmente della qualificazione del personale da lei autorizzato a svolgere attività libero-professionale nelle sue strutture.

L'importanza del consenso informato

L'essenziale è che dal concepimento a tutto il puerperio la gestante sia seguita da una stessa équipe, dallo stesso centro nascita ove avverrà il parto.

Un maggior uso del "consenso informato" è la base per un protagonismo della futura coppia genitoriale, che deve essere consapevole e responsabile di quanto accade. La coppia deve sapere cioè perché in tutto il mondo si è scelto di effettuare sempre il taglio cesareo nella presentazione podalica, deve sapere perché in Italia si preferisce il taglio cesareo all'uso del forcipe e di forzati pilotaggi con ossitocici, ecc. Questo vale anche per le medicine cosiddette "alternative" o l'uso di farmaci di cui non si conoscono l'esatto meccanismo di azione, gli effetti collaterali, azioni teratogene, o più semplice-

"L'assistenza alla nascita comporta una presa in carico della paziente, o meglio, della futura coppia genitoriale, dalla visita preconcezionale fino a tutto il puerperio"

mente dosaggio dei componenti somministrati.

Niente di male infine se si assume una posizione "libera", come oggi noi stessi sosteniamo, in travaglio di parto, oppure si sceglie quella "classica" sulla poltrona ostetrica, o quella più "di moda", ad esempio la posizione accovacciata, oppure si forza la spontaneità e la natura facendo vivere in una vasca d'acqua questo delicato evento, purché si spieghino bene vantaggi e limiti di ciò che si propone. L'ostetricia, lo ripetiamo, è "un'arte" che si basa sull'evoluzione delle conoscenze di fisiopatologia, ma che si inserisce nelle varie tradizioni e culture umane.

Chiudiamo questa lunga carrellata di proposte concrete avendo chiarito quali sono, a grandi linee, le metodologie d'insegnamento per l'assistenza alla nascita, sottolineando quello che è la linea pedagogica che più ci sembra attuale. Un'educazione basata su "progetti" che sviluppino le doti del ginecologo. Un'acquisizione di progressivi ruoli e funzioni, una tendenza a porsi al servizio della coppia "genitoriale" (è al futuro padre che si devono aprire le porte della sala parto, come co-protagonista e non come "semplice ospite") in particolare della donna della quale si

raccoglie la "narrazione" e non semplicemente la "anamnesi" e si offre il nostro cuore e non solo la nostra scienza.

Clinica e didattica

Un'ultima considerazione. Per lungo tempo medici ospedalieri e medici universitari si sono trovati separati in carriere distinte. Come se fossero due modi differenti di vivere il "servizio alla donna", che è proprio della nostra specialità. Oggi si assiste alla tendenza al passaggio dall'una all'altra funzione (perché di funzioni si tratta e non di ruoli) nelle diverse stagioni di vita. Clinica, ricerca, formazione o management prevarranno di volta in volta nella vita di ogni ginecologo. Molti medici ospedalieri hanno doti di tutor e di "formazione", che possono e devono esercitare.

Molti professori universitari hanno capacità cliniche e chirurgiche, mentre considerano burocrazia il management. Chi scrive ha grandi esperienze di tutoring ed è impegnato nell'insegnamento durante e dopo la specializzazione. Molti bravi "didatti" hanno capacità cliniche, ma considerano "burocrazia", il management, oggi principale impegno per il Direttore di dipartimento e di unità operative. Alcuni daranno più spazio all'insegnamento, alla formazione dei più giovani, alla ricerca, alla libera professione nelle varie età della vita, non è quindi detto che si debba fare il ricercatore o il primario per tutta la vita.

Ripetiamo quanto nella Divisione di Ginecologia del Fatebenefratelli da sempre ci è stato insegnato: "non è un bravo chirurgo chi esegue un buon intervento (obbligatorio per ogni specialista), ma chi sa insegnare ad operare bene". La Formazione è la base della vita ospedaliera. Questo comporta anche la intercambiabilità di ruolo e carriera ed è fondamentale soprattutto per l'insegnamento della ostetricia, che non deve selezionare solo attraverso qualche ricerca valorizzata per essere stata descritta in inglese su riviste ad alto impact factor, o dal numero di comunicazioni o scritti di natura scientifica, ma dalla capacità di formare gli altri e soprattutto di considerarsi per tutta la vita un "educando".

* Docente Scuola di Specializzazione Università di Roma "Tor Vergata". Primario Emerito Divisione di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina, Roma

** Ginecologa Dottoranda in Ricerca in Neuropsicoendocrinologia della Riproduzione e Sessualità, Università Tor Vergata, Roma

*** Ginecologa, Dottore in Ricerca in Perinatologia. Docente Laurea Univ. per Ostetriche, Dirigente dell'Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina, Roma.