

ATTIVITA' CHIRURGICA
DEI MEDICI IN FORMAZIONE
NELLE
SCUOLE DI CHIRURGIA

CORROCHER R., FIOCCA R, S.M. GIULINI

Esigenza primaria per le scuole di specializzazione chirurgiche è la formazione professionalizzante. Come già oggi è in Europa, presto anche in Italia, si evidenzierà una progressiva ingravescente carenza di chirurghi, e lo specialista, non appena uscito dalla scuola, potrà essere immediatamente chiamato ad effettuare interventi senza l'assistenza di un chirurgo più esperto.

Se poi si diffonderà l'obbligo di attribuire i "privilegi" ai nuovi assunti nelle A.O., sarebbe deleterio che i neospecialisti non si vedessero riconosciuta autonomia professionale in interventi chirurgici routinari.

La natura fondamentalmente professionalizzante della formazione che la scuola deve offrire allo specializzando, con specifico riferimento alla attività chirurgica, emerge chiaramente dalle norme in vigore. Queste prevedono che i chirurghi in formazione eseguano ogni anno un definito numero di interventi di difficoltà crescente nel ruolo di collaboratore, aiuto, primo operatore, sotto la guida di un tutor, ma con livelli di autonomia progressivamente maggiore negli anni (rf art. 38 D.Legs.vo n. 368/99). Qualora il programma stabilito annualmente dal consiglio della scuola non fosse completato, lo specializzando non potrebbe essere ammesso all'anno di corso successivo e quindi, automaticamente, dovrebbe essere escluso dalla scuola definitivamente, senza possibilità di recupero.

Il D.L. n. 368/99 intende garantire la formazione degli specializzandi richiedendo che nella rete formativa le attività complessivamente svolte siano per qualità e volume di consistenza tale da offrire a un definito numero di specializzandi un potenziale formativo adeguato, sostanzialmente considerando la tipologia delle attività chirurgiche presenti nelle strutture comprese nella rete formativa ed il numero delle prestazioni complessivamente eseguite.

Di fatto la presenza nelle strutture di un adeguato volume di attività (offerta formativa potenziale) non è di per sé garanzia di formazione effettivamente fruita (attività formativa prestata).

Dalle Scuole di Specializzazione chirurgiche si richiede il massimo impegno nel garantire ai medici in formazione il conseguimento di tutti gli obiettivi previsti, in particolare di quelli connessi alle attività professionalizzanti chirurgiche.

Le maggiori difficoltà e carenze in questo senso riguardano il volume e la qualità degli interventi eseguiti in prima persona dagli specializzandi.

Tali difficoltà sono determinate sostanzialmente dai seguenti fattori:

- 1) Il timore condiviso da pazienti, parenti, opinione pubblica, Direzioni Sanitarie che un intervento eseguito da uno specializzando offra minori garanzie di qualità e sicurezza.

2) Condizioni totalmente disincentivanti le attività Tutoriali in chirurgia.

La opinione pubblica, pazienti e loro congiunti, è del tutto diffidente di fronte alla prospettiva di un intervento eseguito da uno specializzando, ritenendo che sia gravato da maggiori rischi e comunque di inferiore livello qualitativo rispetto allo stesso intervento eseguito da un chirurgo esperto.

Le stesse Direzioni Sanitarie delle Strutture comprese nella rete formativa si dimostrano spesso diffidenti ritenendo che la attività chirurgica degli specializzandi esponga l'Azienda a critiche, al rischio di contenziosi medico-legali, ed a maggiori spese e minori introiti derivanti dall'aumento dei tempi chirurgici (durata degli interventi). In sostanza la presenza dei medici in formazione nei reparti è molto gradita in quanto offre forza lavoro a basso costo, ma scarsa è la disponibilità a garantire loro una adeguata formazione.

I Dirigenti Medici, Chirurghi Specialisti, che rivestono funzioni di tutor e che quindi dovrebbero assumersi la responsabilità e l'onere di formare gli specializzandi istruendoli e guidandoli nella attività chirurgica, non dedicano a questo compito la dovuta attenzione sostanzialmente per il fatto che, rispetto all'intervento eseguito dal tutor in prima persona, quello in cui egli assiste e guida lo specializzando comporta per lui la assunzione di maggiori responsabilità, richiede maggiore impegno e tensione, determina una dilatazione dei tempi chirurgici senza nessun premio, anzi con un grave danno per il tutor stesso, che vede sottratto quell'intervento, del quale risulta primo operatore lo specializzando, dalla propria casistica chirurgica.

Per avviarsi verso una progressiva risoluzione dei problemi sopra esposti è necessario:

- 1) che gli utenti siano informati del fatto che gli interventi vengono eseguiti da una équipe di cui lo specializzando è parte attiva e responsabile ma non indipendente, poiché la strategia ed ogni singolo gesto sono costantemente condivisi dal chirurgo esperto, che è primo operatore con lo specializzando, per cui nulla può accadere se non con il pieno consenso e sotto l'assoluto controllo dell'operatore esperto;
- 2) che le Direzioni dei Policlinici e delle Aziende Ospedaliere comprese nella rete formativa delle Scuole siano coscienti dei compiti formativi che assumono nell'offrire la disponibilità delle proprie strutture alla attività delle Scuole, che l'effettivo espletamento di tali compiti sia oggetto di verifica e che, in caso di mancato rispetto degli impegni assunti le U.O. inadempienti possano essere escluse dalla rete della o delle scuole;
- 3) che i Docenti della Scuola ed i Tutori da un lato sappiano che loro preciso dovere è contribuire alla formazione degli specializzandi, ma dall'altro vedano adeguatamente

riconosciuta questa loro attività, oltre che con l'assegnazione del Titolo di docente o Tutore, anche con il riconoscimento delle attività tutoriali effettivamente svolte.

Facendo riferimento alla classificazione delle attività dello specializzando che prevede la distinzione, anche in sala operatoria in:

- 1) attività in appoggio
- 2) attività in collaborazione guidata
- 3) attività in autonomia protetta

per quanto riguarda gli interventi chirurgici eseguiti in prima persona dallo specializzando, questi si inquadrano nelle attività 2 e 3, che differiscono soltanto per il contributo che lo specializzando offre alla pianificazione ed alla conduzione strategica dell'intervento, che in entrambi i casi esegue personalmente aiutato dal tutore:

- 2) negli interventi eseguiti dallo specializzando in "collaborazione guidata" lo specializzando esegue, ma la conduzione dell'intervento è affidata prevalentemente al tutore che lo aiuta, ed eventualmente, ove necessario, ne assume pienamente anche il ruolo esecutivo
- 3) negli interventi eseguiti dallo specializzando in "autonomia protetta" sia la esecuzione che la conduzione dell'intervento gli sono affidate, mentre il tutore che lo aiuta ne controlla decisioni e gesti, intervenendo a modificarli soltanto quando lo ritenga utile, e avendo comunque il dovere di assumere il pieno controllo, sia strategico che esecutivo, dell'intervento ove lo ritenga necessario a garantirne la massima sicurezza e qualità.

In ogni caso si ritiene per ora necessario che il tutore sia al tavolo operatorio, dato che, nei limiti del possibile, qualsiasi errore o difetto deve essere prevenuto, non corretto. Deve essere inoltre considerato che il tutore è comunque responsabile del risultato dell'intervento al pari dello specializzando e che la sua insufficiente sorveglianza sull'operato dello specializzando rischia di essere considerata circostanza aggravante in caso di incidente o complicanza. A compenso del suo impegno il tutore ha diritto al riconoscimento del suo ruolo nel singolo atto formativo (nel caso di cui parliamo si tratta dell'intervento chirurgico), secondo modalità ben definite.

Gli interventi eseguiti in prima persona da uno Specializzando devono prevedere due primi operatori: lo specializzando ed il tutor. Nei registri operatori quindi, là dove viene indicato il primo operatore, deve figurare il cognome dello specializzando unito dalla congiunzione “e” a quello del tutor indicato come tale tra parentesi.

Se lo Specializzando esegue in prima persona soltanto una parte dell'intervento il suo ruolo risulterà di secondo o terzo operatore nella intestazione dell'intervento, mentre nella descrizione dello stesso si preciserà che una specifica singola parte è stata eseguita in prima persona dallo specializzando, indicando anche il cognome del tutore che lo ha assistito in questa fase.

Lo Specializzando registrerà nel proprio libretto delle attività formative gli interventi o le parti di intervento eseguiti come primo operatore, con l'assistenza del tutore.

Il tutore potrà inserire nella propria casistica degli interventi eseguiti come primo operatore, gli interventi o le parti di intervento in cui ha svolto la funzione di tutore dello specializzando.

Nella casistica operatoria personale dei Dirigenti Medici Specialisti con funzioni tutoriali risulteranno quindi due categorie di interventi eseguiti come primo operatore:

- A. Quelli in cui è unico primo operatore, aiutato da un altro dirigente o da uno specializzando.
- B. Quelli in cui ha aiutato nel ruolo di tutor lo specializzando.

Nella casistica operatoria queste due categorie di interventi dovranno essere riportate separatamente, ma poi i numeri complessivi potranno essere sommati in un totale indicativo della attività chirurgica svolta dal dirigente specialista come primo operatore.

La attività chirurgica svolta con funzione tutoriale costituirà specifico titolo da valutare in occasione di valutazioni o concorsi per il “conferimento di incarichi comportanti direzione di struttura” (D.lgs. 368/99, art.36 c.4), particolarmente qualificante se la posizione comporta il coinvolgimento in attività formative (es. responsabilità apicale in U.O. del S.S.N. inserite nella rete formativa delle scuole di specializzazione).

Applicazione delle norme sui Requisiti minimi per l'attivazione della sala operatoria (D.P.R. 14 gennaio 1997 e D.G.R. Lombardia 6 agosto 1998)

Al tavolo operatorio di qualsiasi intervento chirurgico al quale partecipa uno specializzando deve essere consentito che sia presente anche un solo Dirigente Medico Specialista, purché ve ne sia un

secondo prontamente convocabile, segnalato come tale nel registro operatorio. I due decreti, che indicano quali devono essere considerati requisiti minimi per l'attivazione della sala operatoria, richiedono la presenza di un anestesista, due infermieri e due chirurghi. Gli assessorati regionali e le ASL interpretano questa disposizione in senso restrittivo sostenendo che possono considerarsi "chirurghi" soltanto gli specialisti e questo limita notevolmente la possibilità di accesso al tavolo operatorio degli specializzandi. La interpretazione della disposizione deve essere più adeguata alle necessità formative e alla stessa qualifica degli specializzandi che sono medici chirurghi innanzitutto ed inoltre chirurghi in formazione. E' necessario quindi consentire che uno dei due chirurghi, la cui presenza è necessaria perché la sala operatoria sia attivata, possa essere uno specializzando.

Nota conclusiva: questa regolamentazione della attività chirurgica degli specializzandi deve considerarsi transitoria, dato che non prevede che lo specializzando possa operare senza la presenza del tutor lavato al tavolo operatorio, mentre obiettivo definitivo è che, analogamente a quanto già attualmente è in diversi Paesi, nella fase finale della propria formazione, lo specializzando possa vedersi riconosciuta la piena autonomia almeno per determinate tipologie di intervento.