

***LA ACQUISIZIONE DELLA AUTONOMIA
NELLA FORMAZIONE MEDICO SPECIALISTICA:
CRITICITA' E PROPOSTE DI SOLUZIONE***

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

La formazione medico specialistica deve garantire allo specializzando la acquisizione di capacità professionali che gli consentano di affrontare e risolvere in sicurezza e autonomia i problemi clinici che competono alla specialità garantendo una assistenza di elevata qualità e delle basi culturali e tecniche per ulteriormente progredire sviluppando la propria competenza in specifici ambiti della stessa specialità.

La scuola deve offrire allo specializzando quanto necessario per la progressiva acquisizione di conoscenza, competenza e autonomia attraverso attività formative programmate e guidate. L'iter formativo deve essere delineato nelle linee generali e nei dettagli dai regolamenti e dai programmi e definito per i singoli specializzandi dal Consiglio della scuola in base alle rilevazioni e alle valutazioni dei tutor e dei docenti della scuola sulla progressione formativa di ciascuno di essi.

La progressione formativa riguarda gli aspetti culturali e quelli professionali, tra i quali fondamentale è la acquisizione della piena autonomia.

Il Significato della autonomia professionale

Lo specialista deve essere autonomo, cioè in grado di riconoscere un problema clinico, interpretarlo correttamente, risolverlo personalmente o, se non è di propria esclusiva competenza, saperne impostare o avviare o governare la soluzione, eventualmente partecipando per quanto di propria competenza.

Al medico in formazione specialistica deve essere garantito quanto necessario perché possa acquisire una piena autonomia professionale.

Il D.L. 368 del '99, articolo 38 prevede quanto segue:

“La formazione del medico specialista implica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'Unità operativa..... nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore, di intesa con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie presso cui si svolge la formazione”.

Il D. L. 368 non indica alcun compito assistenziale o intervento che non possa essere eseguito dallo specializzando in autonomia, quindi nessun compito o intervento è da escludersi a priori dal processo di acquisizione della autonomia professionale.

Il Decreto definisce però modalità e vincoli attuativi per tale processo:

- la acquisizione della autonomia deve essere graduale
- tipologia e modalità di svolgimento dei compiti assistenziali e degli interventi devono essere definite dal Consiglio della scuola ed essere concordate dal Consiglio della Scuola con la Direzione Sanitaria e con i Dirigenti responsabili delle strutture in cui si svolge la formazione.
- la autonomia operativa dello specializzando è vincolata alle direttive ricevute dal tutore.

Da quanto sopra si deduce chiaramente che lo specializzando può eseguire con gradi differenti e definiti di autonomia qualsiasi compito assistenziale o intervento purché:

- il consiglio della scuola, preso atto del processo di maturazione formativa del singolo specializzando lo abbia riconosciuto pronto ad assumersi quello specifico compito assistenziale o ad affrontare quello specifico intervento,
- la direzione sanitaria e il dirigente responsabile della struttura nella quale tali attività dovranno svolgersi abbiano dato il pieno consenso,
- il tutor dello specializzando gli abbia dato precise direttive sulla esecuzione del compito assistenziale o dell'intervento, anche riguardo al grado di autonomia che gli è consentito
- lo specializzando abbia accettato il compito avendo riconosciuto la propria idoneità ad affrontarlo.

IMPEDIMENTI ALLO SVOGIMENTO DI ATTIVITA' ASSISTENZIALI IN AUTONOMIA DA PARTE DELLO SPECIALIZZANDO.

Numerosi aspetti di ordine organizzativo, economico, psicologico, sindacale, etico, medico legale, ed, in minore misura, normativo di fatto limitano sostanzialmente la realizzazione piena di quanto previsto dal DL 368, art.38 comma 3, e cioè la "graduale assunzione di compiti assistenziali e la esecuzione di interventi con autonomia" da parte dello specializzando.

1) Limiti posti dalle Regioni, dalle ASSL, dalle Direzioni Sanitarie.

Gli specializzandi generalmente non sono abilitati alla esecuzione in autonomia neppure di compiti assistenziali basilari quali la compilazione del diario clinico o la richiesta di esami di laboratorio. Alcune Direzioni Sanitarie non accettano che lo specializzando figuri come primo esecutore di procedure o interventi chirurgici.

Le giustificazioni addotte sono di ordine normativo, medico-legale, amministrativo.

Alle norme e ai regolamenti viene spesso data un'interpretazione assai restrittiva e gravemente limitativa rispetto alle potenzialità formative delle scuole.

Tipico esempio sono le norme sui requisiti minimi per l'attivazione della sala operatoria sancite a livello nazionale dal DPR 14 gennaio 1977 e recepite a livello regionale in Lombardia dal D.G.R. 6 agosto 1988, che prevedono che la sala operatoria possa essere attivata soltanto se sono presenti un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri professionali.

Tale norma viene interpretata dagli assessorati regionali e dalle ASL in senso restrittivo, intendendo per "due chirurghi" due specialisti in chirurgia facenti parte dell'organico della struttura, escludendo quindi che uno dei due possa essere uno specializzando, senza considerare che questi è un laureato in medicina e chirurgia (medico-chirurgo) e chirurgo in formazione specialistica, con notevole esperienza se iscritto ad uno degli ultimi anni di corso della specializzazione, quindi presumibilmente pressoché autonomo.

Proposta di soluzione al punto 1)

Sulla base di quanto previsto dall'articolo 38 del D.L. 368, "la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore" deve comprendere la attribuzione allo specializzando di un elevato grado responsabilità e di autonomia che, per specifici compiti assistenziali e specifici interventi, può prevedere, quale unico vincolo, il rispetto delle direttive ricevute dal tutore e non la partecipazione diretta dello stesso alla esecuzione dell'atto.

(questo massimo grado di autonomia attribuibile allo specializzando potrebbe essere definito: "autonomia vincolata", quando il grado minimo di autonomia viene definito attualmente di "collaborazione guidata" e quello successivo "autonomia protetta").

All'inizio di ogni anno di corso, con possibilità di variazioni in corso d'anno, il Consiglio della Scuola, in accordo con le Direzioni Sanitarie delle strutture di rete, dei Responsabili delle strutture, dei Tutor e dei singoli specializzandi, dovrebbe attribuire a ciascuno di essi i "privilegi", cioè la abilitazione ad assumere specifici compiti assistenziali e ad eseguire specifici interventi con il massimo grado di autonomia previsto, che vincola lo specializzando al rispetto di direttive

non necessariamente ricevute sul singolo caso, ma su situazioni del tutto analoghe a quelle in esame. In caso di dubbio lo specializzando è comunque tenuto a richiedere l'intervento diretto del tutor, che a sua volta è tenuto a garantirlo.

Allo stato attuale questo grado di autonomia che può prevedere la assenza fisica del tutore, non appare di fatto applicabile, né appare per il momento opportuno applicarlo, alle procedure invasive e agli interventi chirurgici, anche se neppure questi appaiono da escludere a priori sulla base di quanto espresso dall'art.38 del DL 368.

La attribuzione del "privilegio" di assumere compiti assistenziali in "autonomia vincolata" dovrebbe consentire agli specializzandi cui viene riconosciuta una adeguata maturità formativa, a titolo puramente semplificativo, di compilare e firmare il diario clinico, prescrivere terapie, richiedere indagini diagnostiche, di laboratorio e strumentali, svolgere alcune tipologie di attività ambulatoriali ecc. Questo può attuarsi soltanto con il pieno accordo delle Direzioni Sanitarie. D'altra parte l'inserimento di una struttura assistenziale (unità operativa o servizio) nella rete formativa di una Scuola, comporta da parte della Direzione Sanitaria dell'azienda e del Responsabile della struttura, l'assunzione della responsabilità di assolvere ai compiti formativi proposti dal Consiglio della Scuola. Tra tali compiti è compresa "la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute da tutore". Nel testo della convenzione tra Università e la Azienda tale impegno deve essere esplicitamente e compiutamente espresso, così come il diritto di entrambi gli Enti a recedere dall'accordo qualora le condizioni previste non risultino rispettate o rispettabili.

2) Limiti posti dai Responsabili delle Strutture Assistenziali (Reparti o Servizi)

I responsabili delle Strutture Assistenziali non infrequentemente tendono ad utilizzare gli specializzandi per attività complementari, senza offrire loro occasioni formative maggiori in attività più impegnative, specie se invasive, per il timore di ricadute negative sulla qualità delle prestazioni, sulla opinione pubblica, sulla efficienza della struttura, sui propri collaboratori (che possono vedersi sottrarre dagli specializzandi attività assistenziali qualificanti).

Proposta di soluzione al punto 2)

Vale quanto espresso negli ultimi tre capoversi della proposta di soluzione al punto 1)

3) Limiti posti dalla disponibilità dei Tutor a svolgere pienamente la propria funzione

La attività di tutoraggio richiede notevole impegno e comporta rilevanti responsabilità. Impegno e responsabilità sono proporzionali al livello di complessità delle prestazioni ed al grado di autonomia attribuito allo specializzando. I tutor tendono naturalmente a limitare il proprio impegno che risulta essere non soltanto non adeguatamente riconosciuto e premiato, ma addirittura penalizzante (ad esempio: il tutor di un intervento chirurgico figura nel registro operatorio come secondo operatore anziché primo).

Proposta di soluzione al punto 3)

Nel momento in cui uno Specialista strutturato accetta di svolgere la funzione di tutor deve essere consapevole dei compiti che assume e delle relative responsabilità nei confronti dei medici in formazione e della società nel suo complesso.

Posto quanto sopra deve essere riconosciuta al tutor la rilevanza del suo ruolo.

Tale riconoscimento non può essere di tipo economico, ma può e deve tradursi in quanto previsto dal comma 5 dell'art. 38 del DL 368, secondo il quale "L'attività tutoriale, ove svolta da Dirigenti sanitari nei confronti dei medici in formazione specialistica, costituisce specifico titolo da valutare per il conferimento di incarichi comportanti direzione di struttura, ovvero per l'accesso agli incarichi di secondo livello dirigenziale".

La realizzazione del dettato del DL di cui sopra può prevedere il rilascio di attestati e certificazioni ma deve prevedere anche la adozione di procedure idonee a garantire il riconoscimento della rilevanza della attività tutoriale svolta.

Tra queste, a titolo esemplificativo, citiamo la possibilità che nei referti delle procedure invasive e degli interventi chirurgici eseguiti dagli specializzandi figurino un doppio primo operatore e cioè che il tutor non semplicemente controfirmi la procedura o figurino come 2° operatore- tutor, ma risulti co-primo operatore (nel rapporto di intervento devono risultare due primi operatori, lo specializzando e il tutor) e che possa inserire nella propria casistica gli interventi nei quali ha esercitato la propria funzione di tutor tra quelli eseguiti come primo operatore, pur elencandoli separatamente da quelli in cui non ha svolto compiti tutoriali, per sottolineare il maggior valore dei primi, derivante da un maggior onere tecnico, didattico e di responsabilità, secondo la lettera e lo spirito del D.L. 368.

4) Limiti posti da considerazioni relative al proprio status e dalle proprie prospettive occupazionali da parte degli specializzandi

Nei confronti della esecuzione di attività assistenziali in autonomia vi sono, da parte degli specializzandi e dei loro rappresentanti di categoria, difficoltà interpretative ed operative derivanti dal timore che tali attività possano essere utilizzate per ridurre l'impegno assistenziale del personale di ruolo, per sopperire ad eventuali carenze di tale personale, se non addirittura per definitivamente ridurre le dotazioni organiche delle strutture incluse nelle reti formative delle scuole di specializzazione, limitando così in modo assai significativo le possibilità di assunzione dei giovani specialisti al termine del loro percorso formativo.

Su questo punto il D.L. 368, art.38, comma 3, garantisce lo specializzando, affermando che "in nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo", intendendo stabilire che lo specializzando non può sostituire, in un organico carente, medici specialisti assunti in ruolo. Peraltro in una lettura scorrettamente restrittiva, può apparire che il decreto intenda impedire che lo specializzando assuma qualsiasi compito che, qualora egli non frequentasse la struttura, toccherebbe al personale di ruolo. Se così fosse il decreto impedirebbe di fatto allo specializzando di svolgere qualsiasi attività assistenziale, in particolare se in condizioni di autonomia operativa, il che sarebbe contrario alle enunciazioni qualificanti del decreto stesso. Ma da quel tipo di lettura nasce l'ipotesi che la attribuzione agli specializzandi di compiti assistenziali in autonomia sia di fatto contraria alla norma e soprattutto il timore che possa essere strumentale agli interessi delle aziende, o addirittura ad un progetto di riduzione degli organici nelle strutture di rete delle scuole.

Proposta di soluzione al punto 4)

E' necessario evitare la adozione di qualsiasi provvedimento che possa giustificare il timore da parte degli specializzandi che la attribuzione loro di una maggiore autonomia operativa corrisponda ad intenti utilitaristici o addirittura costituisca la premessa per una riduzione degli organici nelle strutture convenzionate con le scuole di specializzazione, di fatto sostituendo con specializzandi il personale di ruolo, in contrasto con quanto esplicitamente sancito dal comma 3 dell'art. 38 del D.L. 368 , e riducendo le possibilità dei giovani specialisti di essere assunti al termine del corso di formazione.

Da una parte è del tutto inopportuno ed autolesionistico che i medici in formazione per proteggersi dallo “sfruttamento” rifiutino opportunità formative determinati per la acquisizione della necessaria capacità di gestione in autonomia della propria professionalità, dall'altra gli Enti preposti alla organizzazione ed alla gestione della Sanità pubblica devono evitare di assumere provvedimenti che rendano poco distinguibile o addirittura pressoché coincidente e quindi sostitutiva la funzione assistenziale dello specializzando anziano rispetto al personale di ruolo, con ciò contravvenendo al disposto del D.L.

5) Limiti conseguenti al timore del pubblico sulla qualità dell'assistenza

E' opinione pubblica corrente che qualsiasi prestazione assistenziale erogata da un medico in formazione specialistica sia con ogni probabilità di livello qualitativo inferiore e comunque esposta ad un maggior rischio di errore.

Dal dubbio che tale opinione non sia del tutto infondata non sono esenti neppure le Direzioni Sanitarie delle Aziende facenti parte delle reti formative delle scuole. In ogni caso il timore che la struttura possa perdere la fiducia della popolazione se una certa quota delle attività assistenziali, specie quelle più invasive, viene effettuata in prima persona da specializzandi, può condizionare la disponibilità delle Direzioni Sanitarie e dei Responsabili delle strutture a garantire agli specializzandi stessi le occasioni formative di più elevato livello e di maggiori responsabilità.

Proposte di soluzione al punto 5)

Innanzitutto deve essere chiaro al pubblico che le strutture nelle quali si svolgono le attività formative sono scelte sulla base di criteri tra i quali massima rilevanza ha il livello qualitativo della assistenza erogata, che si tratta cioè di strutture assistenziali eccellenti rispetto alle loro competenze.

Deve risultare che la attività assistenziale esercitata dagli specializzandi è sottoposta a costante rigoroso controllo e che non vi è alcuna possibilità che incida negativamente sulla qualità delle prestazioni.

Poiché le maggiori remore riguardano la esecuzione delle procedure invasive e degli interventi chirurgici, mentre in altri ambiti assistenziali la assegnazione del livello massimo consentito di autonomia agli specializzandi deve vedere un significativo incremento, nelle attività di cui sopra, allo stato attuale delle cose, nel nostro paese, per non ingenerare timori che sarebbero controproducenti per gli stessi specializzandi, devono essere utilizzate soluzioni che, anche da un punto di vista comunicativo siano del tutto rassicuranti pur consentendo allo specializzando di effettuare procedure e interventi in prima persona.

Dato per scontato che se ad uno specializzando viene affidato un intervento è perché è in grado di effettuarlo, è essenziale che risulti in modo non equivoco l'assoluto costante controllo che il tutor esercita in questo tipo di attività che cioè la esecuzione della stessa non è affidata esclusivamente ad un primo operatore, lo specializzando, ma da una equipe, nella quale il ruolo principale viene svolto da una coppia di primi operatori, lo specializzando e il tutor. Si ribadisce anche in questo contesto la opportunità, già presentata con altra motivazione al punto 3 di questa trattazione, che nel rapporto di procedure invasive e di interventi chirurgici eseguiti in prima persona dallo specializzando figurino due primi operatori lo specializzando stesso ed il tutor, la cui funzione di diretto controllore della conduzione strategica e tecnica dell'intervento e di pari responsabilità rispetto allo specializzando è effettivamente definibile di co-primo operatore.

In conclusione

Le Direzioni Sanitarie delle Aziende facenti parte delle reti formative, devono abilitare gli specializzandi alla assunzione dei compiti assistenziali e ad eseguire gli interventi, anche in autonomia, concordati con il Consiglio della Scuola.

La proposta dei compiti assistenziali e degli interventi affidabili alla esecuzione degli specializzandi in autonomia vincolata alle direttive del tutore, con grado di autonomia definito per ciascun compito o intervento, deve valere per tutte le scuole della stessa tipologia nel territorio nazionale.

La attività clinica dello specializzando non può risultare in tutto o in massima parte corrispondente e quindi sostitutiva rispetto al personale di ruolo.

Lo specializzando è tenuto ad accettare qualsiasi compito assistenziale gli venga assegnato purché si ritenga adeguato a di svolgerlo e gli sia garantita la assistenza tutoriale del grado previsto o di cui comunque ritiene di necessitare.

La attività tutoriale deve avere un riconoscimento adeguato alla sua rilevanza. Qualsiasi compito assistenziale o intervento eseguiti da personale di ruolo in funzione tutoriale deve risultare nel curriculum dell'interessato e con valenza maggiore rispetto alle corrispondenti attività svolte senza compiti formativi.

Ai parenti e al pubblico deve risultare chiaramente che: le attività formative non comportano scadimento di qualità o maggiori rischi, la attività clinica dello specializzando si svolge nel contesto di una équipe, lo specializzando opera sempre con il sostegno del tutor, nelle attività di maggiore impegno tale sostegno si traduce in una co-operazione, in cui specializzando e tutor lavorano in coppia, con ruoli in qualsiasi momento intercambiabili.