



RESIDENTS' CORNER



A CURA DI
Francesco Sanguedolce
e **Paolo Verze**

Cari colleghi,

il sistema formativo degli specializzandi italiani sta vivendo un momento "storico" caratterizzato dall'introduzione del contratto formazione-lavoro, dal rinnovo dell'ordinamento didattico delle scuole di specializzazione e dal ripristino dell'Osservatorio Nazionale per la Formazione Medico-Specialistica. Per tale motivo ci è sembrato opportuno fare un quadro della situazione attuale, riportando il differente punto di vista di docenti e discenti. Il Prof. W. Artibani, in qualità di Referente Nazionale dei Direttori delle Scuole di Specialità di Urologia, ha posto l'accento sulle problematiche principali dei cambiamenti in atto, nell'ambito di un panorama urologico nazionale peculiare con cui sarà necessario confrontarsi. I Dr. G. Marchioro e M. Capra, specializzandi delle Scuole di Novara e di Palermo, hanno cercato di fare chiarezza nel complesso nuovo quadro normativo mettendone in risalto gli aspetti principali.

Ci auguriamo che in tale maniera si possa avviare un dibattito costruttivo fra le parti in causa affinché la formazione medico-specialistica dell'urologia italiana possa adeguarsi agli standard europei.

*Ricordiamo infine che chiunque voglia intervenire in questo spazio con considerazioni e riflessioni personali, può inviare il proprio contributo a:
fsangue@hotmail.com e verzep@hotmail.it*



A CURA DI
Walter
Artibani

Cari colleghi,

il riordino dell'assetto delle scuole di specializzazione si propone come un momento di rinnovamento che ci vedrà impegnati nei prossimi mesi e nei prossimi anni. E' evidente l'impatto immediato e futuro delle innovazioni che verranno introdotte.

Sono stato invitato ad esprimere alcune considerazioni in qualità di referente nazionale dei direttori delle scuole di specialità di urologia. Tuttavia devo premettere che quanto qui scrivo e vi propongo è da considerare espressione del mio pensiero personale, come tale opinabile, non condiviso, e non necessariamente condivisibile. Sono considerazioni di tipo generale che volutamente non entrano nello specifico, ma cercano di descrivere il contesto attuale e futuribile.

La prima considerazione è che la definizione della specialità urologica presente nel riordino è una delle più efficaci ed esaurienti che io conosca. Per questo è utile riportarla per esteso.

..."Lo specialista in Urologia deve avere maturato conoscenze avanzate teoriche, scientifiche e professionali nel campo della anatomia, della fisiopatologia, della semeiotica funzionale e strumentale e della clinica dell'apparato urinario e genitale maschile e femminile e del surrene. Sono specifici ambiti di competenza la chirurgia delle alte e basse vie urinarie, la chirurgia oncologica, la chirurgia del retroperitoneo, la chirurgia sostitutiva e ricostruttiva, l'andrologia, la chirurgia uro-ginecologica, i trapianti, l'endoscopia urologica sia diagnostica che operativa, l'ecografia urologica, la radiologia interventistica, la laparoscopia, la litotrissia extracorporea con onde d'urto."...

Il merito di questa puntuale descrizione va al Prof Martorana che allora gestì l'interazione con coloro che erano deputati a redigere la descrizione del "core curriculum" delle varie specialità.

La seconda considerazione è relativa al nostro sistema sanitario che è storicamen-

te basato su una struttura verticale, a piramide, in passato chiaramente identificata nelle figure del primario (uno), degli aiuti (pochi) e degli assistenti (molti). Questa distinzione è tuttora presente anche se più sfumata; non è probabilmente un caso l'inversione della logica dei livelli nella distinzione tra dirigenti di 1° e 2° livello, dove il 2° livello indica la funzione apicale. D'altro canto i moduli prima, e dopo la distinzione tra alte specializzazioni, unità semplici ed unità complesse, e l'introduzione dei dipartimenti con i relativi direttori, sono tutti cambiamenti che vanno nella direzione di attenuare la verticalità con una tendenza verso l'orizzontalità.

Altri sistemi sanitari europei sono basati sulla orizzontalità: un esempio per tutti quello inglese in cui le figure dei "consultant" sono paritarie e tra loro viene eletto a rotazione un coordinatore.

La struttura, verticale o orizzontale, ha chiare conseguenze sulle necessità e sui tempi della formazione e sul concetto delle superspecializzazioni. Un sistema orizzontale prevede da un lato il raggiungimento della totale indipendenza operatoria (il "consultant") in tempi e ad un'età nettamente inferiori rispetto a quelli in cui si

RESIDENTS' CORNER



diventa dirigenti di 2° livello in Italia, dall'altro la necessità in un gruppo di lavoro di "consultants" pari tra loro ma con una focalizzazione della loro attività assistenziale su specifici settori. Ad esempio in un gruppo di 4-5 "consultants" urologici, uno si occuperà di calcolosi ed endourologia, un paio di urologia oncologica, uno di urologia funzionale e ricostruttiva, e così via.

Il nostro sistema verticale prevede ed impone che chi sta al vertice della piramide abbia una preparazione generale per quanto possibile e sia in grado di risolvere i casi complicati in tutte le situazioni. Ciò vale negli ospedali regionali, mentre sicuramente nei centri di riferimento ospedalieri ed universitari è in atto un cambiamento tendente alla superspecializzazione che -se non è a rotazione- pone successivamente problemi nella progressione di carriera.

Il sistema universitario non sfugge alla descrizione fin qui fornita di piramidalità (ricercatore, professore aggregato, professore associato, professore ordinario) anche se in questo caso, almeno per ora, i criteri di livello sono quelli logicamente attesi per cui la 1° fascia (e non la 2°) ha il ruolo apicale.

Arrivando al dunque dopo questa lunga premessa, il riordino delle scuole di specializzazione è pensato su modelli europei prevalentemente orizzontali e massimalizza una rapida preparazione pratica per cui lo specialista, una volta dichiarato tale, è in grado di essere autonomo. Obiettivo chia-

ro, ragionevole, raggiungibile.

Tuttavia questa progettualità impatta sul sistema attuale in vario modo.

Impatta anzitutto su quella "generazione di mezzo" (dirigenti di 1° livello) che non hanno ancora usufruito di una appropriata maturazione chirurgica assistenziale, gruppo che potrebbe vedersi spiazzato e superato dagli specializzandi di oggi.

Impatta anche sul futuro del nuovo specialista che -pronto all'azione- potrebbe avere difficoltà a trovare lo spazio atteso in un sistema tuttora piramidale (su questo punto tornerò nella terza considerazione).

Ciò significa che chi dirige una scuola di specializzazione, soprattutto chirurgica, e coloro che saranno investiti della funzione di "tutor" nella rete formativa, dovranno affrontare il compito delicato di formare a pieno un nuovo specialista in 5 anni, senza impattare negativamente su coloro che, già strutturati nel sistema sanitario, non hanno ancora avuto una maturazione sufficiente.

La terza ed ultima considerazione riguarda il punto critico del rapporto tra manpower necessario e manpower da formare. E' evidente a chiunque quanto sia indispensabile ed irrinunciabile equilibrare domanda e risposta.

Ciò vale non solo in senso quantitativo ma anche qualitativo: non solo quanti urologi, ma anche quali urologi. E' questa una discussione che anima, pur in modo diversificato, tutta l'Europa e che è resa più dif-

ficile dalla complessità e poliedricità della specialità urologica.

Ritornando alla definizione dell'urologia, vi è un ampio spettro di attività che va dalla prevenzione, al trattamento conservativo, alla riabilitazione, alla chirurgia più o meno complessa.

Immediato intuire che, secondo la collocazione della specialista, alcuni assumono una prevalenza rispetto ad altri. Le figure dell'urologo "ambulatoriale" e di quello "ospedaliero" sono ben codificate in alcuni paesi europei, meno in Italia dove tuttavia ognuno di noi è in grado di riconoscere le possibili applicazioni pratiche.

Lo specialista è quindi unico ma con funzioni variabili. L'attuale riordino non prende in considerazione la possibilità di diversificare la formazione. Non è detto che una esigenza del genere emerga come utile e necessaria col tempo.

Mi piace concludere ricordando l'ovvietà che i giovani sono il nostro futuro e la nostra ricchezza. Non vi è dubbio che quanto più investiremo su di loro, tanto più ne saremo ripagati.

I cambiamenti sono sempre una sfida ma offrono grandi opportunità di miglioramento, purchè l'evoluzione sia guidata da onestà intellettuale e buonsenso di tutte le parti coinvolte.

Cari colleghi,

dal 1 Novembre scorso stiamo assistendo a importanti cambiamenti nell'ambito della formazione degli specializzandi italiani. Il MIUR (Ministero Università e Ricerca) ha notificato l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 368 del 1999, con la conseguente abrogazione del Decreto 257 del 1991, a partire dall'anno accademico in corso.

Ma cosa stanno a significare i numeri e le date di cui sopra?

Conviene sicuramente fare un passo indietro e ricordare le tappe del processo che ha portato alla riqualificazione dello status degli specializzandi italiani. Con la normativa precedente (Legge 257 del 1991) l'assistente in formazione era inquadrato come

un borsista retribuito dall'Università, non chiaramente riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale (e quindi dalle strutture presso cui operava). Lo stesso però, per conseguire il titolo di specialista, doveva partecipare a tempo pieno allo svolgimento di tutte le attività mediche (e chirurgiche nel nostro caso specifico) del servizio presso cui afferiva; non si delineavano tutele dal punto di vista previdenziale, mentre la copertura assicurativa su rischi e infortuni era a carico delle Università e non delle Aziende Ospedaliere.

Con la Legge 368 del '99 si configura un contratto di formazione-lavoro adeguato alle direttive dell'Unione Europea, che garantisce i contributi previdenziali, copre la responsabilità civile contro terzi, gli

infortuni, il diritto alla malattia, alla gravità e alle ferie. Il contratto viene stipulato con l'Università, che attraverso le Scuole di Specializzazione deve provvedere a fornire la formazione necessaria, e con le Regioni, presso le quali sono presenti le strutture sanitarie con cui l'Università stessa può prendere accordi utili a raggiungere gli obiettivi formativi prefissi. Viene individuata anche la figura di un Tutor, sotto la presenza del quale vanno svolte le attività formative e assistenziali. La copertura assicurativa dello specializzando è a carico dell'Azienda Ospedaliera presso cui svolge l'attività formativa, alle stesse condizioni del personale medico dell'Azienda stessa. Sono inoltre possibili periodi di frequenza all'estero autorizzati dalla Scuola, per



A CURA DI
M. Capra



G. Marchioro



RESIDENTS' CORNER

tempi non superiori a 1 anno. La legge prevede anche un adeguamento della retribuzione economica.

Questo cambiamento tende quindi a garantire maggiori diritti e rappresenta un importante riconoscimento del lavoro svolto dagli specializzandi italiani, seppur recepito ed attuato con molti anni di ritardo rispetto agli altri Paesi Europei.

Ma cosa è successo in questi anni?

Molti di noi ricorderanno i periodi di agitazione degli anni passati quando, alla vigilia dell'approvazione delle Leggi finanziarie, si assisteva alla mobilitazione degli assistenti in formazione (ricordiamo tra tutte quella dell'autunno 2002).

Come dicevamo, solo dopo sette lunghi anni, e cioè dal 1 novembre 2006, la Legge 368 è entrata in vigore; la Finanziaria 2006 ha stanziato i fondi necessari rendendo attuabile il nuovo contratto. Tutta la normativa in vigore regola già da quest'anno la nostra attività. Passo finale della vicenda sarà la sottoscrizione del contratto e per questo si attende un decreto del Presidente del Consiglio al termine di un iter fatto da passaggi tra i ministeri competenti e la conferenza stato-regioni (al momento in cui scriviamo, degli emendamenti proposti dalla conferenza stato-regioni che proponevano alcune modifiche sostanziali della legge, sembrano essere scongiurati dall'intervento del Governo, che in una nota ha ribadito che la 368 non si modifica in alcun punto).

Cosa cambia quindi per gli specializzandi italiani in Urologia...e quali cambiamenti gli specializzandi si aspettano?

L'innovazione sostanziale è che da "studenti borsisti" verremo inquadrati come medici in formazione urologica, dotati, pertanto, di un reale contratto di lavoro. Questo nuovo status ci garantirà i diritti e le tutele di cui godono tutti i lavoratori, in particolare quelli che operano in un settore così pieno di rischi e responsabilità come è quello sanitario, non dimenticando però che siamo anche discenti di una disciplina di cui si sta maturando le precipue competenze.

Ci aspettiamo quindi un'offerta formativa finalmente più qualificante e omogenea rispetto agli standards di oltreconfine. In tale contesto l'Università si inquadra sem-

pre più come la "madre" della nostra formazione e la chiave di volta della nostra crescita professionale e umana in un settore, come riteniamo sia l'urologia, sempre più tecnologico e ultraspecialistico.

Un ruolo importante verrà svolto dalle Aziende Ospedaliere, che verranno integrate in misura maggiore nell'iter formativo degli specialisti in formazione: la nuova normativa prevede la possibilità da parte dei Consigli delle Scuole di Specializzazione di stipulare accordi e convenzioni con altre strutture sanitarie presenti sul territorio, secondo adeguati requisiti di idoneità. Si potranno così creare spazi idonei per ogni specializzando utili all'acquisizione delle competenze necessarie, fondamentali per esercitare un'attività quale la nostra a prevalente contenuto chirurgico, oltre che diversificarne l'offerta formativa. Da ciò deriva quindi una maggiore responsabilizzazione nell'ambito formativo da parte delle Aziende Ospedaliere che dovranno quindi prepararsi a recepire la figura dello specialista in formazione come forza lavoro da valorizzare e fare crescere.

La Riforma dell'Ordinamento Didattico delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria.

Un ulteriore elemento innovativo è stata la promulgazione del Decreto Ministeriale del Novembre 2005 riguardo il Riassetto delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria; tale normativa prevede un radicale cambiamento dell'offerta formativa, che verrà "pesata" con un'unità di misura convenzionale, cioè i Crediti Formativi Universitari. Alla conclusione del corso, lo specialista in formazione dovrà avere conseguito 300 (per i corsi quinquennali) - 360 CFU (per le scuole strutturate in 6 anni di corso) per poter essere diplomati, di cui almeno il 70% dovranno essere spesi nelle così dette Attività Formative Professionalizzanti: in tale maniera si vuole garantire un iter formativo più specifico e con un maggior risvolto pratico.

Tale normativa sarà applicata a partire dall'A.A. 2007-08, e solo per i nuovi iscritti; tuttavia ad oggi rimangono irrisolti alcuni dubbi, che riguardano principalmente la caratterizzazione delle Attività Formative Professionalizzanti, all'interno delle quali dovranno essere indicati, ad esempio in

Urologia, quali sono gli interventi di alta-media-bassa chirurgia che gli specializzandi dovranno eseguire nel numero già disposto nel Decreto.

L'Osservatorio Nazionale per la Formazione Medico-Specialistica.

Infine una nota positiva è stata la riattivazione dell'Osservatorio Nazionale per la Formazione Medico-Specialistica, recentemente istituita dal MIUR: esso rappresenta un primo segnale delle Istituzioni nell'adozione di politiche virtuose a sostegno della riqualificazione delle scuole di specializzazione e del miglioramento degli standard formativi riservati ai medici specializzandi. L'organismo sovrintende la formazione medico specialistica, con il compito in particolare di determinare gli standard per l'accreditamento delle strutture universitarie e ospedaliere per le singole specialità, di determinare e di verificare i requisiti di idoneità della rete formativa e delle singole strutture che le compongono ed effettuare il monitoraggio dei risultati della formazione; esso inoltre definisce i criteri e le modalità per assicurare la qualità della formazione, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea, e ha la facoltà di proporre ai Ministri della Sanità e dell'Università e Ricerca le sanzioni da applicare alle scuole di specializzazione in caso di inottemperanza.

Dell'Osservatorio fanno parte tre rappresentanti dei medici specializzandi, uno per ciascuna delle 3 aree di riferimento, che sono stati nominati congiuntamente dal Ministero della Salute e dal M.I.U.R. quali delegati delle associazioni nazionali di categoria riconosciute dai predetti Ministeri.

Sembra quindi che si stiano delineando le premesse per un futuro migliore per gli specialisti in formazione, anche se probabilmente i frutti di tali cambiamenti saranno a vantaggio delle prossime "generazioni"; l'auspicio è che tali intenzioni non rimangano disattese, e che per una volta non trovi posto il detto "occorre che tutto cambi, per rimanere com'è" di gattopar-desca memoria.

massimocapra@hotmail.it
giansilvio.marchioro@gmail.com