

LA BATTAGLIA DEGLI SPECIALIZZANDI

In questi tempi confusi e piuttosto bui per la società e l'economia italiana qualcuno di voi si è accorto dello "sciopero degli specializzandi"? Forse chi abbia avuto modo di entrare in una clinica universitaria dopo l'11 novembre si sarà chiesto come mai ci fossero molti meno medici del solito, o perché il Primario stesse aggiornando le grafiche ai piedi del letto dei pazienti ricoverati, o perché l'ambulatorio specialistico fosse chiuso. In tempi e modi diversi si è infatti assistito, e in molte città si sta ancora assistendo, all'astensione totale dall'assistenza dei cosiddetti "specializzandi", ovvero di quei laureati in medicina, abilitati all'esercizio della professione avendo superato l'esame di Stato e iscritti all'Ordine professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, che stanno frequentando le Scuole di Specializzazione nelle varie cliniche universitarie italiane. Siamo tanti, all'incirca 30.000, e ancora una volta abbiamo detto: basta.

Certo, molti di voi avranno pensato: «Ma cosa vogliono questi giovani! Non sono mai contenti... e che dire di anni fa quando non avevamo nemmeno una borsa di studio?».

Forse qualcuno ricorderà o addirittura avrà partecipato alle proteste del 1996, in cui si arrivò allo sciopero della fame per chiedere il riconoscimento da parte dello Stato Italiano di una normativa europea datata 1993 e volta a favorire la libera circolazione dei medici nei vari Paesi dell'Unione Europea, garantendone un livello minimo di formazione e il riconoscimento dei titoli. A seguito di quelle proteste è stato formulato un decreto legislativo, il 368/99, che prevede il tanto celebrato contratto di formazione-lavoro. In questo modo lo specializzando diviene un medico in formazione specialistica a tutti gli effetti: non più uno studente, ma un lavoratore, con doveri paragonabili a quelli del personale medico di ruolo, e finalmente anche con i diritti sanciti dalle normative vigenti nella UE, che garantiscono una formazione specialistica adeguata e verificata attraverso l'attività degli Osservatori Regionali e Nazionale, dove è prevista anche la presenza dei rappresentanti dei medici in formazione specialistica.

Quel famoso decreto legislativo rimase in vigore solamente due mesi e poi, in parte, venne congelato da un decreto successivo, perché lo Stato italiano non era riuscito a trovare fondi sufficienti a sostenere gli oneri che il contratto di formazione-lavoro implicava. Per la mancata applicazione di quel decreto lo Stato Italiano ha deciso e sta decidendo di continuare a pagare una mora all'Unione Europea. Costa meno.

Gli specializzandi (noi specializzandi, perché l'autore dell'editoriale è, per l'appunto, una specializzanda che cercherà però di mantenere il tono distante che si addice a un editoriale) costano meno, meno di qualsiasi altro lavoratore regolare; perché gli specializzandi sono studenti e percepiscono appunto una borsa di studio che è la stessa dal 1992, quando entrò in vigore la legge 257/91, che prevedeva il pagamento di 6 rate bimestrali posticipate, pari a 11.600 euro annui (allora circa 22 milioni e 300.000 lire). In dieci anni non è stato fatto alcun adeguamento all'ammontare della borsa di studio; il costo della vita è indubbiamente aumentato, e soprattutto sono aumentate le tasse universitarie per l'iscrizione alla Scuola di Specializzazione. Non dimentichiamo gli oneri rappresentati dall'iscrizione obbligatoria all'Ordine dei Medici, il pagamento dell'Empam, il pagamento dell'Assicurazione di Responsabilità Civile per Conto Terzi. Facendo due calcoli, la borsa di studio netta garantisce un importo mensile di circa 700 euro, con un costo medio del lavoro dello specializzando di meno di 5 euro all'ora. Inoltre non vengono riconosciuti i contributi, né la ma-

lattia né la maternità, ma solo un periodo di assenza giustificata pari a 30 giorni all'anno.

Tutto questo potrebbe (quasi) passare in seconda linea. Quello che più manca agli specializzandi (e non lo si dice per la solita ipocrisia di chi, alla fine, è disposto ad accontentarsi della mancia in euro) è niente di più e niente di meno che la cura della loro formazione, data in cambio del loro lavoro. È incredibile l'inadeguatezza dei controlli sulla qualità della formazione medica. Il controllo della formazione pre-laurea è affidato a un esame di stato solo formalmente affidato all'Ordine dei Medici (che non sarebbe in grado di farlo), e di fatto svolto dagli stessi professori del corso di laurea. Lo stesso accade per il diploma di specialità. E sarebbe niente se, sostenuti da un minimo di etica professionale (la professione di medico e la professione di docente) e/o da un minimo di amore per la professione e l'insegnamento (che sono le spinte che pur avrebbero dovuto guidare le loro scelte di carriera), i primari e i "tutor" strutturati non sparissero a metà mattina nel bel mezzo del giro, e non dovessero essere inseguiti per fare delle lezioni che spesso sono delle tristi farse.

Chi scrive sa di essere in una situazione privilegiata. Sa che la formazione è possibile, sa che avere dei tutor su cui contare è possibile, sa che il dialogo con il Direttore della Scuola è possibile, sa che i fondi che l'Università assegna a ogni Scuola possono essere gestiti in tutta trasparenza e per la didattica, ad esempio comprando il computer portatile per gli specializzandi (e sul quale sto scrivendo), sostenendo missioni all'estero per imparare la pediatria d'élite ma anche quella dei Paesi in via di sviluppo. La protesta nasce prima di tutto dall'osservare che, invece, troppo spesso, chi dovrebbe essere un maestro, per professione se non altro, e trasmettere ciò che l'esperienza gli ha insegnato, si guarda dal farlo, e sceglie di tenere stretto ciò che sa (e a volte anche ciò che non sa).

Quello che gli specializzandi chiedono è dunque l'attuazione del contratto formazione-lavoro in tutti i suoi aspetti, compresa la creazione dei cosiddetti Osservatori Regionali che dovrebbero garantire la qualità della formazione specialistica. Sono consapevoli che gli Osservatori Regionali non possono sostituire la volontà e il bisogno di insegnare che dovrebbe animare ogni curante/docente, ma potrebbero forse costituire un richiamo, per i migliori, a una responsabilità che l'Università sembra aver perduto. Sono anche consapevoli che la richiesta di un riconoscimento dei diritti e dei doveri di ogni specializzando *potrebbe* voler dire una riduzione nel loro numero, e *dovrebbe* voler dire un aumento degli organici per compensare il vuoto che da questa riduzione inevitabilmente deriverà.

È un fatto che economie di questo tipo sono quei risparmi pidocchiosi che chiudono un buco per aprirne un altro. Ed è anche un fatto che questa guerra (perduta in partenza?) degli specializzandi non ha a che fare soltanto con le loro tasche, né soltanto con la dignità del loro lavoro, ma anche con la moralità dell'insegnamento universitario che, a dispetto di tutto, rimane una delle basi della moralità e dell'efficienza della società; più limitatamente ha a che fare con il funzionamento delle strutture di assistenza-didattica-ricerca, che dovrebbero rappresentare i gangli del sistema sanitario e di cui gli specializzandi costituiscono (o possono costituire, dipende tutto dal modo con cui vengono utilizzati, sostenuti e compresi) il cuore giovane.

Ogni persona che protesta pensa che la sua protesta dovrebbe interessare l'intera società; e questo è vero anche per la guerra degli specializzandi. Ma non credete, almeno voi medici che leggete questa Rivista, che in questo caso davvero la cosa vi ri-

guarda? Che riguarda, di riflesso, la vostra storia personale, riguarda nei fatti la vostra categoria, riguarda certamente il futuro della classe medica?

La formazione degli specialisti in pediatria è certamente molto diversa, e migliore oggi rispetto a venti, trenta, cinquanta anni fa. Allora il numero degli specializzandi era molto largo, il sapere disponibile era minore, l'attenzione che veniva dedicata loro era minima, ma anche l'impegno che veniva loro richiesto lo era. Non c'erano borse o compensi, o erano minimi, ma ciascuno poteva arrangiarsi e guadagnarsi il pane fuori. Chi poteva e chi voleva si dedicava con entusiasmo al lavoro in Clinica, che era l'unico modo per apprendere; gli altri decidevano di imparare il mestiere dopo e strada facendo. Ma la specializzazione durava 1 anno (pueri) o 2 anni (clinica), poi 3, poi 4, ora 5 anni. Non è una vita, ma ne è un bel pezzo. E cinque anni dedicati al "disimparo", alla frustrazione, all'esposizione a cattivi modelli di cattivi maestri, sono tanti, troppi.

L'unico modo che hanno avuto gli specializzandi per farsi sentire è stato quello di astenersi dall'attività assistenziale, a discapito di se stessi, e anche, va detto, dei pazienti. Ma se lo hanno fatto, se sono riusciti a mettere in moto, in tutte le città universitarie, una protesta spontanea, corale e articolata, fatta di marce, misurazioni di pressione gratuite in piazza, lavaggi gratuiti dei vetri delle macchine ai semafori, picchetti agli ingressi degli ospedali, raccolta di questionari (per indagare se l'utenza è a conoscenza di essere stata mai visitata da uno studente), culminata in un corteo con circa 10.000 medici a Roma, da Piazza Esedra a Piazza S.S. Apostoli, tutto questo vuol dire che a muoverli è stato il sentimento di una ingiustizia troppo diffusa e troppo a lungo sopportata.

Tania Gerarduzzi

Coordinamento dei Medici Specialisti in Formazione, Trieste

RICERCA: INVESTIMENTO E QUESTUE

L'Italia si scopre povera e smette di investire. Già non investiva prima, o investiva quasi niente: ricerca, scuola, aiuti ai Paesi poveri. Adesso riduce la spesa per la scuola, riduce la spesa per la ricerca, figuriamoci poi gli aiuti ai Paesi poveri, chissà cosa c'entriamo noi con i Paesi poveri. Quando si tratta di competere, di sapere se siamo al quinto o al sesto posto tra i Paesi industriali, ci sentiamo offesi nell'orgoglio se l'Inghilterra o la Spagna ci passano davanti. Ma quando si tratta di spendere...

C'era, ai miei tempi, un già vecchio proverbio padovano che diceva: «Furlàn, magnèn del pan. No go fam. Magnèn del mio. Magnèn con Dio». Senza offesa per i friulani, un tempo poveri, e ancora oggi attenti alla spesa.

E questa è la morale che ormai ci scorre nel sangue: tenere i nostri soldi per noi. La ricerca guarisce il cancro? Lasciamola fare agli americani; poi con la loro ricerca guariranno anche i nostri cancri, il sapere non ha confini. Gli squilibri economici producono odio e disperazione? Non è affare nostro; tanto i gommoni affondano facilmente, e ogni gommone che affonda sono tanti pensieri in meno; e quelli che riescono a sbarcare li mandiamo indietro con il prezzo del biglietto scontato. La cultura è il nostro domani? Mah, sarà magari il domani degli altri (dei figli? di quei pochi figli che qualche scemo si ostina a fare, chi li capisce). Tu, intanto, *carpe diem, quam minime credula postero*. A noi basta che ci diamo comunque del tu con *doublù*.

Tornando alla ricerca, si ricorre alla questua. L'ultima buona azione della lira, un'azalea, un'arancia, un bonsai..., per la leucemia..., più vicini alla vita...

In fondo è giusto: questi finanziamenti dello Stato erano tutti pieni di controlli (formali, per carità, del tipo amministrativo-contabile: dei risultati e della qualità a chi mai poteva interessare, neanche ai ricercatori in fondo interessava); così, invece, con i soldi della questua, ogni associazione ci può fare quello che gli pare, ognuno padrone a casa sua. E non è neanche male che i finanziamenti vadano alle associazioni più ricche e più potenti: lo ha detto anche Gesù, chi ha avuto ha avuto, chi non ha avuto non avrà.

Così anche per i poveri bambini dell'Afghanistan, o della Siera Leone, o dell'India: un po' di questua mette in pace il grande cuore della Nazione. Anche lì, d'altronde, gli aiuti umanitari sono sempre stati un bluff, si dava con una mano per ritirare con l'altra. Chissà che le associazioni umanitarie, oltre a mantenere se stesse, riescano ad "allocare meglio le risorse". In fondo poi l'elemosina fa male prima di tutto a chi la riceve.

Quanto alla scuola, è sempre stata un disastro. Per fortuna che c'è il privato, così almeno quei pochissimi che sarebbero stati bocciati ce la faranno in tutti i modi a passare, e quanto a quelli che dovranno succedere ai padri nella direzione dell'azienda, beh, se c'è un'azienda, ci sono anche i soldi per studiare all'estero. E chi non è in nessuna delle due condizioni, fatti suoi, si arrangi.

In tutte queste scemate c'è purtroppo del vero. L'egoismo di oggi è il figlio dell'ipocrisia di ieri. E al fondo di entrambe le posizioni c'è una grande rinuncia (che non è dunque recente, anche se l'oggi permette di far piazza pulita di ogni reminiscenza morale, di ogni straccetto per coprire le parti vergognose): è la rinuncia a essere protagonisti. Essere protagonisti della propria vita è una frase fatta, ma come molte frasi fatte ha la sua sostanza, e non è niente di meno o di più che fare il proprio dovere, di persone, così come di comunità o di Stati; quello che si può e che si riesce, quello che le risorse e le circostanze consentono.

Ricerca, solidarietà, scuola, sono la stessa cosa. Sono l'avventura umana. La ricerca non è la cura per allontanare la morte (di tumore, o di sclerosi a placche, o di cardiopatia, o di vecchiaia), la ricerca è un bisogno della mente dell'uomo. L'uomo che non sente il bisogno di cercare (e nemmeno importa cosa cerchi), l'uomo che non cerca la strada, una strada (e qualunque ricerca ti aiuta a trovare la tua strada), non è neanche un uomo. L'uomo che non sente il dovere della solidarietà, che non si sente parte dell'umanità, che non si sente in debito con gli altri, con gli uomini passati e con i compagni di viaggio, non è neanche un uomo. L'uomo che non sa guardare davanti, che non sa andare oltre al tempo della sua morte, che dunque anche così si taglia fuori dal consorzio degli uomini, non è neanche un uomo.

E uno Stato o, se vogliamo, una Cultura, la cultura di massa nella quale viviamo, che non sappia farsi interprete, e anzi eremeneuta, di questi bisogni, e le cui basi morali siano l'apparenza e il consumo, è il seme della corruzione.

Franco Panizon

LA DIMISSIONE PRECOCE DEL NEONATO

Una dimissione prima dei tempi sinora previsti di permanenza in Maternità costituisce l'obiettivo di cui si è cominciato a par-

lare in Italia circa cinque anni fa, seguendo un modello in voga negli Stati Uniti. L'articolo di Luisa Marolla, pubblicato su questo numero di *Medico e Bambino*, affronta il problema sottolineando i rischi della dimissione precoce per il bambino, in particolare in merito ai problemi dell'ittero, della diagnosi di cardiopatia congenita, della disidratazione. Una possibile soluzione operativa è quella di demandare anche al PdF, in tempi ragionevolmente rapidi, la "presa in carico" del bambino per questi specifici problemi.

Si dà quindi per scontato che la dimissione precoce sia una cosa ragionevolmente buona, in un bilancio di benefici, di rischi e di riscontro economico sicuramente favorevole, pur sottolineando che, al momento attuale, ai PdF raramente capita di visitare i neonati nella prima settimana di vita.

In realtà crediamo che vi siano scarse evidenze su cosa sia meglio fare, in quanto le variabili di giudizio da prendere in considerazione nella dimissione precoce della madre e del neonato sono tante e difficilmente adattabili a tutti i contesti assistenziali. Nel 1999 su *Medico e Bambino* (9:574-80) è apparsa una disamina della letteratura e delle prime esperienze italiane, alla luce delle quali: «... La discussione sul "quanto" (24, 48, 72 ore?) rispetto al "come" (i criteri selettivi, le modalità) appare malposta e fuorviante. È l'appropriatezza delle dimissioni (nei modi e nei tempi "giusti" per il singolo neonato e la sua mamma), e non tanto la loro semplice precocità, a rendere sempre più adeguate ed efficaci le cure perinatali. Andrebbero perciò riviste la qualità della degenza ospedaliera ancor prima della sua durata, e soprattutto le successive opportunità d'assistenza».

Recentemente, sempre su *Medico e Bambino* (2000;1:35-43), sono state pubblicate (da parte di "tutte" le società scientifiche neonatologiche-pediatrie e ostetrico-ginecologiche italiane) le raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato. Nel documento la dimissione "concordata ed appropriata" prima delle 48-72 ore dovrebbe basarsi: a) sul desiderio della madre; b) sul suo stato di salute; c) sulla salute e stabilità del neonato; d) sull'adeguatezza delle condizioni socio-sanitarie, della struttura abitativa e del supporto domiciliare; e) sull'adeguata assistenza sanitaria nel puerperio e nel pe-

riodo neonatale. Sono da considerarsi inoltre fattori favorevoli la pluriparità e l'aver avuto esperienze precedenti di allattamento al seno.

È per questo importante riconsiderare il contesto organizzativo ospedaliero (il rooming in e un adeguato controllo al momento degli screening biochimici: peso, eventuale bilirubina), e soprattutto il rapporto di continuità assistenziale fra ospedale e territorio, i veri fattori favorevoli (che sarebbe sbagliato considerare scontati) in grado di favorire una precoce e adeguata integrazione della diade madre-bambino.

Questo nella teoria del saper fare bene. Sarebbe a questo punto interessante capire se in Italia, a fronte delle raccomandazioni ufficiali, della volontà dei PdF di una presa in carico del bambino entro 7 giorni dalla nascita, una politica di dimissione "appropriata" secondo le linee guida proposte sia in corso di opera e con quali risultati, in termini di modifica di aspetti organizzativi e assistenziali ospedalieri, e soprattutto domiciliari, e di soddisfazione delle madri.

Risulta invece che: in non pochi casi la dimissione è stata sì precoce ma non appropriata, perché non si è tenuto conto dei fattori di rischio di contesto che la rendono tale; sono rari, se esistono, i casi in cui a un accorciamento dei tempi di dimissione è corrisposto un rafforzamento dell'intervento sul territorio e a domicilio al fine di favorire l'assunzione di competenze, quali ad esempio l'allattamento al seno. Inoltre un'analisi economica (Biasini GC. *Quaderni acp* 1999;4:10-14) ha evidenziato che la dimissione precoce non sembra determinare un consistente risparmio di risorse da parte delle Aziende ospedaliere e sanitarie.

Il problema è dunque quello di definire, caso per caso, azienda per azienda, come può essere riorganizzato e migliorato il percorso nascita, e come i diversi servizi possono collaborare per offrire una qualità di cure migliore, sia in termini di sicurezza che di umanizzazione. Le raccomandazioni a suo tempo discusse e approvate da tutte le società professionali, incluse quelle pediatriche e neonatologiche, dovrebbero ancora fare testo.

Federico Marchetti e Giuseppe La Gamba

INTERVENTI EFFICACI DI PREVENZIONE NELLA PRIMA INFANZIA: evidenze, esperienze, metodi

TRIESTE, 21-22 marzo 2003

Gli interventi di prevenzione primaria sono spesso "orfani" di conoscenze, strumenti, metodi, e finanziamenti. L'esperienza maturata con il progetto di prevenzione "sei più uno" attuato in tre regioni italiane consente di proporre un itinerario di formazione focalizzato su interventi relativi a: esposizione al fumo, prevenzione degli incidenti, allattamento al seno, prevenzione SIDS, interventi di promozione nelle scuole, salute ambientale.

Il programma del corso (accreditamento ECM in corso) prevede 15 ore di didattica interattiva, di cui:
un terzo dedicato alle basi scientifiche degli interventi,
un terzo alle metodologie e agli strumenti per la loro realizzazione,
e un terzo alla presentazione di progetti-obiettivo nelle realtà locali.

Il corso è rivolto a pediatri e operatori dei dipartimenti di prevenzione, materno-infantili e dei distretti.

Per informazioni

Centro per la Salute del Bambino, Onlus
Via dei Burlo 1, 34123 Trieste

Tel: 040 3220447 fax 040 3224842 e-mail <csb.trieste@iol.it>