

PREMESSA

Nel nostro Paese, come in altri europei, sotto la spinta di molteplici criticità di prevalente ordine economico-finanziario, sono in atto politiche rivolte ad un sensibile contenimento della spesa pubblica che coinvolgono settori delicati di interesse generale e tra questi l'istruzione (scuola, università, formazione professionale), la previdenza, l'assistenza e la sanità, in altre parole il nucleo centrale del nostro Stato Sociale.

Siamo consapevoli dei limiti e delle oggettive difficoltà del nostro modello di "Stato Sociale" e quindi della necessità di introdurre correttivi ed innovazioni ma anche convinti che i principi che lo ispirano rappresentino comunque la strada maestra per "materializzare" quello straordinario patrimonio di valori di comunità (solidarietà, universalismo dei diritti, equità tra generazioni e ceti sociali) previsto nella nostra Costituzione e che costituiscono un formidabile cemento della coesione sociale e dell'identità civile del nostro paese.

In quei valori sono altresì profondamente radicate le fondamenta civili e deontologiche del nostro esercizio professionale definendo un limite oltre il quale non possiamo e non vogliamo andare.

Questo orgoglioso richiamo alla nostra identità non intende sottrarre la professione medica alle sfide dei grandi cambiamenti della medicina, della sanità, della società, ma le impone di affrontarle in una prospettiva di autonomo e responsabile esercizio del suo ruolo di garanzia e di tutela di quei valori, entro i quali trovano espressione i diritti e le libertà di ciascuno e di tutti i cittadini.

La sostenibilità di quei valori di comunità deve misurarsi con fenomeni complessi e di varia natura sui quali domina l'imperativo economico in sanità correlato al trend di crescita dei costi in ragione sia dello sviluppo delle tecnologie sia del mutato scenario epidemiologico della salute e della malattia ovvero prevenzione *versus* cura, acuzie *versus* cronicità, individuo *versus* collettività; fenomeni che hanno allargato sia la platea che i contenuti della domanda di servizi.

Qualità professionale del medico

Poniamo il tema della qualità professionale nella prospettiva di rafforzare un fondamento critico per la sostenibilità del nostro sistema delle cure e quindi di quei preziosi valori di equità, solidarietà, universalismo dei destinatari di cui oggi è insostituibile espressione materiale.

In letteratura internazionale la qualità professionale del medico ha ricevuto definizioni complesse e controverse, ma è unanimemente riconosciuto che essa rappresenti un determinante critico di efficacia, appropriatezza e sicurezza dei servizi di cura.

Progettare e lavorare per lo sviluppo della qualità professionale del medico significa dunque operare per la qualità dei servizi in ogni sua dimensione (di processo, di esito, percepita) mantenendo alta la fiducia e l'affidabilità dei professionisti e del sistema delle cure verso i cittadini ed affiancando per la *governance* della crescita dei costi alle pratiche tipicamente manageriali quelle tipicamente professionali che fanno leva sulla efficacia e l'appropriatezza.

Non a caso la fiducia dei cittadini, l'affidabilità dei professionisti e delle strutture sanitarie e la *governance* della crescita dei costi tracciano i confini di quella arena entro la quale si gioca la complessiva sostenibilità di un sistema di tutela della salute che intende conseguire la sintesi alta tra i principi civili e sociali di solidarietà, di universalismo dei destinatari, di equità, e quelli tecnico professionali di efficacia e sicurezza delle cure.

Nei mutati scenari della medicina, della sanità e della società, un medico di qualità va innanzitutto formato e poi protetto dalla fisiologica obsolescenza delle conoscenze e competenze garantendo nel tempo della sua vita professionale un sistema accessibile ed efficace di costante aggiornamento e sviluppo delle proprie abilità tecniche e non tecniche.

La moderna formazione di un medico è, quindi, una complessa "costruzione" educativa, culturale, tecnico-scientifica, con ampi risvolti civili e sociali rispetto alla quale occorre condividere le responsabilità, le esperienze, le intelligenze e le competenze di tutti i

soggetti, vecchi e nuovi, portatori di legittimi interessi, ma soprattutto chiamati a corrispondere al fine ultimo di tutelare la centralità dei diritti del cittadino sano e malato.

Questo processo, continuo ed integrato, che parte dall'accesso agli studi di medicina e si conclude al termine della vita attiva professionale deve misurarsi non solo con l'evoluzione dei saperi tecnico-scientifici, ma anche con le nuove definizioni, i nuovi orizzonti e le diverse legittimazioni culturali e civili che costantemente ridisegnano gli scopi della medicina e della sanità.

Una grande opera formativa che, pur mantenendo al centro il paradigma della malattia, deve tuttavia arricchirsi delle nuove dimensioni umanistiche correlate alla tutela della salute ed alla cura della persona e della collettività.

Scopi della Formazione

Lo scopo primario della formazione così intesa è dunque quello di “costruire e sviluppare” nel tempo:

- un professionista che abbia le necessarie basi scientifiche, capacità di diagnosi e di trattamento, buona pratica clinica e di lavoro interdisciplinare, il tutto unito ad una obiettiva capacità di relazioni, di analisi critica dei problemi, di consapevolezza e responsabilità sui valori etici, deontologici e civili propri dell'esercizio professionale;
- un professionista responsabile in prima persona delle proprie azioni professionali verso i pazienti, in grado di modificare i propri comportamenti di lavoro e di adottare modelli basati sulla reale partecipazione di tutto il gruppo;
- un professionista capace di intervenire sia nella fase della pianificazione che del governo del proprio cambiamento e dei propri processi operativi, responsabilizzato sull'uso efficace ed appropriato delle risorse e sulla sicurezza delle cure;
- un professionista che sappia governare un ambiente caratterizzato da elevata intensità di lavoro, altissimo livello di scolarizzazione e che abbia, nel suo bagaglio culturale, la conoscenza di tecniche di gestione assai complesse che non hanno eguali in altri settori esercitando una leadership idonea a ricomporre in un quadro unitario autonomie professionali forti e potenzialmente conflittuali.

Un progetto di qualità professionale richiede innanzitutto una maggiore connettività e flessibilità nelle relazioni e nelle “regole di ingaggio” tra le due grandi “opportunità” a disposizione per la formazione di un medico di qualità

e cioè le Facoltà di Medicina e le strutture e i professionisti dei Servizi Sanitari Regionali al fine di consentire, nel rispetto delle rispettive responsabilità e competenze, una maggiore capacità di integrazione dei contenuti e delle forme di insegnamento ed apprendimento correlati al soddisfacimento di concreti bisogni formativi dei giovani.

L’Emergenza formativa

Questa prospettiva, partecipativa e cooperativa, ci appare oggi come la più efficace ad affrontare quella vera e propria “emergenza formativa” del medico nella quale siamo già entrati anche in ragione di una gobba demografica che nell’arco di età attuale compresa tra i 51 e 59 anni somma circa 115.000 medici, esclusi gli esercenti la professione odontoiatrica (doppi iscritti).

In una coorte di 9 anni sono oggi compresi circa il 52% dei medici occupati in regime di dipendenza, di convenzione nazionale e universitari ovvero il 38% di tutta la popolazione medica con età compresa tra i 28 e 70 anni.

Più analiticamente, questa fascia di età (51-59 anni) comprende il 48% dei medici occupati in regime di dipendenza dai SSR e Università, il 62% dei Medici di Medicina Generale, il 58% dei Pediatri di Libera Scelta, il 55% degli Specialisti Convenzionati interni e questa coorte è prossima a lambire gli estremi della quiescenza.

Come si può evincere dagli allegati database e da simulazioni relativi a ipotesi di cessazione dalle attività professionali a varie età anagrafiche, che vanno tuttavia considerati con prudenza rappresentando indicatori *proxy* di un fenomeno che nella realtà si sviluppa non per singoli anni ma per fasce di anni, le criticità della gobba si spostano nel tempo, si distribuiscono diversamente, ma l’effetto cumulativo non cambia.

Riteniamo che nella gestione dell’ingresso della gobba ne vada colta l’opportunità di allineare il numero dei medici ai reali e concreti bisogni della sanità pubblica e privata,

modulando gli ingressi nel sistema formativo universitario che deve garantire flessibilità nelle quantità e soprattutto evitare una riduzione degli standard di qualità dell'insegnamento e dell'apprendimento.

Il Corso di Laurea in Medicina: programmazione e selezione degli accessi

Questo particolare andamento demografico della popolazione medica rafforza l'esigenza di programmare gli accessi a Medicina superando gli attuali criteri di determinazione dei limiti dell'offerta basati su un generico calcolo delle capacità formative delle Facoltà Mediche, prevalentemente paramtrate sul numero dei posti letto a direzione universitaria.

Non si tratta evidentemente di riproporre in fotocopia la gobba demografica, ma, tenendo conto di questa, individuare ed applicare nella programmazione degli accessi una serie di indicatori di fabbisogni sulla base di standard sugli effettivi bisogni assistenziali futuri e delle correlate competenze specialistiche, di domanda e capacità occupazionale del sistema sanitario nel suo complesso, rapportati a parametri demografici consistenti di popolazione (mortalità; natalità; invecchiamento; prevalenza ed incidenza di patologie; etc), a modelli di riorganizzazione sanitaria, a nuovi bisogni di salute, a obiettivi di salute pubblica, a sviluppo della ricerca scientifica e della prevenzione.

L'incremento degli accessi definiti negli ultimi anni costituisce un *trend* che occorrerà consolidare nei prossimi anni e questo determinerà una fortissima pressione sul sistema formativo anch'esso investito dalla gobba demografica sui docenti e dal contenimento delle risorse disponibili.

Ci appare dunque coerente e necessario modificare le attuali modalità di selezione degli accessi con la duplice finalità di:

- a) rendere più trasparente, equo ed accettabile sul piano sociale la selezione dura che ogni anno viene operata (rapporto domande / posti disponibili = 9:1) e che mostra alti livelli di attenzione dei *mass media* e della pubblica opinione;
- b) garantire che la selezione determini l'accesso ai corsi di laurea delle migliori attitudini a questi studi e a questa attività professionale.

Pur non esistendo al riguardo sistemi perfetti di selezione, anche tenendo conto di tassi non irrilevanti di abbandono degli studi e di dispersione professionale post laurea, riteniamo necessario migliorare l'attuale, sostanzialmente fondato su un test a quiz unico a livello nazionale ma che produce graduatorie locali con evidenti discrepanze tra punteggi di esclusione ed inclusione se rapportati su scala nazionale.

Proponiamo che vengano inserite nel processo selettivo più indicatori basati su:

- valutazioni di profitto negli studi di scuola media superiore, normalizzate a livello nazionale;
- attività volontarie di *counselling*, gestite dagli ordini professionali, con medici esperti sui significati tecnici, relazionali ed etici dell'esercizio professionale e riconosciute con l'eventuale attribuzione di crediti formativi da valorizzare nei punteggi finali;
- test di selezione unico su scala nazionale con una riduzione dei quiz relativi a cultura generale ed articolati secondo le tecniche del *progress test*;
- sperimentazione di graduatorie per il 70% su base locale e 30% su base nazionale sugli esclusi da quelle locali.

Un accesso numericamente più ampio con la previsione di una certa mobilità territoriale degli studenti, affinché mantenga un profilo di equità e di accessibilità, sempre meno garantito da risorse pubbliche per il diritto allo studio, deve essere accompagnato da misure congrue di sostegno agli studi per i più meritevoli e svantaggiati economicamente diventando rilevante il ruolo attivo di tutti i soggetti in grado di esprimere ruoli di sussidiarietà ovvero Enti Locali, Fondazioni, Aziende del settore sanitario, Associazionismo professionale e gli stessi Ordini Professionali.

I contenuti formativi del corso di laurea

In sintonia con espressioni sempre più vaste del mondo accademico e degli stessi studenti dei corsi di laurea, rileviamo la necessità di rivedere i *curricula* dei corsi di laurea attraverso:

- una riduzione del numero degli esami e la valorizzazione di prove multidisciplinari *in itinere* (es. *progress test* e valutazione sul campo);

- un ampliamento delle attività professionalizzanti opportunamente protette da *tutors* che realizzino precocemente il contatto con i servizi di prevenzione diagnosi e cura, ospedalieri e territoriali quali sedi aggiuntive di formazione pratica (Ospedali pubblici e privati accreditati, Distretti, Presidi territoriali, Ambulatori di Medicina generale e di Pediatri di Libera Scelta, Laboratori di Sanità Pubblica, Centri di ricerca);
- lo studiare in piccoli gruppi utilizzando la metodica di apprendimento per problemi;
- l'integrazione dell'apprendimento verticale (in tempi successivi con conoscenza cumulativa) e quello orizzontale (in diverse discipline, comunque rilevanti per la propria funzione professionale);
- il miglioramento progressivo della propria competenza in discipline delle scienze umane, come le tecniche di comunicazione, di gestione, la deontologia, la bioetica, l'antropologia e la sociologia della salute e della malattia.

Più in generale si tratta di sviluppare una nuova linea di pensiero nell'ambito della didattica che sappia contemperare i contenuti del riduzionismo scientifico con le scienze umane, al fine di offrire al futuro medico gli strumenti idonei per affrontare la gestione completa del paziente attraverso l'esercizio unitario dell'atto medico.

Un'educazione che sia costruzione dei significati, delle conoscenze e delle competenze, che deve favorire il superamento del 'canonico' e della semplice raccolta di informazioni e computazione delle conoscenze, ma che deve stimolare il confronto tra le scienze *hard* e le scienze *soft* umane con forte attenzione al pluralismo culturale ed etico.

Non solo quindi una doverosa, ricca e complessa preparazione tecnica per il futuro medico, ma anche una preparazione umanistica, in grado di superare il semplice aspetto tecnico del rapporto medico-malattia per riscoprire l'uomo nel suo significato ontologico.

L'insegnamento della medicina viene a mancare di fatto degli strumenti metodologici per sottoporre ad analisi gli scopi e valori della disciplina medica.

Lo studente di medicina apprende in modo acritico e spesso in maniera approssimativa concetti che costituiscono l'ossatura del suo modo di pensare, di un metodo di ragionamento che lo dovrebbe condurre sempre a privilegiare il confronto abbandonando assolutismi del sapere che spesso appaiono un ostacolo più che una risorsa per una buona qualità professionale.

Esami di stato abilitanti

L'adozione di nuovi strumenti di valutazione aggiuntivi e determinanti (*progress test*; presentazione e discussione di casi clinici seguiti durante il tirocinio) va accompagnata, in

coerenza con quanto già acquisito in altri ambiti professionali, da una modifica della Commissione di esame, dovendo in prospettiva compiutamente configurare e sostanziare una terzietà valutativa rispetto alle istituzioni formative.

La formazione post laurea: specialistica e specifica

Alla legislazione vigente in materia di accesso alla dipendenza, alle convenzioni ed allo stesso accreditamento di professionisti e strutture private che prevedono il possesso del diploma di specializzazione e, per la Medicina Generale, quello di formazione specifica, si impone l'urgenza di programmare nei prossimi anni un numero di accessi alle scuole di specializzazione e ai corsi di formazione specifica che ragionevolmente tenga conto del particolare andamento della curva demografica.

Una emergenza formativa che, se non assolta efficacemente, determinerebbe una emergenza organizzativa e gestionale del sistema sanitario la cui soluzione non riteniamo possa essere quanto purtroppo oggi già avviene in modo strisciante, per difficoltà a reperire alcune figure specialistiche e cioè il reclutamento mediante contratti atipici che consentono di eludere i requisiti di accesso al prezzo però di ridurre il tasso di qualificazione delle prestazioni e di relegare i giovani professionisti ad un destino di persistente precariato non potendo questi maturare il titolo abilitante ad un eventuale concorso di stabilizzazione.

L'investimento che la collettività sostiene per remunerare i soli contratti di formazione specialistica affidati alle circa 1500 scuole di specializzazione delle Facoltà di Medicina, al netto dei costi di formazione, non è indifferente e cioè circa 640 mln di euro/anno stimati su una platea di 25.000 specializzandi per i 5 anni di corso.

E' altresì noto che questi professionisti svolgono attività assistenziali sostanziali ma formalmente anonime e non necessariamente correlate ai loro fabbisogni formativi e comunque preziose nel garantire il buon andamento dei servizi nei quali sono inseriti a scopi formativi.

La Formazione specifica in medicina generale ha una competenza regionale e si stima che la media anno dei professionisti nel ciclo formativo triennale sia di circa 2300 soggetti (850-900 per ciascuno dei tre anni); il costo delle borse di studio, il cui importo è pari a circa il 50% di un contratto di formazione specialistico, è stimato sui 26,7 mln di euro/anno, al netto dei costi di formazione.

Programmazione degli accessi alle Scuole di Specialità

La programmazione dei fabbisogni di specialisti formalmente avviene ogni anno in base alle esigenze previste di specialisti nel successivo quinquennio, in pratica i posti disponibili nelle Scuole di Specializzazione restano condizionate alle capacità formative e alle vocazioni delle Facoltà di Medicina e soprattutto al contingentamento dei contratti di formazione nel numero di 5000/anno più 50 accessi riservati a corpi militari dello stato.

L'emergenza formativa esalta le storiche criticità tipiche del nostro modello formativo specialistico e che incidono anche su delicati aspetti del mercato del lavoro professionale:

- una sostanziale indifferenza dell'offerta formativa di specialisti alla rivoluzione demografica ed epidemiologica in atto;
- un insufficiente sviluppo delle attività professionalizzanti, del tutto evidente nel passaggio alla gestione autonoma delle competenze;
- un ingresso nel mondo del lavoro molto più in ritardo rispetto ai colleghi europei con l'impossibilità di costruire prima dei 70 anni il massimo pensionistico, salvo il riscatti degli anni e/ totalizzazioni degli anni formativi, particolarmente onerosi;
- un sostanziale confinamento dei 25.000 medici in formazione specialistica all'interno delle unità operative a direzione universitaria che già oggi manifestano difficoltà a garantire volumi e tipologie di casistiche disponibili per l'*expertise* di ciascun specializzando così come previste dall'ordinamento;
- La lacunosa applicazione della riforma curricolare che prevede l'articolazione dei Crediti Formativi in un tronco comune biennale per aree omogenee e la prevalenza delle attività professionalizzanti nel triennio successivo.

La Formazione specialistica

Riteniamo che, anche in questo contesto vada superato l'attuale *asset* formativo specialistico già oggi in difficoltà e sul quale la pressione formativa dei prossimi anni avrà un effetto dirompente ed insostenibile sul piano della qualità e dei costi della formazione, con preoccupanti riflessi negativi sulla funzionalità dei servizi sanitari.

Occorre dunque mettere in atto politiche di ricomposizione di tutte criticità in un modello di formazione specialistica che, nel rispetto di ruoli e competenze e portando a compiuta

attuazione la normativa vigente, estende ed innova le attività professionalizzanti nelle reti formative dei SSR (ospedali, presidi articolazioni territoriali e strutture di insegnamento).

Radicare le attività professionalizzanti formative in quelle assistenziali, legittimandole e proteggendole sul piano formale e riconoscendole come lavoro produttivo sul piano contrattuale, rappresenta il paradigma andragogico dell'imparare facendo a saper fare e saper essere, del tutto idoneo per professionisti dai 27 ai 32 anni.

In questa prospettiva le attività formative del primo biennio manterrebbero le loro finalità di costruzione di nuovi saperi nelle discipline specialistiche afferenti all'area comune (tronco comune), remunerato con contratti di formazione.

Nel triennio successivo l'articolazione delle attività professionalizzanti inerenti alle varie discipline, attraverso una efficace integrazione tra processi formativi e processi clinico assistenziali, dovrebbe avvalersi delle reti formative dei SSR, quindi non limitandosi alle sole sedi a direzione universitaria, tenendo conto delle capacità formative delle esigenze assistenziali di ognuno.

Tali attività svolte nelle reti formative regionali dovranno prevedere riserve orarie per studio, seminari, esami, il tutoraggio di professionisti esperti nel graduale inserimento nelle attività core dei servizi, le coperture assicurative e quelle prevido-assistenziali; da esplicitare in un contratto di lavoro a tempo determinato (contratto di formazione-lavoro) per il triennio, parametrato sulla retribuzione di ingresso della dirigenza medica.

Le Scuole di Formazione Specialistica rilasciano i relativi diplomi.

Le Regioni, che peraltro da tempo identificano fabbisogni di specialisti sensibilmente superiori ai contratti di formazione effettivamente resi disponibili, possono in tale modello assumere gli oneri delle risorse mancanti, riconoscendo le buone ragioni per investire nella qualità professionale connessa all'insegnamento ed apprendimento sul campo, ma anche l'opportunità di ottimizzare i fabbisogni e il reclutamento di personale specialistico per allargare l'offerta di servizi ai cittadini.

Sullo sfondo, qualora il sistema formativo specialistico non fosse nelle condizioni di corrispondere ai fabbisogni formativi sul piano della quantità e della qualità, si profilerebbe quale unica soluzione praticabile, la sospensione del requisito di specializzazione per l'accesso alla dipendenza, prevedendo il riconoscimento del titolo di specialista dopo cinque anni di attività assistenziale e formativa svolta e verificata all'interno delle strutture dei servizi sanitari regionali, o in alternativa a seguito dell'espletamento di un numero minimo di prestazioni assistenziali certificate opportunamente codificate.

Quest'ultima soluzione permetterebbe l'ottimale recupero della funzione formativa del SSN, finora riconosciuta solo formalmente garantendo ai giovani medici un ingresso nel mondo del lavoro in un'età inferiore, al pari dei colleghi europei, con maggiori opportunità di autonomia professionale e miglioramento della situazione previdenziale individuale e collettiva. Il SSN avrebbe la possibilità di coprire in tempo reale le esigenze di organico, garantendo il ricambio nelle strutture pubbliche e private accreditate, configurando una prospettiva di fabbisogni e di occupazione visibile immediatamente dopo la laurea. Questo ridurrebbe l'arco temporale di programmazione dei fabbisogni da 11 – 12 a 6 anni.

Resta comunque centrale l'esigenza che le attività professionalizzanti ovunque affidate, siano effettivamente svolte e valutate rigorosamente sulla base della normativa vigente e, con tali finalità, riteniamo debbano poter operare Osservatori Regionali, a composizione terza (Regione – Ordini Professionali – Società Medico Scientifiche accreditate – Rappresentanti dei medici in formazione specialistica), in collegamento funzionale con L'Osservatorio Nazionale.

La Formazione Specifica in Medicina Generale

In Europa ed anche nel nostro Paese, la formazione specifica in medicina generale è oggetto di profonde riconsiderazioni essendo largamente condivisa l'opportunità di un riconoscimento come titolo specialistico sulla base di una sua precisa identità di *corpus* cognitivo e di procedure clinico assistenziali.

Non si tratta solo di riconoscere pari dignità culturale e quindi formativa ad una specifica pratica professionale ma cogliere la straordinaria opportunità che lo stesso processo formativo si faccia carico di porre le basi culturali e professionali per quella integrazione tra cure specialistiche e cure primarie, oggi ritenuta una risposta efficace alla necessità di garantire quella continuità assistenziale che, nel mutato contesto epidemiologico, può ottimizzare risorse e mantenere al centro delle diverse competenze i bisogni del paziente.

Scuole Regionali di Formazione Specifica in Medicina Generale e Scuole di Specialità possono, attraverso opportune convenzioni, individuare attività integrate di reciproco insegnamento ed apprendimento di docenti e discenti, di strutture, di metodologie e obiettivi formativi nei tronchi comuni del primo biennio a cui attribuire crediti per poi

divergere nei successivi percorsi negli anni successivi da dedicare prevalentemente ad attività professionalizzanti nelle specifiche discipline.

Per sostenere questa prospettiva di Formazione Specifica in Medicina Generale, è necessario che le Regioni assumano la piena responsabilità di sostenere un modello che integri l'apprendimento nell'assistenza, strutturando l'offerta formativa e la rete delle attività professionalizzanti, parificando i trattamenti economici iniziali oggi diversificati e regolamentando

l'attività assistenziale dei medici in formazione specifica nel rispetto del percorso formativo, attraverso opportune forme di contratti a termine in materia di retribuzione, tutele prevido-assistenziali e assicurative.

Anche in questo ambito è comunque centrale l'esigenza che le attività professionalizzanti, siano effettivamente svolte e valutate e, con tali finalità, riteniamo debbano poter operare Osservatori Regionali, a composizione terza (Ordini Professionali – SMS accreditate del settore – Rappresentanze dei medici in formazione specifica) in collegamento funzionale con l'Osservatorio Nazionale.

La Formazione continua per la qualità professionale

Lo sviluppo nel tempo della conoscenze e competenze è quel segmento dello stesso processo formativo per la qualità professionale che comprende tutta la vita attiva del medico al fine di adattarne le abilità tecniche e non tecniche alle rapide innovazioni della medicina come scienza tecnologica e della sanità come contesto organizzativo nel quale è necessario perseguire sia l'efficienza di costosi fattori produttivi, sia l'efficacia e l'appropriatezza delle pratiche professionali sia la buona gestione di complesse relazioni professionali ed umane.

Questo segmento del processo formativo non ha avuto storicamente una sua compiuta definizione essendosi espresso in modo disorganico sulla base di autonome e responsabili scelte deontologiche e professionali dei singoli, su generiche ed insufficienti vocazioni delle istituzioni sanitarie e sull'impegno generoso ma frammentario delle Società Medico Scientifiche.

Nel nostro sistema è in forte ritardo una cultura della promozione e valutazione della qualità dei professionisti e dei servizi, di standard ed indicatori di *performance* e *competence* di singoli, delle *équipes* e delle organizzazioni sanitarie, di sistematica produzione e diffusione di buone pratiche (linee guida, protocolli, percorsi di cura etc), di sviluppo della ricerca clinica indipendente orientata a colmare il gap tra la produzione di innovazioni tecnico-scientifiche e organizzative e la pratica clinica.

Una criticità che sarebbe però sbagliato e controproducente pensare di risolvere affrontandoli “dalla coda”, attraverso l’esclusivo potenziamento di modelli burocratici, inquisitori e sanzionatori di controllo.

Anche in questo contesto, la qualità è una complessa costruzione partecipativa e cooperativa che deve esprimere una *governance* degli interessi e dei bisogni di tutti i soggetti coinvolti al fine di migliorare i servizi resi ai cittadini e che si costruisce innanzitutto offrendo opportunità accessibili ed efficaci di sviluppo delle abilità dei professionisti e delle organizzazioni sui quali e con i quali misurarli e misurare i risultati anche in termini di impegno, capacità, competenze e merito.

In questo scenario emerge una centralità della Professione, della sua autonomia e responsabilità tecnico professionale, della sua capacità di esprimere un governo dell’unico patrimonio sociale in suo possesso e cioè le specifiche competenze e conoscenze, che va assolutamente colta ed interpretata salvo scontare una marginalizzazione da attoniti ed anonimi spettatori.

Un protagonismo professionale che deve sollecitare la messa in opera di un sistema di formazione e valutazione della qualità professionale partecipato, condiviso ed efficace, chiamando a raccolta e portando alla migliore sintesi le

esperienze e le vocazioni in campo; dando così una prospettiva a quanto oggi di buono ma frammentario viene già fatto.

Le Società Medico Scientifiche (SMS)

In questo progetto per la qualità professionale un ruolo fondamentale deve essere svolto dalla Società Medico Scientifiche che storicamente hanno coltivato la raccolta e la diffusione dei nuovi saperi scientifici e delle nuove competenze.

La diffusione sistematica delle buone pratiche cliniche, l'individuazione e misurazione di standard ed indicatori di *competence* e *performance* dei professionisti e delle organizzazioni; la produzione e la diffusione di linee guida, protocolli, percorsi; lo sviluppo di attività di educazione continua in medicina; l'apporto alla formazione di base, specialistica e specifica e alla valutazione delle relative attività professionalizzanti; la promozione ed il supporto alla ricerca clinica ed osservazionale, gli indirizzi alle politiche di *Health Technology Assessment* (HTA), costituiscono quel mix di vecchi e nuovi compiti delle SMS che vanno portati a sistema.

Nasce da queste considerazioni l'esigenza di realizzare al più presto un modello di accreditamento istituzionale delle SMS, gestito da un soggetto terzo che veda la paritetica espressione dello Stato-Regioni e della Professione.

In tale processo compete alla Federazione Nazionale delle SMS (FISM) il ruolo guida nel proporre al ricco universo dell'associazionismo scientifico, una griglia condivisa di criteri e requisiti di rappresentatività, organizzazione, operatività, di autonomia gestionale, ai fini dell'accREDITAMENTO ovvero alla verifica del loro mantenimento nel tempo.

Un percorso che, senza mortificare preziose esperienze e vocazioni culturali e professionali, produca uno sforzo autonomo e responsabile di ricomposizione funzionale delle SMS, al fine di garantire il riconoscimento delle stesse in ruoli di interlocutori stabili, affidabili ed autorevoli delle istituzioni sanitarie e dei decisori in sanità.

Il nuovo sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM)

Poco meno di un decennio è trascorso dai primi passi del modello italiano ECM abbozzati in via sperimentale quando in molti paesi europei e oltreoceano erano già in corso discordanti valutazioni sul suo reale impatto nel determinare il miglioramento dei servizi professionali e delle organizzazioni sanitarie.

Naturalmente questa è una questione ancora aperta anche nel nostro Paese dove l'esprimersi sconta lo svantaggio di trovarsi in un contesto in cui le organizzazioni sanitarie mostrano una scarsa propensione culturale e non poche difficoltà economiche a sostenere efficaci politiche di sviluppo continuo professionale.

Senza sottostimare la rilevanza di una rigorosa valutazione di impatto, che resta dunque centrale in un sistema orientato alla qualità professionale, è tuttavia opportuno far emergere alcune caratteristiche del nuovo programma ECM, poco note e scarsamente valorizzate, ma che invece sono potenziali e potenti agenti culturali ed organizzativi di sviluppo di un sistema moderno ed efficace di progettazione e diffusione di attività formative dell'adulto.

L'accREDITAMENTO diretto dei *provider* non identifica una diversa procedura burocratica ma ribalta il principio di responsabilità ed autonomia dei produttori di formazione, chiamati a garantire non su singoli eventi ma su tutta la propria attività, profili consoni di organizzazione (statuti, contabilità, centri di responsabilità), di offerta formativa (piani formativi), di trasparenza (contratti di sponsorizzazione).

Questo significa in prospettiva offrire al bisogno di formazione continua dei medici e di tutti i professionisti sanitari non un frammentato e disorganico universo di soggetti a vocazione formativa, non sempre trasparenti, efficaci ed indipendenti, ma solo quanti possono invece garantire lo sviluppo e la continuità di un sistema affidabile di offerta di attività formative.

L'attenzione è alta sui *provider* privati ma andrebbe di pari intensità indirizzata a quelli pubblici, fondamentalmente le aziende sanitarie sulle quali grava l'obbligo di un accREDITAMENTO regionale che non è scevro da rischi di autoreferenzialità e di flessibile *compliance* alle regole del sistema ECM, soprattutto laddove i servizi sanitari regionali accusano ritardi organizzativo-gestionali e difficoltà di bilancio.

Non va altresì sottovalutata la spinta che il sistema ECM ha determinato sullo sviluppo di metodologie formative innovative (soprattutto FAD e FSC) e sulla individuazione degli obiettivi di formazione calate sulle esigenze dei singoli professionisti e quelle delle organizzazioni nelle quali operano (il dossier formativo), il finanziamento di bandi di ricerca sulle innovazioni nel campo delle nuove tecniche formative e di misurazione degli esiti, l'esteso sviluppo della informatizzazione delle procedure, sono profili fino a qualche

anno fa largamente estranei ai modelli tradizionali di formazione professionale in ambito sanitario.

Lo stesso controverso meccanismo dei crediti, al di là di difetti sempre emendabili, rappresenta uno sforzo di quantificazione e misurazione delle attività formative che diventa patrimonio del singolo professionista e che risulta indispensabile per valutare e misurare l'andamento dell'intero processo.

Capacità di innovazione in tempo reale dei contenuti, delle metodologie, delle valutazioni e misurazioni delle attività formative sono, oltre l'ECM, i determinanti di un buon sistema per lo Sviluppo Continuo Professionale orientato alla qualità Professionale; questa è la grande prospettiva per cui è necessario promuovere e migliorare il programma ECM.

La ricerca clinica e la qualità professionale

La ricerca clinica indipendente assume un rilevante valore formativo ed etico-comportamentale: abitua ad un rigore metodologico, favorisce il confronto tra operatori, rappresenta uno stimolo culturale alla innovazione, ha insite le valenze etiche della *good clinical practice* ed abitua alla trasparenza di comportamento. Si pone l'obiettivo di ridurre il *gap* tra ricerca e pratica clinica, di creare una rete tra medici clinici – *managers* - ricercatori, di monitorare la pratica clinica con indicatori di processo e di *outcome*, di confrontare nel tempo i dati raccolti. L'inserimento dei clinici nella ricerca permette di non limitarla ai centri di assistenza terziaria, consentendo pertanto di applicare immediatamente i dati raccolti in una popolazione non selezionata.

Si apre quindi un ampio spazio per gli studi clinici osservazionali: *survey* epidemiologiche, registri longitudinali e studi di *effectiveness* per valutare l'impatto e la trasferibilità delle indicazioni diagnostico-terapeutiche nella pratica clinica in un ambito di appropriatezza e di efficienza/efficacia. L'orientamento di questa ricerca dovrebbe essere indirizzato ai problemi clinici emergenti, ai settori strategici e ad elevato impegno assistenziale, ai soggetti 'fragili' e vulnerabili.

Si stima che le indicazioni raccomandate in base alla EBM siano applicate soltanto nel 50-60% dei pazienti, con forme di disparità e sotto-utilizzo assai differenti. Si tratta quindi di trovare soluzioni per implementare nella pratica clinica i risultati della ricerca. E' utile a questo riguardo considerare il ruolo complementare tra studi clinici randomizzati e studi

osservazionali, questi ultimi volti a estendere e generalizzare i dati nel mondo reale, valutandone l'impatto.

In questo modo si può realizzare un legame tra ricerca ed applicazioni cliniche delle evidenze, integrando in altri termini ricerca e formazione; gli studi clinici diventano cioè occasione per incorporare nei comportamenti le migliori pratiche cliniche e per individuare i principali bisogni formativi. Questo tipo di ricerca permette di ottenere una fotografia *real-life*, individuando le possibili aree di miglioramento nel comportamento assistenziale e valutando l'*effectiveness* di un intervento formativo.

Conclusioni

Si chiude un cerchio di riflessioni e di proposte sul modello formativo italiano che abbiamo sviluppato in un percorso di ascolto e di confronto fuori e dentro la Professione e le sue storiche rappresentanze.

Mettiamo il nostro lavoro a disposizione dei professionisti che rappresentiamo, delle istituzioni sanitarie e formative, della politica, dei cittadini, affinché possa diventare un punto di incontro e di dialogo nell'ottica di condividere e realizzare cambiamenti per lo sviluppo della qualità professionale e del sistema delle cure, non più eludibili né procrastinabili.

DATABASE 2010 DA ENPAM-ONAOISI-FNOMCeO : ETA' COMPRESA TRA 28-70 aa (ESCLUSI DOPPI ISCRITTI !)
In rosso la gobba demografic; in giallo medici in formazione

ANNO NASCITA	GUARDIA MEDICA	MEDICI DI FAMIGLIA	PEDIATRI LIBERA SCELTA	SPECIALISTI CONVENZIONATI	MEDICI DIPENDENTI	SUB TOTALE DIPENDENTI + CONVENZIONATI	ISCRITTI ALBI MEDICI (Altre attività: in giallo Form.specialistica)	TOTALE MEDICI PURI ISCRITTI (FNOMCeO)
1940	3	235	29	78	257	602	1.588	2.190
1941	5	238	29	63	383	718	1.292	2.010
1942	6	259	30	77	537	909	1.255	2.164
1943	11	318	37	113	762	1.241	1.321	2.562
1944	13	420	44	107	855	1.439	1.237	2.676
1945	16	492	51	126	1048	1.733	1.395	3.128
1946	32	797	71	221	1869	2.990	1.947	4.937
1947	50	1.009	104	263	2433	3.859	1.989	5.848
1948	71	1.348	152	326	3095	4.992	1.908	6.900
1949	109	1.807	184	436	3789	6.325	1.628	7.953
1950	105	2.479	198	556	4816	8.154	1.243	9.397
1951	170	3.106	285	704	6000	10.265	822	11.087
1952	226	3.740	336	909	6448	11.659	947	12.606
1953	323	3.973	411	1.109	6908	12.724	1.080	13.804
1954	427	3.893	511	1.214	6605	12.650	1.268	13.918
1955	561	3.552	570	1.318	7023	13.024	550	13.574
1956	711	3.230	576	1.260	6810	12.587	1.484	14.071
1957	726	2.575	630	1.177	6160	11.268	1.982	13.250
1958	803	2.088	508	951	5628	9.978	1.942	11.920
1959	935	1.791	498	825	4838	8.887	2.260	11.147
1960	892	1.543	381	606	4182	7.604	2.063	9.667
1961	846	1.339	385	515	3781	6.866	2.191	9.057
1962	817	1.099	297	453	3746	6.412	1.930	8.342
1963	811	950	275	411	3638	6.085	2.162	8.247
1964	795	745	191	380	3147	5.258	2.689	7.947
1965	631	559	158	319	2816	4.483	2.496	6.979
1966	526	342	97	278	2428	3.671	2.584	6.255
1967	430	238	88	259	2203	3.218	2.246	5.464
1968	390	156	53	232	2014	2.845	2.136	4.981
1969	287	86	48	208	1779	2.408	2.301	4.709
1970	245	52	44	206	1743	2.290	2.253	4.543
1971	244	53	36	229	1781	2.343	2.483	4.826
1972	277	37	31	236	1794	2.375	3.011	5.386
1973	312	35	20	212	1588	2.167	3.756	5.923
1974	298	32	18	239	1191	1.778	4.327	6.105
1975	270	15	14	169	781	1.249	4.710	5.959
1976	279	16	4	122	413	834	4.844	5.678
1977	348	15	1	86	162	612	5.234	5.846
1978	280	3	1	39	11	334	5.090	5.424
1979	261	2	1	40	2	306	4.977	5.283
1980	219	1		18	0	238	5.120	5.358
1981	128			11		139	4.961	5.100
1982	19			1		20	4.699	4.719
Totale	14.913	45.095	7.450	17.102	115.464	200.024	106.916	306.940

**DATABASE 2010 DA ENPAM-ONAOSI-FNOMCeO (ESCLUSI DOPPI ISCRITTI !) :
LA GOBBA DEMOGRAFICA**

ANNO NASCITA	GUARDI A MEDICA	MEDICI DI FAMIGLIA	PEDIATRI LIBERA SCELTA	SPECIALISTI CONVENZION ATI	MEDICI DIPENDEN TI	SUB TOTALE DIPENDENTI + CONVENZION ATI	ISCRITTI ALBI MEDICI (Altre attività)	TOTALE MEDICI PURI ISCRITTI (FNOMCeO)
1951	170	3.106	285	704	6000	10.265	822	11.087
1952	226	3.740	336	909	6448	11.659	947	12.606
1953	323	3.973	411	1.109	6908	12.724	1.080	13.804
1954	427	3.893	511	1.214	6605	12.650	1.268	13.918
1955	561	3.552	570	1.318	7023	13.024	550	13.574
1956	711	3.230	576	1.260	6810	12.587	1.484	14.071
1957	726	2.575	630	1.177	6160	11.268	1.982	13.250
1958	803	2.088	508	951	5628	9.978	1.942	11.920
1959	935	1.791	498	825	4838	8.887	2.260	11.147
TOTALE	4.882	27.948	4.325	9.467	56.420	103.042	12.335	115.377

DATABASE 2010 DA ENPAM-ONAOSI-FNOMCeO : ETA' ATTUALE COMPRESA TRA 47-61 aa (ESCLUSI DOPPI ISCRITTI !)

**IPOSTESI
CESSAZIONE ATTIVITA' A 67 anni**

ANNO NASCITA	GUARDIA MEDICA	MEDICI DI FAMIGLIA	PEDIATRI LIBERA SCELTA	SPECIALISTI CONVENZIONATI	MEDICI DIPENDENTI	SUB TOTALE DIPENDENTI + CONVENZIONATI	ISCRITTI ALBI MEDICI (Altre attività)	TOTALE MEDICI PURI ISCRITTI (FNOMCeO)	Anno riferimento
1949	109	1.807	184	436	3789	6.216	1.737	7.953	2.016
1950	105	2.479	198	556	4816	8.154	1.243	9.397	2.017
1951	170	3.106	285	704	6000	10.265	822	11.087	2.018
1952	226	3.740	336	909	6448	11.659	947	12.606	2.019
1953	323	3.973	411	1.109	6908	12.724	1.080	13.804	2.020
1954	427	3.893	511	1.214	6605	12.650	1.268	13.918	2.021
1955	561	3.552	570	1.318	7023	13.024	550	13.574	2.022
1956	711	3.230	576	1.260	6810	12.587	1.484	14.071	2.023
1957	726	2.575	630	1.177	6160	11.268	1.982	13.250	2.024
1958	803	2.088	508	951	5628	9.978	1.942	11.920	2.025
1959	935	1.791	498	825	4838	8.887	2.260	11.147	2.026
1960	892	1.543	381	606	4182	7.604	2.063	9.667	2.027
1961	846	1.339	385	515	3781	6.866	2.191	9.057	2.028
1962	817	1.099	297	453	3746	6.412	1.930	8.342	2.029
1963	811	950	275	411	3638	6.085	2.162	8.247	2.030

**DATABASE 2010 DA ENPAM-ONAOSI-FNOMCeO : ETA' ATTUALE COMPRESA TRA 45-59 aa (ESCLUSI DOPPI
ISCRITTI !)
IPOTESI CESSAZIONE ATTIVITA' A 65 anni**

ANNO NASCITA	GUARDI A MEDICA	MEDICI DI FAMIGLIA	PEDIATRI LIBERA SCELTA	SPECIALISTI CONVENZIONA TI	MEDICI DIPENDEN TI	SUB TOTALE DIPENDENT I + CONVENZIO NATI	ISCRITT I ALBI MEDICI (Altre attività)	TOTALE MEDICI PURI ISCRITTI (FNOMCeO)	Anno riferiment o
1951	170	3.106	285	704	6000	10.265	822	11.087	2.016
1952	226	3.740	336	909	6448	11.659	947	12.606	2.017
1953	323	3.973	411	1.109	6908	12.724	1.080	13.804	2.018
1954	427	3.893	511	1.214	6605	12.650	1.268	13.918	2.019
1955	561	3.552	570	1.318	7023	13.024	550	13.574	2.020
1956	711	3.230	576	1.260	6810	12.587	1.484	14.071	2.021
1957	726	2.575	630	1.177	6160	11.268	1.982	13.250	2.022
1958	803	2.088	508	951	5628	9.978	1.942	11.920	2.023
1959	935	1.791	498	825	4838	8.887	2.260	11.147	2.024
1960	892	1.543	381	606	4182	7.604	2.063	9.667	2.025
1961	846	1.339	385	515	3781	6.866	2.191	9.057	2.026
1962	817	1.099	297	453	3746	6.412	1.930	8.342	2.027
1963	811	950	275	411	3638	6.085	2.162	8.247	2.028
1964	795	745	191	380	3147	5.258	2.689	7.947	2.029
1965	631	559	158	319	2816	4.483	2.496	6.979	2.030
TOTALE	9.674	34.183	6.012	12.151	77.730	127.599	25.866	165.616	