

STATO E PROSPETTIVE DELL' EDUCAZIONE CONTINUA DEL MEDICO IN ITALIA

R. Guerra

Istituto Superiore di Sanità Roma

Il 1996 è stato l'anno europeo della formazione permanente (lifelong learning): la celebrazione è derivata dalla "White Paper on Growth, Competitiveness, Employment" prodotta dalla DG XXII, di cui desidero sottolineare il seguente passaggio: "Abbiamo bisogno di vedere in modo diverso la formazione e il training per affrontare le nuove sfide. La crescita esponenziale delle conoscenze disponibili, l'accesso illimitato a queste conoscenze per mezzo della tecnologia informatica, le necessità di assicurare che non vi sono esclusioni sociali o gruppi che si differenzino induce a credere che non sia irrealistico pensare in termini di formazione, lavoro e pensionamento come successive fasi di vita, poiché le conoscenze acquisite all'inizio diventano velocemente obsolete".

Da queste parole appare chiaro come, la stessa ragione di essere della formazione continua, o "Continuing Medical Education" CME siano rappresentati dal bisogno sociale e dal vantaggio collettivo che consegue al miglior uso possibile dei talenti disponibili ed alla lotta all'esclusione dei talenti potenziali dalle occasioni di maturazione ed espressione che in piena libertà devono essere garantite.

In Italia, nella relazione sullo stato sanitario del Paese dello stesso anno, il 1996, una pagina e mezzo delle 286 su cui il documento si articola è dedicata alla formazione: nella lettura delle dichiarazioni di principio e nel loro riscontro attuativo, nella traduzione pratica ed operativa, questa sproporzione sottolinea come sia ancora molta la strada da compiere nella valorizzazione delle risorse umane all'interno del nostro Sistema sanitario nazionale (SSN).

La formazione permanente rappresenta il percorso di apprendimento che il singolo medico inizia alla fine dei suoi studi universitari ed è diretta, anche attraverso la riorganizzazione dei servizi, a migliorarne competenza e comportamento in modo valutabile nel tempo rispetto alle tre grandi aree del sapere (conoscenza), del saper fare (capacità operativa) e del saper essere (comportamento professionale).

In Italia essa è definibile secondo Masotti come "il processo di apprendimento attivo non solo di conoscenze tecniche ma anche di regole e di relazioni con i contesti sociali e operativi nei quali il medico agisce. Ciò avviene solo se sono garantite la continuità, la sistematicità, la ricorrenza e la correttezza metodologica del processo formativo".

Nel 1989, sul Giornale Italiano per la Formazione Permanente del Medico, veniva riportata una tabella

che riproduco con lievi modifiche, che bene esprimeva il disagio tuttora irrisolto del mondo formativo italiano di fronte all'indecisione di fondo sul come orientare una strategia consistente e condivisa, su cui ancora oggi non esiste consenso partecipato e collegiale dell'ente o degli enti con funzioni regolatorie, del beneficiario (il medico) e del formatore.

Il collega Harvey, dell'Advisory Committee on Medical Training della DG XV della Commissione Europea disse nel 1994: "La stessa formazione deve essere riformata, anche quella che prevede l'approccio di "imparare facendo". La formazione medica permanente resta una obbligazione etica sottomessa alle autorità disciplinari della professione stessa, la formazione medica continua dovrebbe essere una personale e collettiva obbligazione nei confronti della professione. Ogni stato membro dovrebbe fornire gli obiettivi e le strutture per realizzare la Formazione Medica Continua possibilmente stabilendo un corpo indipendente o un authority, che dovrebbe avere il potere legale di fornire obiettivi, le strutture e i programmi per realizzare la formazione continua possibile."

E qui penso di poter aggiungere: a comprendere la canalizzazione neutrale, trasparente e regolamentata dei finanziamenti e delle risorse provenienti dall'area privata. Lasciata sola, senza concertazione e confronto, la formazione offerta privatamente non è soggetta a controlli di qualità ed è potenzialmente disorientante e distruttiva il processo di costruzione del sapere e del comportamento medico etico, che, invece, rappresenta il quadro delle regole all'interno delle quali è indispensabile collocare la formazione stessa.

Humes, nel 1997, descrivendo le quattro "i" su cui si basa l'analisi della politica formativa (istituzioni, informazioni, ideologia, interessi) formula alcune domande fondamentali che è necessario rivolgersi nella revisione del nostro sistema:

- attraverso quali processi vengono delineate le politiche formative?
- quali fattori ideologici, politici, economici e culturali influenzano il percorso realizzativo delle stesse politiche?
- chi ha più influenza nel processo: politici, burocrati, associazioni professionali, formatori? E perché?
- dove risiede la responsabilità per il successo o il fallimento delle politiche formative?

Nel contesto nazionale a questi quesiti vanno certamente aggiunti i seguenti:

- c'è una chiara divisione di ruoli nella formazione delle politiche formative e nell'implementazione delle stesse, così che nessuno abbia una funzione autocratica e ci sia la possibilità di una responsabilizzazione sociale e tecnico-scientifica di fronte a un uditorio di cittadini-clienti e di medici-clienti? In altre parole, chi rende conto a chi e in quale modo?

- ciò che si decide di insegnare ed apprendere e il formato con cui lo si fa si basano effettivamente sull'analisi critica di informazioni relative alla best practice?

- la decisione relativa ai programmi, ai curricula ed ai percorsi formali dell'apprendimento è presa da settori qualificati professionalmente e sulla base di una competizione di idee e di progetti, oppure viene influenzata da valutazioni di altro tipo? Se sì, quali e perché?

Ci sono aree di grande incertezza non tanto nella definizione di necessità della formazione continua, quanto nel formato e nelle strategie, nei contenuti e nei metodi con cui il medico italiano può essere messo in grado di apprendere ed operare.

Altrettanta incertezza riguarda i meccanismi che portano ad accreditare (se un programma formativo si conforma a standard formativi stabiliti, esprimendo un giudizio professionale sulla qualità); a certificare (se un medico ha i requisiti professionali e di conoscenza per essere in una certa specializzazione o collocazione professionale); ad autorizzare (cioè a realizzare il processo di governo per cui a un medico viene permesso di lavorare perché e fino a che se ne sia accertata l'effettiva competenza).

Lo standard rappresenta una necessità dettata non solo dalla libera circolazione professionale europea, ma anche da altre e più profonde ragioni, come affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nella recentissima revisione dei Centri collaborativi per la formazione: "Gli standard globali non sono solamente necessari ma attentamente ricercati. I politici della formazione, le autorità sanitarie e la professione medica sono sempre più ansiosi di ottenere il miglior ritorno possibile nei confronti degli investimenti in modo particolare in un periodo in cui la trasparenza delle operazioni, le ricadute formative sono attentamente tenute sotto osservazione e controllo".

La formazione permanente in Italia non è, al momento, un sistema, una strategia, un concetto effettivamente mirante al cambiamento migliorativo dell'arte medica e del contesto sociale e professionale in cui si esplicita.

Essa si realizza attraverso programmi, o, più spesso, iniziative estemporanee individuali. Molto raramente, e solitamente nel settore della medicina territoriale e convenzionata, sono pensati e realizzati programmi di gruppo, più strutturati, e molto più coerenti all'attuale e più evoluto pensiero metodologico.

È da ritenere che lo scenario cambi nel prossimo futuro, sia per l'impegno politico a normare un'area certamente negletta fino al recentissimo passato, sia perché le notevoli risorse anche economico-finanziarie disponibili devono essere concentrate su azioni e strategie precise, piuttosto che disperse, come ora, in acquisti di eventi congressuali, formativi, dialogici o, peggio, di occasioni di turismo formativo che non forniscono alcuna garanzia di qualità e, quindi, di rientro in competenza professionale a vantaggio delle strutture aziendali, che investono le proprie risorse finanziarie, e dei loro clienti finali, cioè il pubblico.

Mi riferisco sia alla raccomandazione, spesso cogente in alcuni settori dell'amministrazione, di destinare l'1 per cento del monte salariale globale alla formazione professionale, che ricade quasi completamente nell'area della formazione permanente, che agli investimenti delle singole aziende sanitarie, stimabili in media intorno allo 0.5% del budget aziendale totale. Nella revisione dei piani sanitari aziendali e regionali del 1997 i progetti formativi sono sommari, si limitano a giustificare stanziamenti che spesso rimangono virtuali, il cui esborso è soggetto a vincoli e costrizioni non coerenti con progetti di sviluppo e riconversione dei servizi sanitari. Il risultato è, chiaramente, che al meglio viene rispettato il desiderio del medico di aggiornare le proprie conoscenze attraverso un negoziato individuale, che non segue il rigore e la coerenza che sarebbero indispensabili per la realizzazione di una strategia di miglioramento e adeguamento continui dei servizi stessi. Quasi mai, infine, la formazione viene fruita in modo multisettoriale e interprofessionale, con un'ulteriore frammentazione delle competenze, parcellizzate per categoria professionale o addirittura per livello gerarchico.

Mi preme, peraltro, sottolineare come, il fine ultimo della formazione permanente non sia la certificazione del medico, bensì la garanzia che tale certificazione offre al cittadino cliente, nel patto sociale e nel contratto di acquisto diretto e/o indiretto del bene "servizio sanitario" finalizzato alla salute che il cittadino è in qualche modo obbligato a stipulare, configurandosi come diritto all'accesso ai livelli di salute e come dovere la partecipazione al finanziamento del SSN.

In tal senso, è obbligo fondamentale del medico di intercettare, comprendere e gestire attivamente i bisogni individuali e sociali a cui la professione si indirizza. I bisogni mutano rapidamente e, pertanto, il medico deve essere in grado di mutare altrettanto rapidamente i propri strumenti di indagine e di lavoro, le proprie strategie e le proprie azioni, così come, naturalmente, la propria capacità di comprendere ed apprendere. Il ruolo del sistema pubblico è, coerentemente, di anticipare e governare gli scenari di evoluzione, facilitando la realizzazione di progetti di ampia portata, il cui obiettivo non è di porre ostacoli, regole, impedimenti, bensì di elaborare disponibilità, promuovere attivamente la nascita di garanzie forti ed esplicite, al momento assenti, non solo nel nostro Paese, ma anche in molta parte d'Europa, dove il medico è avvilito e subordinato, anche se, bisogna dire, spesso con colpe individuali e corporative assai evidenti.

La trasformazione del ruolo e delle funzioni della professione medica è documentata in maniera assai esplicita da alcune pubblicazioni di grande rilievo tecnico e politico, tra cui vorrei citare:

La risoluzione 48.8 dell'Assemblea Mondiale della Sanità (1995), che ha elaborato il quadro globale di sviluppo verso nuovi paradigmi di rilevanza, qualità, efficacia ed equità nel processo di pianificazione e di erogazione dei servizi sanitari per mezzo di un radicale riorientamento della formazione e dell'arte medica.

Due sono gli elementi fondamentali, etici e manageriali, di questo riorientamento:

- la necessità di analizzare e comprendere i bisogni attuali ed emergenti del cliente, sia considerato

come individuo che inserito nel proprio ambiente di relazioni sociali ed economiche;

- la necessità di sviluppare la capacità del settore medico di comprendere ed elaborare strategie mirate alla valorizzazione concreta dei settori tradizionalmente negletti della prevenzione e della promozione della salute anche nei loro aspetti accademici e scientifici.

Uno dei presupposti per questa inversione di priorità è rappresentato dalla creazione di un ambiente di studio e apprendimento inter e multidisciplinare, con l'adozione di tecniche e tecnologie didattiche che smantellino le obsolete oligarchie didattiche formali, per inserire, viceversa, quelle innovazioni anche radicali che permettano il raggiungimento di nuove competenze metodologiche e contenutistiche da parte degli operatori sanitari organizzati in team, piuttosto che tenuti rigorosamente isolati nel loro ambiente professionale e di studio ed aggiornamento.

Per quanto concerne la sanità pubblica, devo sottolineare come esista un'implicita comprensione del nuovo ruolo che la sanità pubblica stessa deve svolgere, misurandosi con nuove definizioni, nuovi orizzonti e legittimazioni che ne riformano il concetto essenziale stesso, evolutosi, almeno teoricamente, verso la medicina di popolazione e di comunità. Ciò impone alle facoltà di medicina di rivedere i curricula di studio e specializzazione nell'area tradizionale e certamente superata dell'igiene classica, non più rispondente ai nuovi bisogni ed alle nuove competenze richieste per assicurare la corretta gestione dei servizi sanitari e un prodotto professionale di qualità, rilevante per i bisogni di individui e collettività.

Basti pensare alle prospettive legate ai concetti ed ai paradigmi predittivi che, provenendo dalla mappatura del genoma e dalle tecniche diagnostiche ed invasive dell'ingegneria genetica e della biologia cellulare, stanno cambiando drasticamente l'etica, le priorità e le strategie scientifiche, i collegamenti economico-finanziari della medicina, ormai ancora per poco incardinata nei vecchi dogmi probabilistici.

L'Associazione Medica Britannica nel 1994 affermò esplicitamente che esistono pre-requisiti precisi, o meglio capacità fondamentali che il medico deve possedere per essere capace di gestire i nuovi bisogni di salute che i cambiamenti scientifici, tecnologici, demografici e socio-economici stanno costruendo, modificando i sistemi sanitari a ritmi assai celeri. Tali requisiti originano da una rilettura critica ed aggiornata della relazione medico-cliente (non più "paziente") che deve divenire una vera e propria alleanza ed un partenariato basato sui valori fondamentali dell'arte medica: la disponibilità, la compassione, la dedizione, l'integrità, la competenza, la creatività e lo spirito critico che determina la curiosità scientifica e la ricerca continua del meglio, la confidenzialità e la riservatezza, la capacità di difendere il debole, l'escluso, il marginale. Il medico deve rendere conto di ciò non solo al proprio datore di lavoro, pubblico o privato che sia, ma anche e soprattutto agli individui ed alle collettività che deve servire. Il contratto implicito che lega il medico al proprio cliente va reso esplicito, ad incorporare la somma dei diritti e dei doveri che ne rappresentano la giustificazione fondamentale.

Solo con lo sviluppo di questi concetti si riuscirà a superare i postulati di Tom McKeown che nel 1979

afferitava che, poiché le patologie o le disabilità più frequenti e importanti sono o prevenibili o intrattabili, la cura (l'attenzione, la dedizione) piuttosto che la cura (il trattamento, la cura) deve rappresentare la priorità del medico.

L'Italia, come molte nazioni europee, è, pur con felicissime eccezioni individuali, e nonostante, ancora una volta, l'intuizione della medicina territoriale, priva di queste capacità, con una politica della formazione permanente e una disponibilità di formatori professionalmente formati insufficienti.

L'università offre corsi di perfezionamento che garantiscono un'ampia possibilità di scelta in ambiti clinici e/o manageriali, con una discreta presenza della medicina dei servizi e della sanità pubblica. E, tuttavia, l'università, come tradizionalmente ogni altro ente pubblico nel nostro Paese, tende ad autoreferenziarsi, piuttosto che stabilire criteri di valutazione e audit sul proprio operato, che garantirebbero una ricerca della qualità ed una competitività positiva ben maggiori della situazione attuale.

La formazione di qualità è, tra le altre cose, la capacità di produrre professionisti di qualità in modo coerente, attendibile, sostenibile ed efficace.

Lipp nel 1996 riassume questi concetti in maniera efficace affermando che "Le performance mediche sono soggette al controllo di qualità.

Il training continuo e la formazione medica permanente sono essenziali e la qualità deve essere analizzata e assicurata sia per gli aspetti di struttura (contenuti, modelli organizzativi, bisogni degli insegnanti) sia per i processi (interazioni fra gli insegnanti e i discenti) sia per i risultati (soddisfazione ed accettabilità, l'aumento della conoscenza, l'influenza dei trattamenti)".

Chi viene formato, secondo le regole identificate da Whitehouse nel riformare drasticamente l'approccio formativo dell'Università di Manchester nel 1996, deve:

- seguire un curriculum fondamentale e standardizzato, con moduli specialistici aggiuntivi che possano rispondere ad esigenze didattiche e formative personalizzabili;
- utilizzare casi concreti clinici o gestionali;
- essere in grado di indirizzare la propria esperienza di apprendimento verso bisogni formativi ed aree di conoscenza e capacità collegate alla funzione professionale;
- studiare in piccoli gruppi utilizzando la metodica di apprendimento per problemi;
- poter integrare l'apprendimento verticale (in tempi successivi con conoscenza cumulativa) e quello orizzontale (in diverse discipline, comunque rilevanti per la propria funzione professionale);

- essere capace di migliorare progressivamente la propria competenza in discipline accessorie, come le tecniche di comunicazione e di gestione;

- valutare la propria esperienza di apprendimento in modo critico, per quanto concerne l'effettivo successo formativo, la rilevanza di quanto appreso, il beneficio che le nuove conoscenze e capacità garantiscono al proprio cliente.

L'effettiva realizzazione di quanto discusso può contribuire sostanzialmente a superare l'ostacolo innato nella didattica medica che William Osler descrisse ad un gruppo di studenti di medicina 80 anni fa: egli aveva una notizia buona ed una notizia cattiva da comunicare. Quella buona era che almeno la metà di quanto avevano appreso sarebbe stata obsoleta nel giro di dieci anni. La cattiva era che nessuno poteva sapere quale fosse questa metà.

L'unica differenza nel mondo attuale è che i dieci anni si sono probabilmente ridotti a meno di cinque.

L'azione legislativa va, quindi, compresa e realizzata come strategia promotiva per l'ottimizzazione e per la difesa del medico, non certo come azione punitiva o repressiva. In questo senso, l'azione relativa alla formazione permanente può essere o permissiva (garantendo a ciascun medico il diritto e i mezzi per fruirne), oppure cogente.

In entrambi i casi la visione che giustifica l'una o l'altra scelta è ostinatamente ottimistica, spesso in modo ingiustificato. Si presuppone, infatti, che chiunque frequenti un'attività di formazione continua apprenda e metta in pratica ciò che ha appreso. I crediti formativi vengono, così, attribuiti, anche nei sistemi più evoluti (e quello italiano non lo è), sulla base della frequenza oraria e non sul raggiungimento di obiettivi di apprendimento espliciti.

Inizia, tuttavia, ad emergere una tendenza più qualificante, basata sulla necessità di garantire il cliente della formazione continua (il medico) e il beneficiario ultimo del suo prodotto (cioè il cittadino). Ciò prevede che il medico, oltre a dimostrare una frequenza oraria, come già accade nel caso della formazione obbligatoria della medicina convenzionata, debba sottoporsi ad una verifica periodica e continua della conoscenza e della capacità possedute, acquisite attraverso cicli formativi ed esperienze di apprendimento varie, misurabili rispetto a standard di competenza aggiornati nei confronti della normativa e dello standard professionale identificato.

A livello pratico, nel nostro Paese i maggiori ostacoli per la realizzazione di un progetto organico, realizzato con una visione strategica non direttiva, sono la carenza di risorse finanziarie utilizzabili (o meglio, il loro mancato uso razionale all'interno di una strategia consistente), il difficile inquadramento teorico, la scarsità di formatori accreditati ed esperti, la mancanza di un curriculum ragionato e flessibile, la molteplicità di fonti e risorse, spesso informali e frutto di scelta empirica e personale, piuttosto che di valutazione oggettiva con strumenti non ancora teorizzati e recepiti di efficacia e qualità.

Questa mancanza di regole sull'accreditamento continuo della competenza professionale, la mancanza di seri incentivi professionali (non solo e non principalmente finanziari), l'impossibilità, spesso, di trovare una guida oggettiva e qualificata alla lettura delle offerte, oltre all'adesione molto teorica, spesso non effettiva, delle nuove dirigenze aziendali ad un progetto formativo realizzato come fulcro e motore del cambiamento sia della cultura individuale che collettiva ed aziendale, relegano di fatto il nostro Paese ad un ruolo molto più marginale nel mainstream accademico europeo di quanto la competenza e le conoscenze mediche in esso presenti possano suggerire. Anche la produzione normativa, discussa in sede di commissione parlamentare, cerca di regolamentare in maniera restrittiva e, tutto sommato, centralizzatrice, un ambito di attività a valenza strategica soprattutto per la qualità della resa professionale, accreditabile con strumenti diversi da quelli citati, come l'esperienza nordamericana ed europea più qualificate insegnano.

È da dire che questa situazione, esplosiva e mortificante in Italia, è condivisa da altri, se Boreham nel 1994 ha prodotto un intelligente articolo su "The dangerous practice of thinking", in cui si teorizza, prima di tutto, la necessità di insegnare e imparare a pensare, come preliminare indispensabile del processo esplicito di apprendimento. E, successivamente, J.J. Guilbert uno dei pilastri dell'andragogia medica moderna, ha commentato che è più facile smantellare un cimitero che riformare gli studi medici verso quello che l'Organizzazione Mondiale della Sanità chiama il medico a cinque stelle: "care giver, decision maker, communicator, community leader, manager".

In Italia, nell'azione di governo di questo settore, fondamentale, ma per lo più negletta dall'attenzione scientifica e tecnica che viceversa merita, anche per l'evidente inadeguata regolamentazione della formulazione dell'offerta, possono essere citati tre documenti guida.

Il primo, che costituisce la giustificazione etica della formazione medica continua, è rappresentato dall'art. 16 del nuovo codice deontologico: "il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico".

Il secondo documento, il piano sanitario nazionale, stabilisce le regole del gioco, qualificando la gestione delle risorse umane, ovvero la formazione nelle sue varie categorie, come strategia fondamentale per la promozione del cambiamento di mentalità e della nuova cultura professionale ritenute necessarie per il successo del piano stesso)

Il terzo documento che vorrei citare è la convenzione nazionale di Medicina Generale, al cui art. 8 si recita che le amministrazioni regionali "... emanano annualmente norme generali per la formazione permanente obbligatoria per il Medico Generale (MMG), anche in relazione all'attuazione di progetti obiettivi." La formazione si attua attraverso la rilevazione dei bisogni di servizio e dei medici e si realizza con metodologie didattiche di apprendimento per obiettivi, con la partecipazione a piccoli gruppi, valutata sia sul piano didattico, sia per quanto riguarda la competenza maturata dai medici che ad essa partecipano (per un totale di 32 ore annue; metà del tempo essendo "acquistabile" dal medico

per corrispondere ai propri bisogni formativi).

Sottolineo il criterio della valutabilità come un elemento di rigore metodologico e di approccio alla formazione continua, che, se applicato, aprirebbe interessanti prospettive di ricerca applicata e di conseguente sviluppo tecnico-scientifico, necessario ad orientare la produzione normativa, che, altrimenti, rischia, come stiamo verificando in questi tempi, di esaurirsi in una serie di vincoli e controlli verticali, impositivi e, quindi, destinati all'insuccesso per una categoria riottosa e gelosissima delle proprie peculiarità come quella medica, che conosco bene, appartenendovi.

Desidero concludere con un rapido accenno all'uso delle nuove tecnologie informatiche nell'ambito della formazione permanente.

A supporto di quanto finora detto, riporto come, attraverso la revisione analitica delle citazioni presenti in Internet utilizzando il motore di ricerca "CME" nei domini medici e formativi, ho potuto rintracciare oltre trecento articoli pubblicati negli ultimi diciotto mesi. Questa cifra rappresenta lo stesso numero degli articoli rintracciabili con gli stessi motori nei precedenti cinque anni. Ciò indica un risveglio di attenzione selettiva sulla formazione permanente ben maggiore di altri settori. Difatti, l'interrogazione agli stessi siti utilizzando motori più tradizionali ha dato un numero di citazioni notevolmente maggiore come indicatore di interesse assoluto ma costante nel tempo, anzi in lieve diminuzione.

Dei 478 articoli presentati alla 7a Conferenza di Ottawa sulla formazione medica, tenutasi a Maastricht nel 1996, solo ventisette trattano di formazione permanente. La maggior parte di essi richiama due studi principali, condotti in Canada e negli Stati Uniti; nel contesto europeo sono stati prodotti solo cinque articoli, e di essi nessuno è italiano.

In Italia, alla riunione della Società per la Verifica e la Revisione della Qualità in Medicina, che si è spesso occupata della formazione continua come un elemento fondamentale di qualità, tre articoli su centootto parlano di formazione medica, nessuno di formazione permanente, quattro trattano argomenti attinenti, anche se focalizzati su discipline o settori specifici, come URP (uffici relazioni con il pubblico), comunicazione, HIV.

Utilizzando per la revisione i motori di ricerca italiani con le parole chiave "formazione + medico" si ottengono 1.826 pagine, di cui la maggior parte è costituita da siti di interesse accademico (università) o aziendale (industrie farmaceutiche e agenzie, per lo più private, di formazione, oppure editori attivi in campo medico); alcuni dei siti intercettati sono rilevanti, come quelli della SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) e del FORMEZ, rappresentando, tuttavia, metasiti informativi e di presentazione, e non strumenti veri e propri di formazione e divulgazione, spesso accreditante, come, invece, accade per i siti nordamericani, che sono già transitati dalla fase informativa, per raggiungere dignità strumentale, finalizzata all'erogazione di conoscenza.

Curiosamente, la disaggregazione dell'offerta in Rete è sovrapponibile all'inventario generale dell'offerta formativa residenziale più tradizionale, con il 15% dei domini reperiti di pertinenza della Medicina

Generale, il 50% della medicina specialistica, il 35% della medicina subspecialistica.

Utilizzando le parole chiave "formazione + continua", si accede a sessantatré pagine, di cui la maggior parte già intercettata dall'interrogazione precedente. Con ciò si conferma, da un lato, che la formazione continua sulla Rete è soprattutto medica: in tal senso la Rete stessa è già identificata come strumento fondamentale di studio e lavoro da parte del settore medico; d'altro canto, però, i siti rilevanti sono assai pochi, salvo alcuni, che si presentano in fase di rapida evoluzione, talora quotidiana, miranti a garantire un supporto informativo e una divulgazione abbastanza verticali. Molti altri, invece, e sono ancora la maggioranza, rappresentano un surrogato di medicina da banco rivolto al grande pubblico, con fini informativi e con consigli medici spesso pittoreschi.

Sulla mancanza di alternative qualificate e di guide autorevoli alla lettura in questo settore sarebbe opportuno riflettere, nell'interesse dei potenziali consumatori, utenza sofisticata, come quella della Rete, ma spesso analfabeta per quanto riguarda la medicina e la salute.

Altri siti contengono messaggi o elaborati che ricadono nell'area, spesso primitiva e anche qui con scarsi riferimenti a evidenze consolidate, dell'educazione sanitaria. Altri ancora offrono una concentrazione di normativa italiana ed europea, rilevante ai fini professionali, ma certo molto meno per la formazione vera e propria.

Viceversa, i siti nordamericani svolgono opera di carattere divulgativo e anche attività formativa in linea, il cui formato si basa su tre elementi fondamentali: il consenso esperto, ovvero l'evidenza scientifica in merito all'argomento di cui si tratta, da cui poter derivare uno standard di riferimento su cui misurare la didattica, da un lato, e la successiva acquisizione di capacità e conoscenze, dall'altro; la formulazione del programma didattico, coerentemente con gli obiettivi di apprendimento stabiliti; l'esame di competenza amministrato in rete in maniera interattiva e responsabilizzante.

La media di acquisto di formazione virtuale a distanza da parte dei Colleghi nordamericani si aggira sulle quindici ore/anno, con un esborso pari a circa dieci dollari USA per credito orario certificato.

Uno studio dettagliato compiuto dall'ISS sui costi per garantire ai medici di sanità pubblica cento ore di fruibilità telematica assistita in Italia, attraverso una rete internet satellitare ad ampia banda, accessibile per ventiquattro ore al giorno, con la costituzione di cinquanta stazioni mirror diffuse in sede regionale e di un server centrale con funzioni di centro servizi evoluto (anche accreditante e certificante) indica in circa 1,8 miliardi di lire/anno il costo diretto, a cui aggiungere, naturalmente, il costo indiretto individuale di ciascun collegamento telefonico e di ciascun abbonamento a provider (come noto, rispettivamente di circa cent'ottanta lire a chiamata, aumentabile della tariffa a consumo per gli scatti urbani, e di duecentomila lire/anno), superiore a quanto pagato dai Colleghi nordamericani.

Il costo capitaro orario diretto, comunque, valutando l'effettiva copertura nazionale al 70%, è di circa seimilacinquecento lire, quindi più che dimezzato rispetto a quanto accade negli Stati Uniti. È da

sottolineare come questo tipo di risorsa si presta anche a garantire vantaggi collaterali, quali il reperimento di bibliografia e lo scambio di consulenza reciproca e supporto tecnico qualificato nella discussione clinica, investendo, in tal modo tutte le tre aree su cui la formazione continua nel nostro Paese si articola: riviste, libri e materiale cartaceo (in questo caso sostituito da materiale virtuale) per il 67,7%, corsi e seminari per il 11,5%, discussioni cliniche per il 9,2%.

È interessante, anche, riflettere su come questi diversi scenari si siano manifestati e quale sia la loro storia naturale. In estrema sintesi, il sistema europeo, centralizzatore, certificante, con una notevole presenza statalista, o, comunque, istituzionale e politica, sembra aver paralizzato l'iniziativa pubblica qualificata, mantenendo un vuoto progressivamente riempitosi con la produzione di siti web e strumenti informatici da parte di entità spesso non professionali, di qualità variabile, ma mediamente scadente e con obiettivi ambigui di divulgazione, orientata ad un pubblico generico, non professionale, facilmente attraibile da messaggi talvolta chiaramente manipolati a fini commerciali o ideologici.

Il sistema nordamericano, in cui l'accreditamento, la certificazione e la valutazione di qualità sono lasciati alle associazioni professionali ed alla loro capacità di autoregolamentazione e censura, mentre lo Stato interviene a concertare e a monitorare il rispetto delle regole, ha invece permesso l'utilizzo della Rete a fini altamente professionali, con qualità spesso eccellente, percorsi espliciti di formazione e un'offerta competitiva di opportunità didattiche a costi assai limitati e con una diffusione capillare, collegata certamente alla diffusione della cultura informatica, ma anche motivante l'acquisizione della stessa per la presenza di un'offerta ottima, di grande flessibilità ed interattività, facilmente personalizzabile sulla base di necessità e disponibilità individuali.

La speranza è che il nostro sistema impari in fretta e si inserisca nella competizione stessa, che, al momento, si esprime come monopolio culturale, tecnico e scientifico anglosassone. In più mortifica la capacità di produzione intellettuale che la sanità italiana possiede e sarebbe capace di offrire, laddove venissero forniti i mezzi, o, meglio, non venissero creati, anche artificialmente, ostacoli di natura amministrativa e burocratica.

Box

| | come è | come dovrebbe essere |
|--|-----------------------------------|--|
| il sistema formativo di formazione permanente | centralizzato | decentrato |
| il sistema formativo si orienta prioritariamente | alla promozione individuale | alla promozione collettiva e sociale |
| i gruppi | sono animati in maniera direttiva | sono gestiti con la partecipazione dei discendenti (e della loro comunità) |

| | | |
|----------------|---------------------------------------|--|
| i contenuti | sono impostati dall alto | dipendono dai bisogni reali dei discenti e delle comunità da cui essi derivano |
| il sapere | prefabbricato, parcellizzato, formale | cumulativo, sintetico, vissuto |
| la valutazione | episodica, esterna, certificativa | continua, formativa, autogestita, gestita tra pari, e in gruppo |



[top](#)