

# PROFESSIONE MEDICA NEL TERZO MILLENNIO

## *Quale modello formativo*

- I. INTRODUZIONE
- II. QUESTIONE MEDICA
- III. EVOLUZIONE E INVOLUZIONE DEL MODELLO FORMATIVO
- IV. CRITICITÀ
- V. PROPOSTE
- VI. CONCLUSIONI

### I. INTRODUZIONE

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri ha affidato al proprio Centro Studi e Documentazione il compito di elaborare un documento base, da discutere con tutti gli attori coinvolti nella formazione e nella educazione dello studente in medicina, con lo scopo di individuare le criticità del modello attuale e le possibili soluzioni, nel quadro complessivo della "Professione Medica nel terzo millennio".

La scelta del gruppo di studio è stata di partire dai cambiamenti in corso nella nostra società, ridefinire il medico quale "agente", definire le sue necessità formative e definire le caratteristiche di una nuova formazione.

Il Centro Studi ha individuato sei macroaree ritenute fondamentali per definire le competenze del futuro professionista, e ha avviato un percorso di ascolto al fine di individuare il razionale e le criticità e proporre soluzioni per il cambiamento.

Le macro aree sono:

- Questione Medica tra invarianza e cambiamento
- Formazione
- Formazione continua ECM - CPD
- Responsabilità sanitaria, medicina difensiva e assicurazioni
- Nuovi modelli di regolamentazione professionale: inquadramento giuridico e deontologia
- Autonomia professionale e proceduralismo (EBM - Linee guida)

### II. QUESTIONE MEDICA

La professione si trova tra grandi mutamenti sociali e antropologici e grandi mutamenti della struttura economica e deve mediare le esigenze della domanda di salute sempre più espansiva con le esigenze dell'offerta sanitaria sempre più

restrittiva. Tutto questo più difficile prendere decisioni sul bisogno del paziente e pone un problema di esponibilità della professione a esigenze tra loro spesso non conciliabili.

L'attuale contesto socio culturale è caratterizzato da:

- la socializzazione della medicina con conseguente mutamento del rapporto con il paziente in cui, oltre al medico, sono coinvolti altri attori quali le organizzazioni sanitarie, i decisori politici e le altre professioni sanitarie.
- la tecnologizzazione delle prestazioni di cura con significative ricadute economiche.
- le grandi transizioni epidemiologiche, demografiche e culturali della Medicina con conseguente necessità di ridefinire la prassi medica e il patto sociale con la collettività.

La professione rispetto alla società che cambia manifesta inadeguatezze non solo legate alla sua formazione, al rapporto medico-paziente, alla difficoltà di recepire il bisogno del paziente, ma anche alla trasformazione della figura tradizionale, da status di "beneficiario" diventa utente consapevole e titolare di diritti.

Nei confronti di questo cambiamento ci sono ritardi della professione nell'adeguarsi ai mutamenti sociali e responsabilità politiche per le strategie messe in campo in questi ultimi anni.

La professione è sempre più condizionata dai contesti organizzativi, dalle politiche economiche, dai rischi professionali, dalla qualità della formazione universitaria e dai conflitti crescenti con altre professioni sanitarie.

A fronte di quattro riforme del sistema sanitario che si sono succedute in questi anni, non si è mai pensato di fare una riforma non tanto della facoltà di medicina ma dei suoi paradigmi formativi. La questione strategica di fondo è il conflitto tra risorse e diritti (postwelfare) e la questione medica ha radici anche in questo conflitto.

Le politiche di compatibilità e di razionalizzazione adottate si sono limitate a chiedere alla professione di adattarsi ai limiti finanziari con crescente inadeguatezza e insufficienza dei servizi sanitari.

Oggi bisogna adottare politiche che affrontino il problema del cambiamento dei modelli, compresi quelli dei servizi e delle professioni.

La possibilità di mantenere un sistema sanitario pubblico a base universalistica presuppone, secondo una diffusa e consolidata letteratura, che lo stesso si avvalga di tre pilastri:

- pubblico
- privato
- terzo settore (servizi sociali, volontariato e altro)

Ne consegue che deve essere superata la dicotomia professionale pubblico-privato, anche nella regolamentazione contrattuale della professione medica.

La necessità di ridefinire la prassi medica e un nuovo contratto sociale con la collettività pone il problema della responsabilità professionale.

Ridefinire la responsabilità, riferita sia all'utilizzo dei mezzi necessari per il raggiungimento degli obiettivi, secondo regole predefinite, che al raggiungimento degli obiettivi attraverso atti autonomi sottoposti a verifica, è un passo decisivo per recuperare la credibilità della professione.

Nella ridefinizione della professionalità medica è necessario individuare un insieme di valori da tradurre successivamente in principi a fondamento dell'etica e della deontologia professionale. Valori specifici della professionalità medica sono autonomia e responsabilità, integrità, rispetto, coinvolgimento decisionale e competenza professionale.

Il costante aumento del numero delle donne nella professione medica, e nelle professioni di cura in generale, costituisce una opportunità per una riflessione interna alla classe medica sui modelli della cura e della sua erogazione: la relazione di cura, intesa quale relazione tra chi esprime un bisogno e chi può soddisfarlo, presenta caratteristiche peculiari che sono più affini al genere femminile, e questo costituisce una ricchezza di cui tenere conto e un importante fattore di cambiamento per tutta la professione.

La Medicina è una vocazione in cui la conoscenza, le competenze cliniche e le decisioni del medico sono messe al servizio della tutela e del ripristino del benessere umano.

Questo obiettivo è realizzato attraverso una collaborazione tra medico e paziente basata sul rispetto reciproco, sulla responsabilità individuale e su una appropriata rendicontazione del proprio agire.

### III. EVOLUZIONE E INVOLUZIONE DEL MODELLO FORMATIVO

La prima macro-area analizzata è quella della formazione, settore ritenuto prioritario in ragione della sua strategicità e importanza. Molti dei problemi della professione sono infatti riconducibili a una inadeguata formazione di base, e non può esserci evoluzione della professione senza evoluzione della formazione.

L'obiettivo di una nuova formazione è recuperare il divario esistente tra abilitazione alla professione e suo esercizio pratico e quindi rivisitare i rapporti tra teoria e pratica.

La nuova formazione dovrà formare il medico alla interpretazione dei bisogni del paziente dentro contesti complessi, contribuire a ridefinire una nuova identità professionale quale agente autonomo e responsabile, essere coerente con i principi della post modernità (ripensamento della razionalità tecnica e della relazione medico paziente, codecisionalità nei sistemi complessi, uso efficace della comunicazione).

È necessario inoltre, formare il futuro medico alle problematiche del post-welfarismo, in quanto qualsiasi atto medico dovrà essere deciso con il criterio della convenienza clinica, sociale e economica. Il medico dovrà considerare l'organizzazione parte integrante della sua operatività e il suo agire dovrà essere orientato alla cultura della responsabilità sia in ordine agli obiettivi da raggiungere che ai mezzi da impiegare.

Definire una nuova formazione per il medico, nell'attuale contesto, significa prefigurare una professione adeguata ai tempi; sino ad ora si è considerato il medico quale figura professionale invariante, pensando di conseguenza alla formazione come suo aggiornamento. Oggi, nel momento in cui la questione medica pone il problema della formazione del professionista, si tratta di predefinire il medico possibile e dedurre la formazione più adeguata.

La formazione rappresenta oggi uno strumento strategico al fine di definire il ruolo e l'identità del medico; è opportuno ripensare il modello nozionale, definendo un'altra tipologia di medico, disegnando un modello formativo più appropriato, per adeguare il medico ai cambiamenti di riferimento.

I cambiamenti che servono non riguardano le conoscenze scientifiche, che sono automaticamente sottoposte a continui aggiornamenti, ma i modi di conoscere la malattia, il tipo di rapporto tra medicina e malato, gli atti pratici che derivano dall'uso delle conoscenze, il rapporto con i mezzi che si impiegano e le organizzazioni nelle quali opera il professionista. Si tratta di problemi che vanno oltre il contenuto scientifico e che interessano le concezioni culturali di malattia e di cura.

In pratica si tratta di partire dagli “agenti” di cambiamento (post modernità/postwelfarismo), ridefinire il medico quale “agente” e da esso ricavare le caratteristiche di una nuova formazione che passi dalla nozione alla cognizione, dalla conoscenza tout court a chi la mette in pratica, cioè all'agente. La nozione oggi ha una nuova complessità scientifica, sociale, culturale ed economica e in ragione di tale complessità va riconsiderata come cognizione.

La cognizione, infatti, è un atto di conoscenza più complesso che comprende contenuti gnoseologici (conoscenze teoriche), epistemologici (modi della conoscenza) e pragmatici (modi di fare ) e non prescinde dalle qualità e dalle caratteristiche dell'agente che compie questo atto.

La formazione del medico in questi anni si è orientata a adeguare i contenuti scientifici a epistemologie e pragmatiche sostanzialmente invarianti. Oggi è necessario interconnettere i contenuti scientifici con nuovi modi di conoscere e di agire cioè con altre epistemologie e altre pragmatiche.

Dal nozionale al cognizionale significa scommettere sulle capacità, sulle abilità e sulle sensibilità dell'agente, sul suo realismo pratico e sul suo pragmatismo, si tratta quindi di formare i medici a pensare e a decidere nella complessità.

#### IV. CRITICITÀ

Nell'ambito delle audizioni dedicate dal Centro Studi FNOMCeO alla formazione del medico nell'attuale contesto socio culturale sono emerse le seguenti criticità:

- I test di accesso alla facoltà di Medicina non servono a selezionare i più idonei a svolgere la professione di Medico Chirurgo; in altre nazioni i test sono realmente attitudinali e non solo cognitivi. Negli Stati Uniti l'AAMC, sta promuovendo, attraverso il Progetto Holistic Review, un superamento del tradizionale sistema MCAT (Medical College Admission Test) per la selezione degli studenti in medicina, attraverso una valutazione olistica del candidato che bilanci esperienze, caratteristiche e punteggio curriculare/scolastico. Un processo di revisione olistica enfatizza le qualità, inclusa la capacità di apprendimento, associate all'eccellenza professionale. Sarebbe necessario riformulare i test attraverso una squadra di veri esperti. Il biennio aperto invece, soluzione adottata per esempio in Francia, potrebbe creare difficoltà al termine del biennio e soprattutto nessuna Università dispone di strutture capaci di ricevere 2.000/3.000 iscritti dei primi anni.
- Disomogeneità nella formazione, nonostante la formale omogeneità dei curricula dei diversi atenei. La disomogeneità è stata potenziata dall'abolizione delle facoltà e dai diversi modelli organizzativi conseguentemente adottati dai singoli atenei (scuola, facoltà, centri di raccordo).
- Numero eccessivo di ore di didattica frontale, a discapito di altre forme di insegnamento poco valorizzate.
- Il ruolo della tecnologica e della semeiotica nella formazione del medico: la semeiotica classica è insufficientemente valorizzata nell'insegnamento e nell'apprendimento, ed è scarsamente integrata con la semeiotica strumentale.
- L'insegnamento monodisciplinare della deontologia appannaggio di singole specialità e non integrato.
- L'orientamento precoce degli studenti in Medicina verso un ambito specialistico, che settorializza l'insegnamento e crea non dei professionisti, ma dei tecnici che non sapranno ricollegare i problemi e affrontare la complessità.

- Il modello attuale di formazione del medico prevalentemente ospedalocentrico, selezionato sullo standard dell'azienda ospedaliera-universitaria, sicuramente punto di riferimento per la qualità specialistica della formazione, ma non per la completezza. Tale modello ospedaliero-universitario tende a ignorare le problematiche della medicina del territorio (prevenzione e cronicità) e a fornire una preparazione settoriale nella storia naturale della malattia, prevalentemente ospedaliera e tecnologica, perdendone la visione complessiva.
- La riduzione progressiva delle risorse del sistema universitario con una diminuzione del numero di docenti, che entro pochi anni diventeranno insufficienti per una didattica moderna con sempre maggiori esigenze di complessità, evoluzione ed aggiornamenti.
- L'esame di stato, che deve certificare l'idoneità del laureato all'esercizio della professione, è attualmente inadeguato, perché fondato sostanzialmente su una verifica ridondante di nozioni già acquisite e disciplinate nel corso di laurea. Inoltre il tempo d'attesa per sostenere l'esame è totalmente inutile, rappresenta un ulteriore collo di bottiglia con perdita di energie giovani.
- L'aumento del numero dei laureati e la diminuzione dei posti per la specializzazione lascia fuori dalla formazione specialistica e dalla medicina generale molti medici. Attualmente il numero dei laureati prevedibile è di circa 8.500, mentre le borse specialistiche sono scese da 5.000 a 4.500, e 800 sono i posti disponibili per i corsi di formazione in medicina generale, quindi un esubero annuale di circa 2.000 laureati in medicina.
- Il biennio di tronco comune delle scuole di specializzazione è una soluzione formativa condivisa, ma scarsamente applicata.

## V. PROPOSTE

- Test di accesso realmente attitudinali e meno nozionistici, preparati da esperti in materia. Il biennio aperto può essere una soluzione valida e importante, adeguando però le strutture e mettendo in rete diversi Atenei.
- E' necessario ridurre la disomogeneità, anche potenziando gli strumenti che misurano il grado di apprendimento degli studenti in medicina (progress test).
- Vanno valorizzate e implementate altre forme di insegnamento, quali la pratica al letto del malato, il "blended learning", l'utilizzo dei social network nella didattica.

- Le procedure tecniche devono essere insegnate, con uso della “pratica deliberata” (deliberated practice) e non possono più essere apprese al letto del primo malato.
- La deontologia è la base della tutela della professione e dovrebbe far parte di una formazione integrata quale "etica della salute e della cura", paradigma reale della vita professionale, e deve essere trasversale a tutte le discipline.
- Per favorire l'approccio alla complessità durante il corso di laurea è necessario ristrutturare il percorso formativo, anche riducendo il numero degli esami del sesto anno, ma dovrebbe avere materie di sintesi, potenziandole, quali medicina interna, chirurgia generale, emergenza urgenza, medicina del territorio, con poche lezioni frontali.  
Sarebbe opportuno, istituzionalizzandolo, inserire nel sesto anno il tirocinio quale preconditione per una laurea abilitante, al fine di recuperare il periodo che intercorre tra laurea, esame di stato e ingresso nella scuola di specializzazione o corso di medicina generale.
- Bisogna attivare gli ospedali di insegnamento, rendere possibile un percorso pratico clinico da parte degli studenti, coinvolgendo i medici del servizio sanitario nazionale, adeguatamente formati all'insegnamento dell'adulto e certificati.
- È necessario potenziare il sistema interno, trovando le risorse economiche e le capacità politiche, e allargare il numero degli attori in due direzioni: tramite gli ospedali di insegnamento e tramite i dipartimenti di medicina territoriale (generale e specialistica).
- In riferimento al Modello KSA ( Knowledge, skills and attitude) si propone di potenziare le conoscenze curriculari articolandole in due componenti fondamentali, quelle classiche pre-cliniche e cliniche con quelle relative alla complessità, alla logica delle decisioni, alla epistemologia, alla organizzazione dei sistemi di erogazione delle cure; e di potenziare le attitudini della relazione di cura usando metodologie formative di tipo esperienziale.
- Bisogna rivolgere maggiore attenzione ai problemi del management sanitario, all'acquisizione di una competenza decisionale coerente con il buon utilizzo delle risorse disponibili e valorizzare, secondo le raccomandazioni dell'Advisory Committee on Medical Training dell'Unione Europea, quali componenti primarie del curriculum oltre le nozioni, le abilità, le attitudini (knowledges, skills, attitudes), anche i valori professionali (values).  
A tal fine si dovrebbe ridurre il numero delle ore di formazione iper specialistica ( oculistica, otorino, e altro) e alleggerire il nozionismo in generale. Si tratta non di aggiungere monte ore ad un monte ore già oneroso ma

di ridistribuirlo nel corso dei sei anni previsti alleggerendo il nozionismo in generale.

- L'Ordine, adeguatamente riformato, potrebbe svolgere il ruolo di certificatore e garante delle competenze dei professionisti, incluse quelle formative, in collaborazione con le società scientifiche.

## VI. CONCLUSIONI

Il documento elaborato dal Centro Studi vuole rappresentare un orientamento strategico e una impostazione culturale.

Per quanto attiene la questione medica si potrebbe attivare un tavolo di lavoro con l'obiettivo di produrre un documento in cui siano individuati e definiti valori e principi di una nuova professionalità medica.

Per quanto attiene il percorso formativo sarebbe opportuno che quanto proposto venisse tradotto concretamente in un percorso sperimentale in grado di programmare, nell'arco di sei anni, contenuti e organizzazione necessarie ad avviare un nuovo modello. Sarebbe utile trasferire sul campo, in collaborazione con una Università, un modello di formazione reale da poter poi trasformare in un progetto e/o proposta di legge da presentare alle istituzioni.