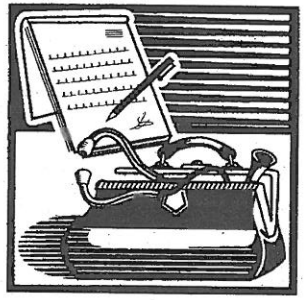
Benefici e rischi dell'obbligo all'aggiornamento professionale per i camici bianchi

Formazione, ma con giudizio



È necessario il coinvolgimento - In piccoli gruppi si apprende di più

Una delle novità più qualificanti del Dlgs 229/99, è l'obbligo per gli operatori sanitari alla formazione medica permanente (Fmp), prevista dall'articolo 16 bis del provvedimento quale condizione per esercitare l'attività professionale.

Considerato che il fine ultimo della «Fmp» è incidere «sull'efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Ssn», le modalità proposte dal Dlgs 229/99 impongono alcune riflessioni propositive. Infatti, affinché la «Fmp» influenzi positivamente gli esiti dell'assistenza sanitaria (*end-point* finale), deve essere in grado, non solo di migliorare le conoscenze individuali (*end-point* surrogato), ma anche di modificare l'attività professionale (*end-point* intermedio).

Innanzitutto, appare ridondante la distinzione tra «aggiornamento professionale» e «formazione permanente». Infatti, è impossibile «migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico» se non si è capaci di «adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali». In secondo luogo, identificare «la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo» con la «Fmp», è almeno illusorio. Infatti, la produzione della ricerca è cosa ben diversa rispetto al suo utilizzo a fini assistenziali, che costituisce in ultimo l'essenza della «Fmp». Senza considerare che, generalmente, chi produce la ricerca difficilmente è coinvolto nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Pertanto, se la partecipazione ad attività di ricerca e sperimentazione clinica può migliorare le conoscenze metodologiche dei professionisti della Sanità sulle modalità di produzione della ricerca, questo non è sufficiente per identificarla con la «Fmp».

Inoltre, è ormai evidenza consolidata che le attività di «Fmp» - quali corsi, convegni e seminari - non sono in grado di modificare la pratica professionale, né tantomeno gli esiti dell'assistenza. In particolare, la revisione sistematica pubblicata sul «Journal of American Medical Association» del 1° settembre (Jama '99; 282:867-74) dimostra che solo le attività di «Fmp» che coinvolgono attivamente i partecipanti e forniscono loro strumenti pratici, possono influenzare positivamente la pratica professionale e, occasionalmente, gli esiti assistenziali. Questa non rappresenta una novità per chi si occupa di psicologia cognitiva: infatti le conoscenze acquisite durante la ricerca di soluzioni a problemi (clinici) reali vengono meglio elaborate e memorizzate rispetto a quelle ottenute dallo studio non finalizzato.

Alla luce di queste considerazioni, sembra evidente che qualunque attività di «Fmp» dovrebbe: essere di tipo *problem-based*, ossia coinvolgere i partecipanti a trovare soluzioni a problemi (clinici e/o assistenziali reali), possibilmente dagli stessi formulati; essere condotta a piccoli gruppi per facilitare la comunicazione e la discussione; piuttosto che infondere nozioni "ex cathedra" - destinate a una rapida obsolescenza - fornire strumenti per utilizzare adeguatamente le conoscenze. In particolare, diffondere sia i nuovi strumenti d'informazione biomedica (banche dati, biblioteche virtuali), sia le competenze epidemiologiche necessarie a valutare criticamente la letteratura scientifica per acquisire un sano scetticismo sull'efficacia degli interventi sanitari; essere rinforzata da adeguate strategie di implementazione, la cui selezione può derivare solo da un'attenta analisi del contesto e delle attitudini dei professionisti locali.

Gli esiti della «Fmp» saranno, comunque, determinati dalla «Commissione nazionale per la formazione continua», che avrà il compito di definire «i crediti formativi da maturare in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per l'organizzazione dei programmi di formazione, i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative, i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative». L'augurio è che la Commissione faccia tesoro degli insegnamenti di Richard Saul Wurman che, nel suo libro «Information Anxiety», sottolinea che: «People remember 90% of what they do, 75% of what they say, and 10% of what they hear».

Antonino Cartabellotta
Gruppo italiano di medicina basata sulle evidenze

ARAN

Rsu: i risultati del voto

A un anno circa di distanza dalle operazioni di voto, l'Aran ha resi noti i risultati delle elezioni delle Rsu. «I ritardi non sono dipesi da noi - ha dichiarato il presidente dell'Aran, Carlo Dell'Aringa - ma dalla necessità di trovare un accordo all'interno del comitato paritetico Aran-sindacati su come certificare voti e deleghe. È la prima volta che si fa un'elezione di questo tipo. L'accordo, comunque, è arrivato per tutti tranne che per il comparto dei ministeri. Aver aspettato tanto - ha concluso - tutto sommato non ha compromesso nulla se non il fegato».

Nel settore della Sanità, si è registrato un testa a testa fra Cgil e Cisl, entrambi su una media di oltre il 29%, mentre la Uil ha superato il 17%, al quarto posto c'è la Rsu col 7,6%, seguita dalla Fials Confsal con il 5,8% circa. In assoluto, comunque, la Cgil è risultata prima per numero di iscritti.

Tra i livelli è andata così

	Voti	%	Deleghe	%	Media
Cgil	115.534	31,31	76.396	28,42	20,87
Cisl	101.546	27,52	84.595	31,47	29,50
Uil	67.561	18,31	43.251	16,09	17,20
Rsu	27.216	7,38	21.042	7,83	7,61
Fials Confsal	19.403	5,26	16.961	6,31	5,79
Csa	10.701	2,90	15.947	5,93	4,42
Rdb Sanità	9.467	2,57	5.405	2,01	2,29
Altri	17.521	4,75	5.239	1,95	1,35
Totale	**368.949**	**100,00**	**268.836**	**100,00**	**100,00**