



FNOMCeO

<https://noiconvoirimini2016.org>

RIFLESSIONI SULL'EVOLUZIONE DELLA FIGURA DEL MEDICO IN ITALIA

“ Alza gli occhi al cielo:
non troverai mai arcobaleni se continui a guardare in basso.”

Charlie Chaplin,
Swing High Little Girl, 1969

19-21 Maggio 2016

PREMESSA

Il medico è un protagonista centrale nel processo di cambiamento in atto del nostro sistema sanitario e la riflessione sull'evoluzione nei prossimi anni della sua figura è un momento essenziale per permettere a questo professionista di giocare un ruolo strategico nel servizio alla società.

All'interno dei nuovi scenari, il medico è oggi chiamato, in modo consapevole e proattivo, a:

- essere regista del proprio percorso professionale, cogliendo i momenti chiave di ogni fase (ad esempio quando specializzando, *leader* professionale, mentore per i colleghi più giovani, ecc.);
- approfondire le proprie competenze, tecniche e non-tecniche, utilizzando al meglio gli strumenti del *Continuous Professional Development*;
- agire come attore competente nella dimensione economica, sociale e politica della propria comunità;
- adattarsi allo sviluppo e contribuire a determinare i mutamenti delle organizzazioni sanitarie e del loro governo, cogliendo le opportunità offerte dal cambiamento e valorizzando la centralità del paziente in ogni attività.

Il dibattito sull'evoluzione della figura del medico deve giovare del coinvolgimento del mondo accademico e di quello professionale, nonché dei contributi di tutti i soggetti che si rivolgono al medico. Particolare attenzione deve essere rivolta alle motivazioni che conducono all'intrapresa della professione medica.

La FNOMCeO ha ritenuto utile operare una rigorosa riflessione sull'evoluzione della figura del medico in Italia nei prossimi anni.

Le considerazioni proposte mirano a:

- sensibilizzare sulla molteplicità e la complessità delle variabili che possono influenzare le decisioni relative alla sanità e alla professione medica;
- promuovere la figura di un medico che sia consapevolmente radicato nella propria storia e nella propria "*mission*" di promuovere e garantire la salute individuale e collettiva, e allo stesso tempo sia protagonista nel governare l'evoluzione dei sistemi socio-sanitari, contribuendo attivamente a orientarne le politiche e le scelte in materia, anche identificando possibili linee di azione per intervenire proattivamente.

1. LO SCENARIO OPERATIVO

1.1 Una sanità in cambiamento

In Italia, come in generale nel mondo occidentale, i sistemi sociali e sanitari sono notevolmente cambiati negli ultimi anni. I fenomeni che hanno alimentato i tanti mutamenti intervenuti sono molteplici e coinvolgono anche attori fino a oggi "esterni" ai sistemi sanitari. Per tale ragione, è necessario, in modo proattivo, procedere all'individuazione dei principali elementi che hanno condotto all'evoluzione del nostro sistema socio-sanitario.

1. **L'evoluzione del quadro demografico e sociale**, nel quale spiccano alcuni fenomeni, quali [1]:

- a. l'invecchiamento della popolazione;
- b. l'urbanizzazione;
- c. la riduzione della numerosità dei nuclei familiari o conviventi;
- d. la crescita in Italia della multietnicità, che determina in modo significativo nuove variabili relativamente a:
 - stili di vita;
 - pratiche tradizionali;
 - religiosità;
 - diverse interpretazioni dei concetti di "salute" e "benessere";

- e. i determinanti sociali con l'incremento di una popolazione italiana vicina alla soglia di povertà, con ipotizzabili significativi impatti anche a breve termine sulla salute e sui costi dell'assistenza;
 - f. le problematiche ambientali e il loro influsso sulla salute;
 - g. la recente regressione dell'indice di attesa di vita media per maschi e femmine
2. **L'evoluzione del quadro epidemiologico nella popolazione** caratterizzato da [2, 3, 4, 5]:
 - a. prevalenza di malattie cronico-degenerative;
 - b. incremento di quadri polipatologici;
 - c. incremento del disagio e delle patologie mentali;
 - d. le problematiche ambientali e il loro influsso sulla salute.
 3. **L'evidenza di una grande variabilità all'interno dei sistemi** (europei, nazionali e regionali) negli indicatori relativi all'aspettativa di vita, al benessere soggettivo e alla garanzia di equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari [6].
 4. **L'evoluzione dell'attesa di salute** con molte e articolate componenti [7]:
 - a. evoluzione del concetto di "salute" anche nella percezione dei professionisti sanitari;
 - b. elevate aspettative da parte dei singoli e della società in rapporto alle risposte possibili da parte dei sistemi sanitari;
 - c. difficoltà a riconoscere che la scienza e la tecnologia hanno dei limiti oltre i quali entrano in gioco altre e altrettanto importanti componenti, che hanno a che fare con tutte le dimensioni della persona umana;
 5. **La personalizzazione delle cure** legata [8]:
 - a. alle esigenze del paziente;
 - b. all'evoluzione scientifica e tecnologica con la possibilità o la necessità di tarare la risposta sul profilo specifico (genetico, enzimatico, ecc.) della singola persona.

Le organizzazioni sanitarie e le modalità organizzative attraverso le quali rispondere alla domanda di salute richiedono un cambiamento, in particolare rispetto ai seguenti modelli.

1. Modelli organizzativi, che attualmente risentono di un'impostazione basata su [9]:
 - a. un'organizzazione "a canne d'organo";
 - b. una scarsa integrazione attorno al "percorso paziente";
 - c. un dimensionamento delle *équipe* professionali mediche, soprattutto negli ospedali, fortemente orientato alla copertura "h24" piuttosto che ai volumi minimi di attività.
2. Modelli di finanziamento, ancora fortemente basati su un insieme di spesa storica e di pagamento per prestazione («otteniamo quello per cui paghiamo»), anche se si stanno lentamente sperimentando forme che incentivano il "percorso paziente", la *performance* e gli esiti [10].

L'impegno finalizzato all'elaborazione di nuovi modelli organizzativi tende a seguire alcune tendenze a livello internazionale, quali:

1. l'integrazione tra "sociale" e "sanitario";
2. l'integrazione tra le varie fasi del "percorso paziente";
3. l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare;
4. l'intensità di cura;
5. la continuità delle cure;
6. la garanzia di *standard* di sicurezza;
7. l'efficienza e la riduzione dei costi [11].

Tutti gli sforzi tesi a sviluppare i nuovi modelli devono tenere conto del fatto che i sistemi socio-sanitari sono sistemi complessi, ossia un insieme di agenti individuali che hanno la libertà di agire in modi non sempre totalmente prevedibili, dove le azioni di un agente cambiano il contesto per altri agenti.

Alcuni altri fenomeni rendono irreversibile il cambiamento anche nel sistema sanitario italiano.

1. **La quantità di risorse che rimarrà limitata** rispetto alla crescente domanda di salute. In questo senso ci sono evidenze che:
 - a. un modello di evoluzione è quello di incrementare “valore” (inteso come miglioramento degli esiti di salute per ogni euro investito dal sistema) [15];
 - b. si possono raggiungere migliori risultati investendo in programmi di miglioramento continuo della qualità, anche a risorse invariate (“iso-risorse”) [16];
 - c. la sostenibilità dei sistemi è un problema che riguarda anche la professione medica: il medico ricopre un ruolo centrale poiché contribuisce con le sue scelte a determinare la sostenibilità dei sistemi.
2. **Gli investimenti e l’innovazione nel settore biomedico sono in crescita.** Nuovi strumenti e modalità di interazione tra persona e professionisti sanitari, che rivoluzionano i modelli tradizionali di cura e assistenza, vengono messi a disposizione seguendo tre principi generali [17]:
 - a. cogliere i bisogni e le aspettative della collettività (pazienti-consumatori);
 - b. integrare e rendere accessibili i dati;
 - c. rendere l’assistenza, almeno per un certo livello di domanda di salute, facile e accessibile (ad esempio attraverso l’acquisto *on line* di alcuni servizi).
3. **L’Information and Communication Technology (ICT)** trasforma significativamente le organizzazioni sanitarie e il ruolo dei professionisti.
 - a. L’utilizzo dei sensori (portabili, impiantabili, ingeribili, ecc.) genera grandi quantità di dati.
 - b. Da una crescente mole di dati potranno/dovranno essere estratte informazioni rilevanti sulla persona, sulla collettività e sui sistemi sociali.
 - c. Ogni fase del “percorso paziente” sarà riconducibile ai dati e al monitoraggio digitale, che impatterà:
 - sui percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali del paziente;
 - sulla possibilità di monitoraggio da remoto (ad esempio la telemedicina);
 - sulla valutazione delle *performance*;
 - sui sistemi di investimento;
 - sui meccanismi di “premio-sanzione”;
 - sulla *privacy*.
 - d. La disponibilità o meno a connettersi alle “autostrade” digitali potrebbe diventare un problema rispetto alla possibilità di garantire *standard* di qualità e di equità.
4. **Il ruolo del cittadino e dei pazienti sarà diverso e più rilevante.**
5. **Il declinare la centralità del cittadino e del paziente** richiede e richiederà il riconoscere che:
 - a. persone e pazienti sono pronti (circa il 50%) ad affrontare nuovi modelli di assistenza basati sul digitale e sul “fai da te” [17];
 - b. persone e pazienti non sono una categoria unica, ma al loro interno esistono profili diversi in relazione a:
 - domanda di salute (ad esempio percepita e non, espressa e non, ecc.);
 - domanda di servizi (ad esempio appropriatezza della domanda, percezione del suo valore anche economico, ecc.);
 - capacità di comprensione e utilizzo delle informazioni dalla persona non acculturate dal punto di vista sanitario sino al paziente che può essere anche un professionista sanitario [18], e a livello di partecipazione e coinvolgimento nella scelta;
 - capacità di utilizzo della tecnologia;
 - c. persone, comunità, *stakeholders* e decisori politici richiedono una valutazione della qualità e delle *performance* dei sistemi sanitari.

1.2 Alcune rivoluzioni in atto nella professione medica

Alcune trasformazioni in corso nei sistemi sanitari hanno degli impatti significativi anche nel modo in cui il medico esercita la sua professione. Tra le più rilevanti troviamo:

1. il dover **“rendere conto” (accountability)**, come singolo o come équipe, rispetto alle *performance* e agli esiti delle cure;
2. lo sforzo di modificare gli esiti di politiche pubbliche o di decisioni allocative che hanno un impatto diretto sulla vita delle persone (**advocacy**);
3. **l’adesione (compliance) a regole e raccomandazioni**, sostenute da evidenze scientifiche, spesso innovative rispetto ai comportamenti tradizionali;
4. la **necessità di lavorare in team per rispondere alla domanda di salute**;
5. **l’evoluzione delle relazioni con le persone e la comunità**, che assumono progressivamente un maggior protagonismo;
6. la **disponibilità di più dati e di un maggiore numero di contatti**, anche grazie alle nuove tecnologie, che tuttavia non necessariamente genera più informazioni e migliore conoscenza dei fenomeni e che anzi non facilita le scelte;
7. **l’elevato numero di evidenze scientifiche disponibili non immediatamente traslabili nella pratica quotidiana**;
8. la **responsabilizzazione rispetto al valore economico nelle scelte clinico assistenziali**;
9. il dover **“rivoluzionare”** il proprio modo di operare tecnico (secondo l’evoluzione scientifica e tecnologica) e il proprio modo di operare dentro le organizzazioni, che sempre più si articolano in reti attraverso diverse procedure.

2. IL MEDICO E LE POLITICHE PER LE RISORSE UMANE IN SANITÀ

2.1 La politica per le risorse umane in sanità

Declinare una politica per le risorse umane nei sistemi sanitari richiede la presenza di scenari condivisi di medio e lungo termine, evitando azioni episodiche che potrebbero generare instabilità e non sarebbero in grado di influenzare significativamente lo scenario.

Prospettive e azioni che includano le fasi del ciclo lavorativo dei professionisti sono di seguito elencate.

1. Pianificazione del fabbisogno.
2. Preparazione e inserimento (comprendenti reclutamento e formazione).
3. Mantenimento e miglioramento continuo (ad esempio motivazione, supporto, autovalutazione, soddisfazione, formazione continua, salute e sicurezza).
4. Valutazione delle *performance* (ad esempio disponibilità, competenza, produttività, ecc.).
5. Gestione degli attriti e dell’uscita (ad esempio migrazione, evoluzione di carriera, pensionamento).

Nei sistemi sanitari le politiche delle risorse umane sono determinate da alcuni elementi, quali:

1. le politiche europee, nazionali e regionali;
2. l’evoluzione demografica dei professionisti e degli operatori (tendenze di genere e lunghezza della vita lavorativa);
3. il cambiamento demografico della popolazione e il conseguente impatto in termini di fabbisogno di salute;
4. l’evoluzione delle aspettative della popolazione, che richiedono *standard* qualitativi più elevati;
5. i sistemi regolatori rispetto al reclutamento, la gestione dello sviluppo della carriera e l’uscita dei professionisti;
6. i modelli organizzativi adottati, che influenzano qualità e quantità delle risorse professionali necessarie;

7. la cultura interna alle organizzazioni, che influisce sulle modalità operative, l'attrattività e la capacità di fidelizzazione dei professionisti;
8. la dinamica delle risorse umane in altri settori, che può rendere più o meno attrattivo lo sbocco nei sistemi sanitari.

Particolari importanti sono le evoluzioni demografiche del sistema sanitario, che riguardano la sempre maggiore presenza delle donne medico, che sono oggi in media più del 40% del numero totale di professionisti e più del 60% dei medici con meno di 30 anni di età. Questo dato, ormai stabile, dovrà necessariamente prevedere nella politica per le risorse umane in sanità delle azioni rivolte a favorire una maggiore conciliabilità tra i tempi di lavoro e di carriera con i tempi della cura parentale (figli, genitori, familiari diversamente abili). Ciò potrà essere attuato sia attraverso flessibilità adeguate dell'orario di lavoro e accesso al *part-time*, che mediante la previsione di asili nido aziendali, oggi assenti nella maggioranza delle strutture ospedaliere italiane.

A questi particolari vanno aggiunti alcuni tratti caratteristici della realtà italiana, tra i quali le rigidità normative in materia di mobilità, modifica e trasformazione dei ruoli, e le difficoltà nel programmare le attività dei professionisti sanitari nelle diverse articolazioni del sistema.

2.2 Il fabbisogno di medici nei sistemi sanitari europei

Vari studi evidenziano l'esistenza di una criticità nelle proiezioni sul fabbisogno e sulla disponibilità di medici nell'Unione Europea, mostrando in particolare diversi scenari caratterizzati da [20, 21]:

1. carenza di medici in alcuni settori disciplinari;
2. disomogenea distribuzione per territorio a favore dei contesti urbani, per settore a favore degli ospedali;
3. mobilità dei medici tra i paesi membri dell'Unione Europea a favore di quelli con sistemi più avanzati e meglio retribuiti.

Gli stessi dati segnalano come la vita lavorativa si stia allungando e come questo impatti in modo particolare sulla figura del medico.

Nella realtà italiana negli ultimi 50 anni le varie dinamiche di formazione e reclutamento dei medici, in assenza di una programmazione organica, hanno creato coorti non omogenee di professionisti, particolarmente numerose in alcune fasce di età. [22].

3. UN MEDICO LEADER IN UNA SANITÀ COMPLESSA

Il medico è chiamato a sfide future in un sistema di collaborazione con altre figure professionali, maturando caratteristiche diverse in particolare per fronteggiare le innovazioni tecnologiche che connoteranno il futuro assetto della medicina. Dovrà ricoprire il ruolo di garante e artefice della salute, gestendo la propria *leadership* in un sistema sempre più complesso e di fronte a una crescente richiesta di salute e di risultati.

3.1 Caratteristiche del professionista medico

Il medico, come persona e come professionista, ricerca continuamente un equilibrio tra le richieste e la realtà (o tra la cosiddetta "medicina dei desideri" e la "medicina dei bisogni"), cercando di armonizzare tre principali istanze:

1. la risposta professionale al bisogno di salute delle persone che gli sono affidate e che chiedono il suo aiuto, e quello della comunità in cui sono inserite;
2. la risposta alle sue motivazioni personali profonde;
3. le esigenze del servizio.

Non è facile distinguere nella realtà la componente professionale da quella personale, in quanto molto spesso esse sono strettamente connesse.

Una sintesi efficace dei molteplici aspetti inclusi nella competenza professionale di un medico è quella in cui si uniscono [24]:

1. la capacità di integrazione delle diverse conoscenze con le mutevoli condizioni della realtà;
2. le competenze tecniche specifiche delle discipline;
3. le abilità di relazione (ad esempio la gestione dei conflitti, le abilità comunicative, il lavoro di gruppo, ecc.);
4. la capacità di adattarsi al contesto organizzativo (ad esempio in funzione della tipologia di organizzazione in cui ognuno è chiamato a operare);
5. la capacità di affrontare la complessità delle situazioni (ad esempio la gestione dell'ansia, la tolleranza dell'ambiguità, l'intelligenza emotiva, la disponibilità verso i pazienti e la società, ecc.);
6. le abitudini mentali (ad esempio osservare i propri pensieri ed emozioni, riconoscere e gestire i *bias* cognitivi ed emotivi, la disponibilità a riconoscere gli errori, ecc.).

Ogni medico è chiamato a essere nel contempo anche formatore, secondo modalità, professionalità e impegno diversi a seconda dei ruoli ricoperti. Si evidenzino i seguenti importanti elementi:

- **Le *Non Technical Skills* (NOTTS);**
- **l'operare nelle organizzazioni;**
- **la *leadership*;**
- **la comunicazione.**

Un'ulteriore caratteristica richiesta al medico è l'esercizio della *leadership* [29]. Sebbene il termine "*leadership*" possa talora non essere interpretato in modo univoco, appare evidente la sua importanza tra gli elementi essenziali della professionalità del medico.

Il *leader* si caratterizza per l'abilità di indirizzare efficacemente coloro che lo seguono, offrendo una visione chiara, attraente e concreta degli obiettivi da raggiungere. La *leadership* deve essere esercitata in modo diffuso in un sistema di lavoro, in *équipe* o in *team*. Il lavoro in *team*, infatti, costituisce la dimensione ordinaria dell'agire medico e significa interagire con colleghi, con gli altri professionisti sanitari, come anche con i pazienti, i familiari e le comunità, che spesso richiedono di essere orientate e guidate verso scelte operative.

3.2 La formazione del medico

La formazione del medico, anche in relazione a quanto previsto dal Legislatore, è un processo molto lungo (oltre 10 anni), che richiede un importante investimento da parte della società per ogni professionista formato.

Il processo è dinamico: non si esaurisce con la sola formazione di base e specialistica, bensì accompagna il medico nei diversi momenti della sua vita professionale in funzione dei ruoli e degli incarichi assunti.

Una formazione efficace necessita di requisiti, che le istituzioni deputate hanno il compito di soddisfare [30].

3.3 Il medico e il *Continuous Professional Development*

La formazione deve essere finalizzata alla figura di un medico quale protagonista attivo nelle scelte, nella definizione del fabbisogno, nonché nella definizione delle stesse modalità di formazione.

L'allungamento della vita lavorativa, associato a una veloce evoluzione dei bisogni di salute, delle conoscenze tecnico-scientifiche e degli strumenti disponibili, richiede, oltre a investimenti sui nuovi professionisti, anche significative capacità di adattamento e di trasformazione per quanti già sono occupati.

I processi formativi per i medici si caratterizzano per:

1. la crescente rilevanza del *"Continuous Professional Development"* [32];
2. il ruolo attivo del singolo operatore nel disegnare il proprio percorso professionale e i bisogni formativi;
3. l'attenzione al proprio *"benessere"*;
4. la misurazione e il confronto delle *performance* tra pari.

La formazione continua dei professionisti ha un ruolo centrale nell'utilizzare al meglio le potenzialità esistenti, mirando tra l'altro a [33]:

1. allineare le qualificazioni acquisite, spesso generali, con le esigenze specifiche delle organizzazioni;
2. trovare il corretto bilanciamento tra le abilità richieste e quelle disponibili da parte del professionista, così da evitare, o quantomeno ridurre, i fenomeni di:
 - a. *"Over-skilling"* (il professionista è qualificato più di quanto richiesto da quella specifica posizione);
 - b. *"Under-skilling"* (il professionista necessita di ulteriore formazione per poter garantire quanto richiesto dalla posizione);
3. evitare il verificarsi di *"vuoti"* in alcuni settori per carenza di investimenti specifici nella formazione o per scarsa attrattività degli stessi;
4. mantenere e sviluppare le professionalità esistenti in linea con l'evoluzione scientifico-tecnologica.

Infatti, esiste consenso sul fatto che vengano erogati servizi migliori da coloro che mantengono le competenze attraverso un apprendimento continuo sistematicamente valutato.

4. VALUTAZIONE DEI PROFILI E DELLE PECULIARITÀ DEL MEDICO IN ITALIA

Nell'avviare un processo di riflessione sulla figura del medico è doveroso tenere presente che non esistono risposte semplici a problemi complessi, e che il tempo necessario per valutare l'impatto delle azioni intraprese in questo settore è medio-lungo (maggiore di 3-5 anni).

Inoltre, per orientare i sistemi complessi come la sanità, è importante individuare e diffondere alcune regole che fungano da motore e collante nel sistema.

4.1 Elementi di un profilo

Il medico in Italia nei prossimi anni dovrà essere:

1. *proattivo nell'affrontare l'innovazione, partendo dalle proprie radici.*
2. *detentore di competenze professionali che continuamente sviluppa e mantiene aggiornate;*
3. *detentore di un metodo scientifico e attento alla produzione di nuove conoscenze;*
4. *capace di ascoltare e comunicare con la persona nel bisogno;*
5. *capace di tenere conto della dialettica tra risposta alla singola persona e quella alla comunità;*
6. *attento alla dimensione etica quotidiana della professione, partendo dall'adesione alle pratiche raccomandate e sostenute da evidenze scientifiche;*

7. *capace di esercitare una leadership professionale rispetto a colleghi, professionisti, pazienti e persone assistite;*
8. *cosciente del proprio ruolo sociale e politico: il fatto di poter intervenire sulla salute e sulla vita conferisce un "potere" di advocacy;*
9. *cosciente di essere un attore economico: determina e gestisce risorse economiche ingenti;*
10. *attento a perseguire il miglioramento continuo proprio e dell'organizzazione in cui è inserito, oltretutto a dimostrarlo;*

4.2 Possibili aree di intervento

Le aree di intervento e le possibili azioni rispetto all'evoluzione della figura del medico in Italia sono molteplici. Di seguito vengono presentate alcune proposte collegate alle riflessioni sino a qui sviluppate.

Rispetto alla fase del reclutamento, si possono considerare almeno due livelli di azione:

1. uno centrato sul rendere attrattiva la figura del medico valorizzandone gli aspetti vocazionali e la possibilità di realizzazione personale esercitando la professione;
2. l'altro centrato sull'identificazione degli investimenti strategici dell'Italia rispetto alla formazione di base e specialistica per i medici in Italia (ad esempio formare o acquisire professionisti già formati, ecc.).

Rispetto al percorso professionale, le azioni possono riguardare:

1. l'introduzione di una maggiore flessibilità nei diversi momenti o stadi del percorso professionale (facilitazione di riconversione di carriera);
2. la valorizzazione dell'allungamento della vita professionale come, ad esempio, promuovendo il "Mentoring" (recuperare le preziose esperienze di colleghi più anziani a supporto dei più giovani), delle differenze di genere e del coinvolgimento nell'alfabetizzazione sanitaria dei cittadini;
3. l'individuazione e la sperimentazione di nuovi modelli per valorizzare le differenze di genere, che potrebbero ad esempio contare sulla particolare attitudine al lavoro di gruppo del genere femminile, come sulla competenza e la qualità comunicativa e relazionale del rapporto con il paziente delle donne medico [33 bis].

Nell'ambito della competenza professionale del medico, le azioni potrebbero includere:

1. l'adozione di nuovi approcci legati all'evoluzione della domanda di salute (ad esempio la polipatologia, l'evoluzione delle patologie prevalenti, la personalizzazione degli approcci e delle terapie, la sicurezza delle cure, ecc.);
2. l'investimento su aspetti quali l'etica professionale, i NOTTS, la *leadership*, l'operare nelle organizzazioni, la comunicazione;
3. l'utilizzo critico degli strumenti dell'*Information and Communication Technology* nella consapevolezza di come questi contribuiscano a definire la professionalità e il modo di essere del medico;
4. l'attenzione alla relazione con la persona nelle sue molteplici dimensioni (capacità di proporre solo quanto necessario e sicuro per il paziente, saper ascoltare e condividere, rispettare la sofferenza fino eventualmente al riconoscimento della dimensione spirituale);
5. la relazione costante con la propria comunità di riferimento.

Le **azioni per la formazione del medico** possono includere, oltre alle tematiche già citate in precedenza:

1. lo studio e l'adozione delle migliori modalità di apprendimento e di *training* con particolare attenzione alla *Continuous Professional Development (CPD)*;

2. saper operare nel “percorso paziente” superando i silos dei singoli episodi di cura e sapendo leggere e sintetizzare le diverse e molteplici informazioni;
3. saper apprendere nella prospettiva del *Continuous Professional Development* (CPD), progettando un proprio percorso formativo strategico;
4. saper gestire il profilo di carriera nell’arco di 40-50 anni, includendo anche la qualità della propria vita (ad esempio i tempi personali, la maternità, ecc.).

Le possibili azioni richiedono anche di intervenire **ripensando le organizzazioni sanitarie e le loro articolazioni**, provando a ipotizzare di:

1. rendere attrattive per i professionisti le cosiddette “periferie”, facendo in modo che vi sia un equo accesso ai servizi per tutti le persone;
2. sviluppare modelli che facilitino le relazioni e l’integrazione tra sistemi e professionisti, favorendo una lettura complessiva dei fenomeni;
3. porre una maggiore attenzione all’utilizzo degli strumenti ICT e la richiesta di un’adeguata accessibilità ai sistemi per garantire adeguati *standard* qualitativi e di equità;
4. valutare una ridefinizione delle aree di responsabilità e di interfaccia tra i professionisti della salute;
5. studiare modelli che favoriscano una maggiore permeabilità tra le diverse articolazioni delle organizzazioni sanitarie;
6. rendere la sicurezza per pazienti e operatori una garanzia di sistema;
7. promuovere l’adozione sistematica di strumenti quali il profilo di ruolo (*Job Description*) per favorire lo sviluppo professionale e migliorare la qualità e la sicurezza delle cure;
8. favorire lo sviluppo di sistemi di confronto su *performance* ed esiti in una dimensione sia nazionale che internazionale, per favorire l’ “*accountability*” delle organizzazioni e dei professionisti (la sistematica applicazione di programmi di verifica e revisione dei processi e degli esiti);
9. favorire un ruolo attivo dei pazienti nei percorsi di cura e di assistenza.

CONCLUSIONI

Il percorso per orientare e accompagnare l’evoluzione della figura del medico in Italia richiede una prospettiva temporale di medio-lunga durata, un’azione continua caratterizzata da flessibilità e creatività nel cogliere e sviluppare di volta in volta innovazioni e opportunità, una verifica periodica dello stato dell’arte che diventi poi *feed back* e punto di ripartenza per tutti i protagonisti coinvolti.

Alla luce dei dati disponibili, gli ambiti nei quali è necessario investire possono essere individuati nella:

1. rivisitazione e consolidamento degli elementi che caratterizzano la professionalità del medico, da quelli più tecnici a quelli legati alla capacità di lettura e di intervento nel contesto;
2. promozione e supporto delle attività di formazione continua negli ambiti clinico assistenziali di interesse;
3. promozione e supporto della formazione in settori strategici per il miglior esercizio della professione, in particolare:
 - a. nei NOTTS, con particolare enfasi in merito al tema della capacità di lavorare in gruppi (multispecialistici e multiprofessionali), da cui non può essere estranea una specifica formazione etico-deontologica;
 - b. nella capacità di comunicare professionalmente in modo efficace con i colleghi, con i pazienti (anche tenendo conto del loro ruolo sempre più attivo, nonché della loro alfabetizzazione sanitaria), con le altre professioni sanitarie e con la società;

- c. nella capacità di leggere e inserire il singolo evento clinico nel contesto più ampio della storia del paziente e del sistema sociale in cui è inserito;
- d. nella capacità di gestire il proprio sviluppo professionale e lo stress che può accompagnarne alcune fasi;
- e. nell'esercizio della *leadership* professionale, modulata in funzione dei livelli di azione cui il professionista è chiamato;
- f. nella conoscenza e comprensione dei meccanismi che regolano la dinamica dei sistemi complessi, che influenzano l'agire quotidiano nei più diversi livelli;
- g. nella *governance* in sanità;
- h. nella capacità di contribuire a determinare e a governare i cambiamenti delle organizzazioni.

Inoltre, l'accompagnamento e l'orientamento dell'evoluzione della figura del medico in Italia trae giovamento da un dibattito generale che coinvolga tutti i professionisti interessati, il mondo accademico e l'intera società, tenendo conto delle attese e delle esigenze dei soggetti con i quali il medico si relaziona.