

2011

Marsilio ■ Centro Diritti Umani Università di Padova

1.
pace diritti
peace human rights
umani

Pace diritti umani/Peace human rights

Rivista quadrimestrale
del Centro interdipartimentale di ricerca
e servizi sui diritti della persona e dei popoli
dell'Università di Padova



con il contributo di
Regione del Veneto



*Comitato tecnico-scientifico del Centro interdipartimentale
di ricerca e servizi sui diritti della persona e dei popoli*

Achille Agnati
Paolo Benciolini
Liliana Billanovich
Pierpaolo Faggi
Alessandro Martin
Marco Mascia
Nino Olivetti Rason
Arrigo Opocher
Bruno Paccagnella
Vincenzo Pace
Antonio Papisca
Elena Pariotti
Alessandro Pascolini
Aldo Rossi
Raffaella Semeraro
Franco Todescan

Segretaria di redazione
Cinzia Clemente

Redazione

Centro interdipartimentale di ricerca e servizi sui diritti
della persona e dei popoli dell'Università di Padova
via Martiri della Libertà, 2
35137 Padova
tel. 049.8271817; fax 049.8271816
redazione@centrodirittiumani.unipd.it
www.centrodirittiumani.unipd.it
A questo indirizzo vanno inviati manoscritti, libri per
recensioni e altre comunicazioni di carattere redazionale.

© 2011 by Marsilio Editori® s.p.a. in Venezia
Prima edizione: luglio 2011
ISBN 978-88-317-0913
www.marsilioeditori.it

Tariffe

un fascicolo € 28,00
abbonamento annuo:
per l'Italia, € 70,00
per l'estero, € 120,00

A chi rivolgersi

Per abbonarsi e per acquisire i singoli fascicoli rivolgersi a
Marsilio Editori
Marittima - Fabbricato 205
30135 Venezia
tel. 041.2406529; fax 041.5238352
n.dallari@marsilioeditori.it
www.marsilioeditori.it

Modalità di pagamento

Gli abbonamenti possono essere sottoscritti tramite
- versamento sul conto corrente postale n. 222307
- pagamento con carta di credito (American Express/
VisaEurocard/Mastercard/CartaSi)

Decorrenza dell'abbonamento

Gli abbonamenti decorrono dal gennaio di ciascun anno.
Chi si abbona durante l'anno riceve i numeri arretrati.

Rinnovi

Gli abbonamenti non disdetti entro il 31 dicembre
si intendono rinnovati per l'anno successivo.

Direttore responsabile: Antonio Papisca

Autorizzazione del Tribunale di Padova
n. 1665 dell'11 ottobre 1999

Cura redazionale e impaginazione
in.pagina s.r.l. - Mestre-Venezia

Pace diritti umani/Peace human rights

Rivista quadrimestrale

Nuova serie, anno VIII, numero 1, gennaio-aprile 2011

Sommario

- 7 «Libertà religiosa, via per la pace». Commento al Messaggio di Benedetto XVI per la celebrazione della XLIV Giornata Mondiale della Pace, 1° gennaio 2011
Antonio Papisca
- 21 The Future for European Society: Subsidiarity, Federalism, New Humanism
Dario Velo
- 31 L'intensa primavera nucleare di Barack Obama
Alessandro Pascolini
- 85 Transition to Where? The Long Journey of Algeria
Gianluca Siega Battel
- 101 L'insegnamento della Chiesa ortodossa russa su dignità, libertà, diritti umani
Kristina Stoeckl
- 121 Le professioni sanitarie nel XXI secolo: il Rapporto Frenk sulla Medicina di Comunità in Italia
Bruno Paccagnella
- 139 *Governance* globale e riforma delle Nazioni Unite. Riflessioni sull'enciclica *Caritas in Veritate* di Benedetto XVI
Antonio Papisca

DOCUMENTAZIONE

- 153 Messaggio del Santo Padre Benedetto XVI per la celebrazione della XLIV Giornata Mondiale della Pace, 1° gennaio 2011 «Libertà religiosa, via per la pace»
- 165 Dichiarazione delle Nazioni Unite sull'educazione e la formazione ai diritti umani. Adottata il 23 marzo 2011 dal Consiglio diritti umani, con Risoluzione 16/1

- 171 La dimensione religiosa del dialogo interculturale.
Raccomandazione 1962 (2011) dell'Assemblea Parlamentare
del Consiglio d'Europa
- 175 Abstracts

Le professioni sanitarie nel XXI secolo: il Rapporto Frenk sulla Medicina di Comunità in Italia

Bruno Paccagnella*

1. Premessa

Nel 1910 fu pubblicato il famoso «Rapporto Flexner» (RF) dedicato alla «Medical Education in the US and Canada» con il quale l'autore propose la standardizzazione dei criteri di qualità delle Scuole di Medicina che esistevano nei due Paesi del Nord America. Successivamente, quei criteri da standardizzare furono applicati gradualmente anche negli altri Paesi del mondo, compresa l'Europa.

Sulla base di quel Rapporto furono standardizzati, per esempio, i criteri di ammissione degli studenti alle Scuole di Medicina, i curricula nazionali di studio e il loro riconoscimento ufficiale, la durata degli studi, i rapporti con i professori e la loro assunzione a tempo pieno, la qualità dei laboratori, le relazioni con gli ospedali di insegnamento ecc. Furono sostenuti l'importanza e lo studio delle scienze di base (chimica, fisica, biologia, fisiologia) per la formazione dei medici, fu decisa rapidamente la chiusura delle scuole mediche private e l'assorbimento di tutte le scuole nelle Università, l'accreditamento dei titoli di studio e vari altri aspetti che hanno caratterizzato le Scuole di Medicina come noi oggi le conosciamo.

L'applicazione pratica delle proposte di Abraham Flexner avvenne abbastanza rapidamente nonostante l'entità dei cambiamenti che rivoluzionarono in pieno la situazione delle circa 500 scuole mediche esistenti allora nel Nord America, le quali si erano sviluppate al di fuori di ogni controllo.

La Fondazione Carnegie e la Fondazione Rockefeller diedero notevoli contributi promozionali allo sviluppo delle istituzioni sanitarie secondo i criteri di Flexner, non soltanto nel Nord America, ma negli anni successivi anche in Europa e in vari altri Paesi del mondo, anche in Italia. Moltissime Scuole di Medicina nel Nord America, che non corrispondevano ai nuovi criteri

* Già professore ordinario di
Medicina di Comunità, Università di
Padova.

di qualità suggeriti nel Rapporto Flexner furono chiuse. Gran parte delle proposte suggerite dal Rapporto Flexner furono adottate anche in Europa, dove le Scuole di Medicina avevano una ben più lunga tradizione rispetto a quelle americane. In particolare, tra i vari punti importanti da ricordare sta l'integrazione delle scienze moderne di base (chimica, fisica, biologia, fisiologia) nei curricula delle scuole universitarie di medicina e questo miglioramento delle conoscenze arricchì da allora i professionisti della sanità di nuove conoscenze che contribuirono «a far prolungare la vita media delle popolazioni durante il XX secolo insieme al miglioramento degli standard di vita».

L'impostazione formativa dei professionisti sanitari è rimasta quasi stabile nel corso del XX secolo o comunque non ha subito adeguati «adattamenti» rispetto ai grandi cambiamenti avvenuti, sociali, economici, sanitari e culturali. Per ciò fu avvertita la necessità di riconsiderare la formazione dei professionisti sanitari all'inizio del XXI secolo – ricordando i cento anni dalla pubblicazione del Rapporto Flexner – e fu organizzata¹ una rete mondiale di 130 istituzioni e di esperti nel campo della formazione del personale sanitario nei vari continenti per poter sviluppare un programma di consultazione a distanza mediante Internet, con il metodo Delphi, fino a un incontro finale di tre giornate per la sintesi a conclusione dello studio.

Nel gennaio del 2010 fu costituita una commissione – che chiameremo «Commissione Frenk» (dal nome del primo componente: prof. Julio Frenk, direttore della Harvard School of Public Health, Boston, USA), formata da venti leaders di scuole mediche universitarie di diversi Paesi (USA, Pakistan, Inghilterra, Bangladesh, Perú, Cina, Sudafrica, Canada, India, Uganda, Libano), che guidò il programma di lavoro con la rete anzidetta dei 130 esperti e pubblicò alla fine il suo rapporto con il titolo *Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World* («Professionisti sanitari per un nuovo secolo: trasformazione dell'educazione per rafforzare i sistemi sanitari in un mondo interdipendente»)².

Lo scopo dichiarato di questo grande lavoro – che io mi limiterò a sintetizzare soltanto per alcuni punti in questa nota – fu «to develop a fresh vision with practical recommendations of specific actions that might catalyse step towards the transformation of health professional education in all countries, both rich and

¹ Con i contributi della Fondazione Bill e Melinda Gates, della Fondazione Rockefeller e del China Medical Board.

² «The Lancet», vol. 376, n. 9756, 29 November 2010, pp. 1923-1958.

poor. The work of the Commission is intended to mark the centennial of the 1910 Flexner Report, which has powerfully shaped medical education throughout the world», cioè fu «di sviluppare una visione nuova con raccomandazioni pratiche di azioni specifiche che possano accelerare i passi per la trasformazione dell'educazione professionale dei sanitari in tutti i Paesi del mondo, sia ricchi che poveri».

Con questo lavoro la Commissione Frenk ha voluto contrassegnare il centenario dal Rapporto Flexner del 1910, che ha potentemente modellato l'educazione³ dei medici nel XX secolo.

2. Introduzione

Durante il secolo scorso – dal 1910 al 2010 – il panorama sanitario nel mondo è molto cambiato per l'invecchiamento delle popolazioni, per la transizione epidemiologica avvenuta dalle malattie acute verso le malattie cronico-degenerative, per le nuove infezioni e i nuovi rischi ambientali e comportamentali, per le importanti evoluzioni avvenute nella concezione della salute⁴ e nelle concezioni sociali, per lo sviluppo delle tecnologie e l'impatto dell'industrializzazione, per i cambiamenti introdotti nei sistemi di servizi sanitari e così via, mentre, in generale, la formazione dei medici non si è avvalsa delle opportunità fornite dall'interdipendenza globale crescente tra i Paesi dovuta all'accelerazione dei flussi di conoscenze, di tecnologie, di finanziamenti e delle migrazioni di studenti, di professionisti e di pazienti.

Quindi la Commissione Frenk, che ha svolto il programma di studio, si è proposta di adottare una visione globale dei problemi e di identificare una strategia comune per la formazione dei professionisti in *Medicina*, in *Assistenza Infermieristica* e in *Sanità Pubblica* al di sopra dei confini delle singole nazioni e al di là dei bagagli culturali delle singole professioni sanitarie attualmente esistenti, adottando cioè una visione globalizzata, una prospettiva multiprofessionale, un approccio sistemico molto ampio e tenendo logicamente conto delle connessioni che esistono in questo campo tra l'educazione dei professionisti, i sistemi di servizi sanitari esistenti nei vari Paesi e i mercati del lavoro.

Secondo il Rapporto Frenk, cui mi riferisco in questa breve

³ Alle parole «educazione» e «formazione» verrà attribuito in questa nota lo stesso significato.

⁴ B. Paccagnella, *L'evoluzione del concetto di salute*, in «Pace diritti umani/Peace human rights», n. 3, 2005, pp. 21-36.

nota sintetica, esistono attualmente nel mondo 2.420 scuole mediche, 467 dipartimenti o scuole di Sanità Pubblica e un numero indeterminato di istituzioni educative, pubbliche e private, per l'insegnamento dell'Assistenza Infermieristica. Nell'insieme, tutte queste scuole preparano ogni anno circa un milione di nuovi medici, infermieri, ostetriche e operatori di Sanità Pubblica, che appaiono male distribuiti tra i Paesi ed entro i Paesi se si considera, per esempio, che solo 4 Paesi (Cina, India, Brasile e USA) hanno ciascuno più di 150 scuole mediche, mentre esistono 36 altri Paesi che non ne hanno nemmeno una. Ne è scaturita così la prima mappatura delle istituzioni esistenti al mondo per la preparazione del personale sanitario – medici, infermieri e operatori di Sanità Pubblica – con un'ampia e approfondita analisi delle evoluzioni sinora avvenute o in corso sia per quanto riguarda i concetti, le metodologie didattiche, le istituzioni e le organizzazioni educative nei vari Paesi e sia delle interazioni tra queste e i sistemi sanitari e i mercati del lavoro.

3. Le riforme per il nuovo secolo

Nel secolo trascorso, secondo il Rapporto Frenk, si sono susseguite tre generazioni di riforme educative per la formazione del personale sanitario, in particolare dei medici:

- la prima, all'inizio del secolo scorso, quando i percorsi formativi furono basati sulla scienza;
- la seconda, intorno alla metà del secolo, quando furono introdotte innovazioni pedagogiche orientate su problemi e su discipline;
- una terza riforma, che ora appare necessaria, orientata sui sistemi di servizi sanitari per migliorarne i rendimenti.

Le competenze dei professionisti dovrebbero essere adattate agli specifici contesti e alle conoscenze globali mediante una serie di adeguate riforme, sia dell'istruzione che delle istituzioni per l'educazione, onde consentire un *apprendimento trasformativo* e una *interdipendenza* nella formazione.

Secondo il Rapporto Frenk:

- l'*apprendimento informativo* si propone di produrre esperti;
- l'*apprendimento formativo* si propone di socializzare gli studenti intorno a valori con lo scopo di produrre professionisti, mentre;

– l'*apprendimento trasformativo*, che ora viene auspicato, si propone di sviluppare gli attributi della leadership allo scopo di produrre professionisti in grado di agire come «agenti di cambiamento».

L'ultimo criterio, cioè l'apprendimento trasformativo, comporta tre fondamentali cambiamenti di processo: dalla memorizzazione di fatti alla ricerca, analisi e sintesi dell'informazione e, infine, alla decisione per la scelta.

L'*interdipendenza* è un elemento chiave nell'approccio sistemico perché delinea e sottolinea le vie lungo le quali le varie «componenti dei sistemi sanitari» interagiscono fra di loro. Per quanto concerne l'educazione dei professionisti, l'interdipendenza comporta fondamentali cambiamenti: dall'educazione «isolata» verso quella armonizzata e, per quanto concerne i sistemi dei servizi sanitari, le istituzioni operative dovrebbero evolvere verso reti, alleanze e consorzi di istituzioni non introverse su se stesse ma proiettate verso il consolidamento dei flussi globali, sia per i contenuti educativi o formativi che per le risorse e le innovazioni.

L'apprendimento trasformativo potrà risultare da riforme che riguardano il settore dell'istruzione, mentre l'interdipendenza nell'educazione potrà risultare da riforme istituzionali. Quindi le riforme necessarie per promuovere nel nostro nuovo secolo un'educazione professionale trasformativa inevitabilmente incontreranno molte barriere e molte resistenze, ma il risultato sarà un sistema di servizi sanitari più giusti e con migliori rendimenti rispetto a quelli attuali con i conseguenti benefici per i pazienti e per le popolazioni del nostro mondo, che è ormai interdipendente.

La gestione dei pazienti richiede già oggi un'assistenza coordinata sia nel tempo che nello spazio, la quale abbisogna di un lavoro di gruppo che non ha precedenti.

Ma i professionisti sanitari finora non hanno evidentemente acquisito le competenze appropriate per un effettivo lavoro di gruppo e non sanno come esercitare la loro leadership effettiva per modificare, quando è necessario, i sistemi di servizi sanitari. «Sul rinascimento di un nuovo professionismo (o professionalismo) centrato sul paziente e basato sul lavoro di gruppo è stato molto discusso, ma è mancata finora la leadership, sono mancati gli incentivi e la capacità di realizzare quanto auspicato per la mancanza di una strategia generale rivolta a costruire un'ampia comunità professionale sanitaria, che sappia lavorare insieme

per soddisfare i bisogni sanitari degli individui e delle popolazioni».

4. Nuove opportunità

Accanto a una rapida spinta verso il cambiamento della sanità per adeguarla ai nuovi bisogni e alle nuove realtà è necessario porre una parallela rivoluzione dell'educazione dei professionisti. «L'esplosivo aumento delle informazioni, non soltanto in quantità ma anche in facilità di accesso, significa che il ruolo delle Università e delle altre Istituzioni per l'istruzione deve essere ripensato».

«Le prossime generazioni di studenti devono avere la capacità di gestire grandi quantità di informazioni e di estrarre, sintetizzando, ciò che è necessario per prendere decisioni basate sulla clinica e sulla popolazione».

«Noi ora comprendiamo che la buona salute non è soltanto un risultato, ma anche una condizione per lo sviluppo, per la sicurezza e per i diritti».

La Commissione Frenk ritiene dunque fondamentale, nel suo Rapporto, il ruolo delle istituzioni universitarie per la trasformazione dei sistemi sanitari dato che esse producono i professionisti che possono poi realizzare i cambiamenti nelle organizzazioni in cui essi lavoreranno dopo la fine dei loro studi. Nell'approccio sistemico è dominante l'interdipendenza tra settori sanitari e settori scolastici, ma l'interdipendenza deve essere equilibrata se si vuole che vi sia efficienza ed equità.

Detto questo sui legami tra sfera sanitaria e sfera educativa, la Commissione Frenk identifica tre dimensioni chiave dell'educazione, quella sul *piano istituzionale* (che specifica le strutture e le funzioni del sistema educativo), quella sul *piano educativo* (che si focalizza sui processi) e quella sul *piano dei risultati*, tutti aspetti che si ritrovano anche nel Rapporto Flexner di cento anni fa, ma con la differenza che oggi la Commissione non considera le istituzioni come organismi singoli a se stanti, ma come reti interrelate di organizzazioni che esplicano le quattro diverse funzioni di un sistema educativo:

- l'amministrazione e la *governance*;
- il finanziamento, ripartendo le risorse che provengono da fonti pubbliche e private;

- la generazione di altre risorse per lo sviluppo delle facoltà;
- l'erogazione dei servizi.

Nell'ambito del sistema le singole organizzazioni varieranno secondo la loro proprietà (pubblica, privata non di profitto o privata di profitto), secondo la loro affiliazione (libera, o parte di un complesso scientifico o parte di Università), secondo la struttura interna (dipartimento o altro) e così via.

Configurazioni diverse del progetto porteranno a differenti risultati formativi ed è quindi importante che gli obiettivi siano esplicitamente dichiarati sin dall'inizio. La Commissione ha indicato due obiettivi per il sistema di formazione dei professionisti sanitari: l'apprendimento trasformativo e l'interdipendenza, che dovrà risultare, quest'ultima, da riforme istituzionali.

La letteratura scientifica di riferimento a questo proposito è piuttosto abbondante per quanto riguarda l'educazione medica, ma non è altrettanto abbondante per quanto riguarda la formazione infermieristica⁵.

Nel XX secolo, secondo la Commissione Frenk, si sono susseguite tre generazioni di cambiamenti:

- il primo con la formulazione dei curricula basati sulle scienze, come si è detto;
- il secondo, alla metà del secolo, con le innovazioni basate su problemi e discipline;
- il terzo basato sui sistemi sanitari.

In alcuni Paesi del mondo la maggior parte delle scuole mediche è tuttora confinata all'interno della prima generazione con curricula e metodi di insegnamento tradizionali, «stagnanti» e con l'incapacità o anche la resistenza al cambiamento. Altri Paesi hanno invece incorporato delle riforme nella seconda metà del secolo scorso, ma ora pochissimi stanno muovendosi verso la terza generazione di cambiamenti, mentre nessun Paese ha tutte le scuole impostate secondo la terza generazione di cambiamenti. A questo punto il Rapporto Frenk riserva un ampio spazio alla storia dell'educazione dei professionisti sanitari nei vari Paesi considerati.

5. Le Scuole di Medicina

La Commissione Frenk ha stimato che le 2.420 Scuole di Medicina esistenti al mondo preparano attualmente circa

⁵ Alla fine del Rapporto Frenk c'è un'abbondante bibliografia con 138 riferimenti bibliografici.

389.000 medici all'anno per una popolazione del pianeta di sette miliardi di abitanti. Inoltre ha stimato che esistono 467 scuole o dipartimenti di Sanità Pubblica (pari al 20% circa delle Scuole di Medicina) le quali hanno una notevole variabilità sia di denominazione che di distribuzione e rilasciano diversi tipi di diplomi quali, per esempio, in Medicina di Comunità, Medicina Preventiva, Sanità Pubblica. Inoltre, ogni anno vengono diplomati circa 541.000 infermieri, vale a dire circa il doppio rispetto ai laureati in Medicina.

Il maggior numero di Scuole di Medicina si trova nei Paesi dell'Europa occidentale, Nord Africa, Medio Oriente, America Latina e Carabi, mentre il minor numero sta nell'Africa subsahariana e in parti del sud-est asiatico; ma bisogna considerare che in India, Cina, Brasile e USA esistono più di 150 Scuole di Medicina per singolo Paese, quindi il 35% sul totale mondiale. Le informazioni generali sui costi della formazione professionale sono risultate molto scarse. Comunque, la stima fatta dalla Commissione è di 122.000 dollari in media per laureato in Medicina e di 50.000 dollari per diplomato in Assistenza Infermieristica.

Una curiosa constatazione, riportata nel Rapporto Frenk, è che l'investimento americano nella formazione dei professionisti sanitari è relativamente basso se esso viene confrontato con la spesa di 34 miliardi di dollari investiti per la formazione di operatori nelle tecniche yoga, dei massaggi, della meditazione, e di 23 miliardi di dollari per la formazione in dietetica e prescrizione di supplementi vitaminici.

L'accREDITAMENTO delle scuole, come è noto, legittima le istituzioni a diplomare, ma esiste una notevole variabilità di criteri per l'accREDITAMENTO delle istituzioni. Perciò si è formato negli ultimi anni un vasto movimento a favore di processi unitari di integrazione dell'accREDITAMENTO. Per esempio:

– THENet, sorta nel 2008, è una rete di Scuole di Medicina che collaborano tra di loro e si propongono di aumentare la preparazione di professionisti per le popolazioni disagiate del Canada, Venezuela e Filippine.

– TUFH (*Towards Units for Health*) è una rete analoga con caratteristiche simili in Brasile, Repubblica Ceca e Grecia.

Alcune osservazioni sono riservate dalla Commissione ai sistemi accademici imperniati sulle Università, che risultano carenti, in particolare, nella formazione per l'Assistenza Sanitaria Primaria

(*Primary Health Care*) e ciò per gli scarsi o nulli contatti che esse hanno con le comunità locali, che rappresentano invece uno dei due pilastri fondamentali per l'educazione dei professionisti sanitari.

Nel corso della ricerca, la Commissione Frenk informa che ha potuto raccogliere in totale 11.054 articoli di bibliografia sull'educazione dei professionisti, dei quali il 73% riguarda i medici, il 25% gli infermieri e il 2% gli operatori di Sanità Pubblica. Nel complesso, il 53% delle pubblicazioni è comparso nel Nord America, il 26% in Europa e il 21% negli altri Paesi. 183 voci bibliografiche sono allegate al rapporto, al quale si rimanda.

6. Un professionalismo responsabile

Dalla vasta indagine in campo internazionale è risultato che la competenza⁶ viene acquisita dai professionisti sanitari mediante l'apprendimento di nozioni sulla base di percorsi che per lo più cambiano poco negli anni, e attraverso l'apprendimento pratico mediante lavori in gruppo, mentre l'educazione inter-professionale, apparentemente semplice da dire, resta difficile da realizzare per tanti motivi, quali: il grande numero di studenti, il basso rapporto tra numero di insegnanti e di studenti, gli scarsi mezzi a disposizione e così via, che inducono i docenti a usare il metodo didattico della lezione in aula (la lettura), mentre la specializzazione e l'accreditamento rigido successivo dei professionisti riducono le opportunità della cooperazione inter-professionale a scopo formativo. Anche l'educazione interprofessionale, che comporta un'integrazione prima e dopo il diploma come pratica continua, non è facile da realizzare specialmente quando il lavoro di gruppo transprofessionale coinvolge operatori ausiliari non professionisti.

I buoni programmi di formazione dovrebbero utilizzare tutti i canali per l'apprendimento, quali ad esempio: le lezioni didattiche, l'apprendimento in piccoli gruppi di studenti, l'apprendimento in gruppi di lavoro, il precoce contatto con i pazienti e con la popolazione, i differenti luoghi di apprendimento, le relazioni longitudinali con pazienti e comunità, l'uso di Internet che ha una notevole importanza nell'apprendimento trasformativo non tanto per i vari programmi di hard e software che può offrire, ma per i cambiamenti istituzionali che le tecnologie

⁶ Si intende come sapere, saper fare e saper essere.

comportano e anche per i cambiamenti che avvengono tra studenti e docenti e tra professionisti e popolazione, pazienti ecc.

La formazione dei professionisti sanitari nel XXI secolo dovrebbe quindi puntare molto meno sulla memorizzazione e sulla trasmissione di fatti e molto più sulla promozione della capacità di ragionamento e di comunicazione che potrà rendere capaci i professionisti di essere partners effettivi, facilitatori, consulenti e sostenitori di azioni sul campo.

La formazione professionale dovrà portare verso un *professionalismo responsabile*, non soltanto attraverso le esplicite conoscenze e la capacità di fare, ma anche mediante la promozione di una vera e propria identità professionale e l'adozione di valori, impegni e disponibilità proprie della professione, cioè saper essere.

Il «professionalismo» del XXI secolo, lungi dall'essere una forza «esclusivista», che aumenta le barriere artificiali per ostacolare l'entrata nelle professioni sanitarie, che protegge privilegi e promuove pratiche monopolistiche attraverso le credenziali, dovrebbe promuovere la qualità, sviluppare il lavoro di gruppo, sostenere una forte etica di servizio centrata intorno agli interessi dei pazienti e delle popolazioni o comunità. Ovviamente, non tutti i professionisti diplomati devono essere riformatori sociali, ma non dovrebbero essere costruite mai barriere artificiali che impediscano l'azione sociale dei professionisti sanitari. Tutti gli studenti che si preparano a entrare nelle professioni sanitarie dovrebbero in qualche modo essere messi di fronte alle scienze sociali, etiche, umanistiche e a nozioni di giustizia sociale per agire come professionisti e per partecipare ai pubblici dibattiti in quanto cittadini informati.

Un aspetto importante considerato dalla Commissione nei riguardi dell'educazione dei professionisti sanitari concerne l'*equità nei confronti della salute*. Un altro aspetto importante riguarda i *pregiudizi urbani* per evitare possibilmente la riluttanza di molti professionisti a lavorare in aree remote, rurali, tra le popolazioni sottoprivilegiate.

Un ulteriore aspetto importante riguarda la *salute e i diritti umani*. «Non esiste la probabilità di rendere operativo il diritto alla salute senza l'impegno attivo dei molti professionisti sanitari. Questo è un grandissimo problema. Per essere schietti, bisogna dire che “la maggior parte dei professionisti sanitari – riferiva un Relatore alle Nazioni Unite, – non aveva mai sentito par-

lare del diritto alla salute oppure, se ne aveva sentito parlare, non aveva alcuna idea di cosa ciò significhi, concettualmente e operativamente [...]». Se si vuole progredire verso l'operatività del diritto alla salute bisogna che molti più professionisti sanitari comincino ad apprezzare la dimensione dei diritti umani nell'ambito del loro lavoro»⁷.

Nel 1910 Flexner aveva concentrato il suo lavoro sulle condizioni delle Scuole di Medicina esistenti negli USA e Canada, ma subito dopo, nel 1912, egli cominciò a estendere la sua visione della formazione medica anche in Europa dove introdusse a cascata il cosiddetto «modello Flexner» di formazione professionale che unì le scienze di base a quelle cliniche. Ma il contesto odierno è sostanzialmente diverso rispetto a un secolo fa.

Si consideri l'estensione delle disuguaglianze in termini di reddito nazionale: i Paesi più ricchi e quelli più poveri mostrano differenze che giungono a 100 volte tra gli uni e gli altri, ma in termini di spese sanitarie per persona il gap tra i più ricchi e i più poveri è di 1000 volte più ampio. Le differenze di tali dimensioni si riflettono profondamente sui sistemi educativi e sanitari e nei riguardi della formazione professionale. L'obiettivo generale dovrebbe essere quello di adattare gli obiettivi educativi alle competenze professionali necessarie localmente, piuttosto che adottare modelli educativi che possono essere validi in determinati contesti, ma che possono non avere alcuna rilevanza in molti altri contesti.

La necessità di adattamenti locali dipende dall'interdipendenza che la salute ha nel processo di globalizzazione sia rispetto ai flussi globali che rispetto alle opportunità di mutuo apprendimento. Infatti l'interdipendenza e la globalizzazione hanno accelerato enormemente i flussi che riguardano la salute attraverso i confini delle nazioni.

7. Il mercato del lavoro globale

I leaders nel settore sanitario sono soprattutto professionisti con formazione post-secondaria, universitaria e post-laurea, che dovrebbero avere i requisiti necessari per esercitare le funzioni chiave nei sistemi sanitari, quali la capacità di programmare e di gestire. Inoltre la formazione trans-professionale dovrebbe esse-

⁷ P. Hunt, *Report on Progress and Obstacles to the Health and Human Rights Movement*, (A/HRC/4/28), Geneva, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, 2007.

re importante quanto la formazione inter-professionale, specie per quelli che operano nei Paesi africani in via di sviluppo.

Nei Paesi ricchi, dopo decenni di stabilità, il numero delle scuole mediche aumenterà; e questo perché, ad esempio, negli USA si dovrà soddisfare la crescente domanda dovuta alla cronica carenza di medici (specialmente nell'area dell'Assistenza Sanitaria Primaria) e alla cattiva distribuzione dei professionisti in grado di coprire i bisogni delle popolazioni svantaggiate. Una delle innovazioni formative da apportare sta nell'integrazione di prospettive globali nei percorsi educativi rivitalizzanti, in particolare l'induzione di sensibilità interculturali in tutti i corsi e nelle esercitazioni considerando che le popolazioni saranno sempre più diverse e composite.

Il mercato del lavoro e lo spostamento dei professionisti attraverso i confini nazionali creano delle comunità di esperti. Recentemente l'Assemblea dell'OMS ha approvato un codice di comportamento per i professionisti che migrano tra i Paesi ricchi. Un quarto circa dei medici che operano negli USA e Canada e nella gran parte dei Paesi dell'Europa occidentale sono stati educati all'estero, cioè in Paesi diversi da quelli in cui si trovano a operare e bisogna notare che le caratteristiche dell'Assistenza Sanitaria Primaria, altro esempio, sono diverse secondo i contesti perché nei Paesi ricchi essa è focalizzata sull'assicurazione di una facile e rapida accessibilità ai medici e agli infermieri mentre nei Paesi poveri consiste nella disponibilità di operatori non professionali, purché sappiano fornire i servizi di base. In Giappone i medici per l'assistenza primaria sono abbondanti perché il sistema retributivo a favore di questi è più lucrativo rispetto a quello ospedaliero.

Un'ulteriore implicazione per la formazione professionale legata alla crescente interdipendenza è collegata al cosiddetto *turismo per motivi medici* verso servizi a basso costo: odontoiatrici, di chirurgia estetica, di procedure mediche e chirurgiche specializzate con facilitazioni per chi viene da lontano e non può attendere.

Così l'istituzione di filiali di scuole mediche in Paesi diversi e lontani da sedi di gran nome e marca. Negli ultimi tempi, sono sorti centri, istituti, unità e programmi sulla Salute Globale, per esempio, all'Università di Cape Town in Sudafrica, al Centro di Scienza della Salute dell'Università di Pechino in Cina, all'Istituto Nazionale di Sanità Pubblica in Messico. Un consorzio sull'educazione alla Salute Globale è sorto, nel 1991, negli USA

con più di 90 scuole sparse in USA, Canada, America Latina e Carabi. Nel 2008 diverse importanti scuole negli USA hanno istituito un Consorzio di Università per la Salute Globale che ora comprende più di 60 Università.

8. La visione della Commissione

Tutti i popoli e i Paesi vivono oggi insieme in uno spazio sanitario globalizzato – la globalizzazione è «il fenomeno per cui il mondo viene a presentarsi come una singola unità di attività interconnesse, non ostacolate dai confini locali»⁸ quindi in modo sempre più interdipendente e l'educazione professionale deve riflettere questa interdipendenza.

L'imperativo consiste nel mettere insieme le esperienze per formare «*gruppi sanitari di lavoro centrati sul paziente e basati sulla popolazione*», più appropriato sarebbe dire basati sulla comunità⁹.

La Commissione Frenk pensa a una nuova era di educazione professionale che porta verso l'apprendimento trasformativo e consolida la forza dell'interdipendenza nell'educazione. Come le riforme agli inizi del XX secolo furono promosse dalla teoria microbiologica e dall'introduzione nei curricula delle moderne scienze, così la Commissione ritiene ora che il futuro sarà contrassegnato dall'adattamento delle competenze professionali ai contesti locali specifici, quali derivano e deriveranno dall'influenza che eserciteranno i flussi globali delle informazioni e delle conoscenze, cioè dalla globalizzazione.

Quindi ci sarà un ulteriore secolo di riforme in tutti i Paesi e i professionisti sanitari dovranno saper affrontare nuovi contesti e nuove sfide. La visione della Commissione Frenk è globale, non parrocchiale, è multiprofessionale e non limitata a singoli specifici gruppi professionali, è impegnata a costruire nuove strade che mettano insieme gli approcci individuali e quelli comunitari, sulla base di innovazioni educative e istituzionali, al fine di produrre professionisti capaci di partecipare allo sviluppo dei sistemi sanitari, centrati sui pazienti e, nello stesso tempo, centrati sulla popolazione, o meglio sulle comunità, come componenti di gruppi di lavoro responsabili localmente e collegati globalmente.

La nozione dell'apprendimento trasformativo deriva dal lavoro

⁸ E. Hobsbawm, *La fine dello Stato*, Milano, Rizzoli, 2007.

⁹ B. Paccagnella, *Salute globale e Medicina di Comunità in Italia*, in «Pace diritti umani/Peace human rights», n. 3, 2010, pp. 117-135.

di diversi teorici dell'educazione, in particolare da Freire e Mezirow¹⁰, che la Commissione considera al più alto dei tre livelli sequenziali seguenti, che partono dall'apprendimento informativo a quello formativo e a quello trasformativo:

- l'apprendimento informativo si propone di produrre esperti;
- quello formativo si propone di produrre professionisti;
- l'apprendimento trasformativo si propone di produrre agenti illuminati di cambiamento, sviluppando gli attributi propri della leadership.

Ricerca, analisi, accertamento e sintesi delle informazioni per la decisione forniscono le credenziali professionali per la competenza (si intende che competente è il professionista che sa, sa fare e sa essere), utili a un effettivo lavoro di gruppo nei sistemi sanitari, passando dall'adozione non-critica di modelli educativi all'adattamento creativo di risorse globali per affrontare le priorità locali.

L'interdipendenza, di cui si è detto, è l'elemento chiave in un approccio sistemico perché sottolinea le vie lungo le quali i vari componenti del gruppo di lavoro interagiscono l'uno con l'altro, senza presupporre che essi siano o debbano essere uguali.

9. Le dieci riforme dell'istruzione e delle istituzioni per l'educazione

La riforma dell'istruzione dovrà coinvolgere l'intero campo dell'educazione, dall'ammissione alle scuole fino al diploma finale, per generare un tipo di studente nuovo e diverso attraverso un percorso educativo che punta sulla competenza, attraverso l'uso creativo della tecnologia dell'informazione (Internet), allo scopo di preparare gli studenti alla realtà del lavoro di gruppo e di sviluppare carriere basate sullo spirito e sul dovere di un nuovo professionista sanitario. Quindi:

1. Adozione di percorsi per i nuovi professionisti in formazione, basati sulle competenze affinché essi sappiano rispondere alle necessità che cambiano rapidamente piuttosto che rimanere dominati da percorsi statici. Competenze che siano adatte alle realtà dei contesti locali;
2. Sviluppo di un'educazione interprofessionale e transprofessionale che sviluppi a sua volta le relazioni di collaborazione e non le relazioni gerarchiche nei gruppi di lavoro;

¹⁰ P. Freire, *Pedagogy of the Oppressed*, New York, Seabury Press, 1970; J. Mezirow, *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*, San Francisco, Jossey Bass, 2000.

3. Utilizzazione delle potenzialità di Internet mediante lo sviluppo delle capacità sia di raccolta e analisi dei dati, di simulazioni e dei tests, sia di collegamenti collaborativi e di gestione delle nuove conoscenze;
4. Adattamento alle situazioni locali, unendo globalmente le risorse in modo da consentire di affrontare le nuove realtà locali in modo flessibile, utilizzando le conoscenze complessive, le esperienze e lo scambio di risorse delle facoltà, dei percorsi formativi, dei materiali didattici, dei rapporti internazionali tra studenti, dello scambio di programmi;
5. Aumento delle risorse educative dato che le facoltà, i libri, i materiali didattici e le infrastrutture sono strumenti necessari per raggiungere le competenze;
6. Promozione di un nuovo professionismo che utilizzi le competenze come criterio obiettivo per la classificazione dei professionisti sanitari, modificando gli attuali bagagli o silos di competenze convenzionali proprie delle singole professioni. Ciò richiede riforme istituzionali;
7. Avviamento di meccanismi congiunti di programmazione in ogni Paese che coinvolgano gli enti interessati, i Ministeri dell'educazione e della Sanità, le associazioni, le comunità accademiche, al fine di superare le frammentazioni delle situazioni nazionali, per fissare le priorità politiche e per armonizzare la fornitura e la domanda di professionisti sanitari adeguati per soddisfare i bisogni delle popolazioni. Dato che la proporzione di donne aumenta anche nel campo sanitario bisognerà fornire a queste adeguate e uguali opportunità di vita e di lavoro;
8. Ampliamento degli attuali centri accademici verso sistemi accademici, estendendo la tradizionale educazione, basata su ricerca e assistenza nelle Scuole di Medicina e negli ospedali, verso i luoghi di assistenza sanitaria primaria e di comunità e avviando collaborazioni esterne come parti del sistema educativo;
9. Collegamento mediante reti, alleanze, consorzi sia delle istituzioni su scala mondiale, che delle associazioni sociali e anche di affari, dei mezzi utili in particolare per superare le limitazioni dei Paesi più poveri, utilizzando le tecnologie di informazione e di comunicazione;
10. Sviluppo della cultura di indagine critica come funzione centrale delle Università e di altre Istituzioni di alta istruzione, che sono di fondamentale importanza per mobilitare le cono-

scienze scientifiche, le scelte etiche, i ragionamenti e i dibattiti pubblici che generano illuminate trasformazioni sociali. La rivoluzione educativa del XX secolo, promossa dal Rapporto Flexner cento anni fa, nel 1910, ha avuto un forte supporto da parte delle Fondazioni Rockefeller, Carnegie e altre. Così potrà essere anche all'inizio del XXI secolo con il supporto delle Fondazioni che hanno consentito di identificare ora nuove linee per gli sviluppi futuri, ivi comprese quelle riguardanti i finanziamenti necessari e l'armonizzazione dei criteri di accreditamento, capitoli importanti del Rapporto Frenk che in questa breve sintesi sono stati omessi. Certo è che le riforme sanitarie nel XXI secolo non potranno essere portate avanti se le competenze dei professionisti sanitari risulteranno superate o resteranno inadeguate. Quindi il percorso futuro si prospetta lungo e difficile per giungere a ottenere un nuovo professionismo sanitario. Secondo Louis Menand – con queste sue parole è stato concluso il Rapporto della Commissione Frenk – «Il perseguimento e la disseminazione delle conoscenze sono le attività centrali di una civilizzazione. La conoscenza è memoria sociale, il collegamento col passato e la speranza sociale rappresentano l'investimento per il futuro. La capacità di creare conoscenze e di utilizzarle caratterizza gli umani. È come noi ci riproduciamo come esseri sociali, è come noi cambiamo, come noi teniamo i piedi per terra e le nostre teste nelle nuvole».

10. Conclusioni

Come all'inizio del 1900 così all'inizio del XXI secolo è arrivata dal Nord America una seria e meditata riflessione sui bisogni di formazione dei professionisti sanitari per il nuovo secolo, basata su un'indagine che è stata svolta nei vari continenti, su scala globale. Dell'Europa si menziona la Scuola Medica Salernitana, che ammetteva anche le donne nell'XI secolo.

Le indicazioni di Flexner contenute nel suo Rapporto del 1910 furono, nel complesso, applicate in tempi relativamente brevi dopo la pubblicazione di quel Rapporto da tutte le Università per le Facoltà di Medicina, non soltanto nel Nord America, ma anche in Europa. Io sono tra coloro che ritengono che quelle riforme possono essere valutate positivamente, a distanza di un secolo, salvo qualche raro dubbio che è bene considerare¹¹.

¹¹ R.M. Dorizzi, *Il Flexner Report un secolo dopo. Fu vera gloria?*, «Rivista Italiana della Medicina di Laboratorio/Italian Journal of Laboratory Medicine», n. 6, 2010, p. 171.

Si vedrà, nei futuri decenni, quali forme o soluzioni concrete verranno assunte nei vari Paesi e, in particolare in Italia, per la formazione dei professionisti sanitari del XXI secolo in accordo o meno con la visione formulata dalla Commissione Frenk. Certo è che il contesto attuale è particolarmente complesso, come è stato bene descritto nel Rapporto della Commissione e le previsioni per il futuro saranno tutt'altro che semplici da realizzare, come ha chiaramente fatto notare la Commissione stessa.

In Italia, a me pare che non siano state fatte significative modificazioni di quei percorsi formativi per i professionisti medici che furono tracciati nel Rapporto Flexner all'inizio del XX secolo, prescindendo dall'inserimento successivo nei curricula universitari per la laurea in Medicina di nuove discipline (ad esempio Radiologia, Psichiatria ecc.) e di nuove specializzazioni post-laurea.

Negli anni 1970-1980, con la riforma dei servizi sanitari italiani stabilita dalla Legge n. 833/1978, sorsero in Italia alcuni movimenti culturali¹² tra i quali quello dei medici condotti (o medici di Medicina Generale) che portò all'introduzione della nuova «specializzazione in Medicina di Comunità» nell'area della Medicina Interna, attivata nel 1997 nell'Università di Padova e successivamente in varie altre Università italiane. Ora si può dire che questa specializzazione medica si inquadra bene nella visione della Commissione Frenk, la quale auspica, come si è visto, che la formazione dei professionisti sanitari del XXI secolo sia sviluppata con l'obiettivo di favorire il lavoro di gruppo, sia focalizzata sulle persone (malate e sane) e sia basata sulla popolazione locale o, meglio, sulle comunità locali. La nuova Scuola di Specializzazione, secondo la Norma istitutiva «ha lo scopo di formare medici specialisti nel settore professionale della medicina di famiglia e di comunità idonei a ricoprire ruoli dirigenziali nell'area dell'assistenza sanitaria primaria».

Circa le previsioni per il nuovo secolo, io mi limito a ricordare che delineare il futuro mediante scenari, simulazioni e altri metodi di esplorazione è cosa che gli statistici, gli economisti, i sociologi usano fare da tempo e ciò può avere conseguenze pratiche, perché il futuro – che noi siamo notoriamente incapaci di prevedere – può essere da noi intelligentemente e opportunamente inventato. E allora, per concludere questa nota, ritengo che possa essere interessante anche ricordare che, negli anni 1970, il medico, Joseph S. Maxmen¹³ dell'Università Yeshiva di

¹² B. Paccagnella, *Changing Mentality in Medical Education*, in U. Laser, R. Senault, H. Viefhues (eds.), *Primary Health Care in the Making*, Berlin-Heidelberg, Springer Verlag, 1985.

¹³ J.S. Maxmen, *The Post-Physician Era. Medicine in the Twenty-First Century*, New York, John Wiley & Sons, 1976.

New York, fece uno studio proiettato sulla Medicina del XXI secolo, e sviluppò i seguenti tre modelli di assistenza ai pazienti:

- a) il modello centrato sul medico;
- b) il modello centrato sul team o gruppo di lavoro medico;
- c) il modello centrato sul «medic-computer».

Con il terzo modello l'autore prevede che i computer avrebbero assunto la maggior parte delle decisioni tecniche, sia diagnostiche sia terapeutiche, mentre il «medic-computer» – un tipo di professionista sanitario non ancora delineato – avrebbe fornito un mero supporto, assolvendo alcune incombenze pratiche svolte dai camici bianchi. Negli anni 1970 il modello «medic-computer» appariva impossibile, per carenza di risorse sociali e tecnologiche, ma forse era questione di tempo, scrisse Maxmen. Secondo quelle previsioni, il passaggio dal primo modello al secondo e al terzo sarebbe avvenuto in circa mezzo secolo, gradualmente, fornendo alla fine (cioè con il terzo modello) un'assistenza medica di qualità superiore al paziente e rendendo inutili i medici in carne e ossa. Si sarebbe così entrati nella cosiddetta «era post-medica» che, secondo l'ipotesi formulata da Maxmen nel 1976, «è possibile, è probabile, è auspicabile, è inevitabile».

Orbene, il secondo modello (la medicina di gruppo), come è noto, è in fase di avanzata applicazione dovunque in Italia, incentivato dai contratti di lavoro, che peraltro promuovono anche l'uso del computer.

Quindi apparirebbe probabile la concretizzazione anche del terzo modello a meno di trent'anni dalla profezia di Maxmen; ma la visione della Commissione Frenk appare assai più complessa e più umanizzata perché auspica che la formazione dei professionisti sanitari possa essere realizzata per lavori di gruppo, focalizzata sulle persone malate e sane, sulla base delle comunità stesse o delle popolazioni locali da assistere.

Possiamo dunque sperare.