

Errata corrige

Nella rubrica *Domande e Risposte* del N.5 (maggio 1999), a proposito delle domande poste da un collega riguardo alla controindicazione dell'acido alginico sotto i 3 anni di età per la proprietà tensioattiva del medesimo (cui è possibile ovviare facilmente facendo "sciogliere" le gocce in poco latte), si cita come farmaco dotato di proprietà tensioattive, il Mylicon.

Dato l'enorme uso che se ne fa (probabilmente ingiustificato), trattandosi probabilmente di un "errore di distrazione", mi chiedo se il farmaco che si voleva citare non fosse piuttosto la diciclomina (Bentyl).

Auro della Giustina
Fornovo Taro, Parma

Certamente è così, sebbene anche il Mylicon sia tensioattivo. Grazie.

F.P.

Aerosol-terapia "otoiatrica"

Vi scrivo per dirvi che seguo sempre su *Medico e Bambino* i vostri interventi, che sono sempre intelligenti e umanissimi. Ho letto sul numero di maggio l'articolo sui comportamenti inutili e dannosi, che sottoscrivo pressoché pienamente per tutto quanto riguarda la terapia dell'asma, in cui gli errori classici sono proprio quelli che voi indicate.

Ho i miei dubbi, invece, sull'aerosol di antibiotici (e d'altro) nelle indicazioni otoiatriche. Ognuno ha la sua filosofia, come ben si dice; la mia è che gli otoiatrici, quando si avventurano nella terapia medica, sbagliano come respirano, cioè con naturalezza. L'antibiotico per aerosol a grosse nuvole è un non-senso. Se c'è indicazione, si usi per via sistemica; se no, si lasci stare e si lavino sistematicamente le prime vie con soluzione fisiologica, a mano o con l'apparecchio (ma non è un'inutile medicalizzazione?).

Severino Dal Bo, Allergologo, Milano

Ringrazio della lettera, e in particolare ti ringrazio per l'attenzione data a Medico e Bambino.

Condivido pienamente le obiezioni sull'aerosol-terapia "otoiatrica". La frase scritta su Medico e Bambino risente di una cattiva riduzione di quanto detto a voce al congresso "Confronti in Pediatria". Così come scritta, distorce il significato di quanto volevo dire, che era: «Gli otoiatrici facciano quello che vogliono, gli apparecchi per la terapia topica nasale possono essere anche scadenti...»; non voleva assolutamente avvalorare la te-

rapia con antibiotici per aerosol che, salvo nella fibrosi cistica (e allora occorrono apparecchi "buoni"), non sono mai indicati.

Giorgio Longo

Aggiornamento e pediatri di famiglia

Mi si permetta di ritornare, questa volta in punta di piedi, sulla questione dell'aggiornamento e pediatri di famiglia. Dalle sue parole di commento alla mia lettera (*Medico e Bambino* N.5, maggio 1999), viene fuori che, nella realtà lametina, l'Ospedale è di fatto tagliato fuori dal rapporto di collaborazione tra distretto e pediatri di base, quando invece la mia espressione «l'Ospedale non ha creato un punto di aggregazione» si riferiva al processo iniziale di avviamento dell'aggiornamento. Oggi i rapporti tra Ospedale e Pediatria di base sono sicuramente aperti a un nuovo corso di collaborazione reciproca e di fiducia. Tutto ciò mi sembra doveroso precisare, non per evitare spiacevoli e miopi "permalzi", quanto invece per un bisogno di chiarezza: non è bello che il peso di una espressione equivocabile gravi sul rapporto di collaborazione tra pediatri di base e medici ospedalieri che finalmente siamo riusciti a creare, per reciproco merito, in questi ultimi mesi anche attraverso incontri di studio che ogni quindici giorni ci vedono lavorare insieme.

Ida Perri, Lamezia Terme

È sufficiente un sistema di crediti per qualificare la formazione?

Leggendo l'articolo di Giorgio Bartolozzi (*Medico e Bambino* 3, 185, 1999), non si può non condividere quanto esposto sulla necessità di istituzionalizzare un'attività di formazione continua (Educazione Medica Continua - EMC) per tutti gli operatori del SSN e per i medici in generale, operanti sia dentro che fuori del SSN. La formazione permanente è soprattutto un dovere morale per il professionista; vi sono vari motivi che la rendono oggi più che mai indispensabile: i più importanti sono i cambiamenti epidemiologici, la comparsa di nuove tecnologie, l'aumento dell'autodeterminazione del paziente, l'enfasi che viene posta sull'efficacia delle cure, il cambiamento dei ruoli professionali.

Se l'obiettivo della formazione permanente è di produrre dei cambiamenti in positivo del comportamento professionale del medico, diviene inderogabile che questo tipo di attività sia collegato a progetti di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), con appropriati indicatori di strut-

tura, di processo e di esito, che ci permettano di centrare meglio gli obiettivi delle attività formative. Solo attraverso questo stretto collegamento con la MCQ la formazione produrrà cultura non fine a se stessa, ma atta a migliorare la funzionalità dell'intero sistema.

Un altro elemento da tenere presente è la cornice legislativa. Il decreto del Ministro Bindi sul riordino del sistema sanitario sottolinea l'indispensabilità della partecipazione ad attività di formazione continua per svolgere la professione nell'ambito del SSN, e prevede specifiche norme di "penalizzazione" nei contratti di lavoro e negli accordi collettivi nazionali per coloro che non raggiungessero "un minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione Nazionale". Sempre secondo il decreto, la Commissione Nazionale e le commissioni regionali per la formazione continua avrebbero il compito di individuare gli obiettivi formativi d'interesse nazionale e regionale, con particolare riferimento alle priorità individuate dal Piano Sanitario Nazionale. Qui sta, a mio parere, il punto critico del sistema.

Il concetto più importante in questo campo è la qualità dei programmi offerti, non se siano imposti o volontari. Il metodo dei crediti formativi è valido, ma non può prescindere da un'accurata e attenta valutazione delle attività che danno crediti, e quindi dell'accreditamento delle singole attività per le singole categorie. Fondare tutto il sistema sul raggiungimento di un certo numero di crediti può avere un effetto non prevedibile in virtù di due ordini di considerazioni: il primo è relativo al fatto che l'intero processo non dipende esclusivamente dal professionista, ma presuppone un'organizzazione sia centralizzata che periferica (ancora oggi in gran parte da costruire), fondi ad hoc, un regime fiscale che permetta una totale detrazione delle spese sostenute per la partecipazione ad attività accreditate, un ruolo attivo delle organizzazioni professionali ecc. Il secondo ordine di ragioni verte sulla corretta individuazione dei bisogni formativi. La pertinenza alle attività professionali è, infatti, un requisito universalmente riconosciuto affinché un'attività formativa sia realmente accettata, partecipata, e porti a risultati apprezzabili. Il punto cruciale è chi debba valutare i bisogni; sicuramente un professionista inserito nel SSN non può ignorare di dovere delle risposte adeguate a questo sistema, e quindi che parte delle priorità formative possano essere relative alle necessità del sistema stesso. Del resto chi meglio dei medici che fanno quel lavoro può valutare quali siano gli aspetti da approfondire maggiormente?

Schematicamente possiamo suddividere i bisogni formativi in varie categorie:

- soggettivi e oggettivi;
- nazionali, regionali e locali (o meglio individuali);
- nel campo del sapere, del saper fare e del sapersi relazionare.

È necessario un giusto equilibrio fra loro; affidarsi solamente ai bisogni soggettivi potrebbe portare, come dimostrato da uno studio in Nuova Zelanda, al fatto che i partecipanti scelgano di rimanere nella loro "comfort zone", ovvero in ciò che sanno meglio. Quando i medici coinvolti nello studio furono incoraggiati a occuparsi di argomenti al di fuori delle proprie scelte preferenziali, la qualità delle loro prestazioni aumentò significativamente rispetto al gruppo di controllo². Del resto "obbligare" a formarsi su argomenti non scelti, e almeno parzialmente condivisi, porterebbe sicuramente a una partecipazione passiva degli operatori. Quindi è evidente che la rilevazione dei bisogni dovrebbe derivare da una varietà di fonti, inclusi i pazienti³. Parlando dei livelli nazionali, regionali o locali della formazione, nei primi due casi è ovvio che un maggiore peso debba essere dato alle necessità individuate dai piani sanitari o comunque dalle istituzioni; a livello locale invece andrebbero implementate tutte quelle forme di formazione autoindividuata e autogestita che vengono universalmente riconosciute come più proficue per il professionista⁴.

Vi sono dunque due filosofie nella strutturazione della EMC: una imposta dall'alto (*top-down*), meno efficace, e una partecipata e totalmente autogestita (*bottom-up*), sicuramente più efficace ma anche molto più difficile da attuare.

L'obiettivo dei prossimi anni sarà di aumentare la consapevolezza dei medici sulla necessità di una EMC, e la loro capacità di scelta e adesione spontanea a programmi di questo tipo. Nel frattempo le organizzazioni professionali, i sindacati di categoria, gli ordini e la FNOMCeO devono svolgere, a mio parere, un ruolo di mediazione e di indirizzo, indispensabile affinché il sistema non sia solamente "punitivo", ma realmente incentivante.

Un'altra domanda fondamentale è: accreditare le strutture o le attività?

Nell'ipotesi proposta dalle recenti disposizioni ministeriali il primo passo è l'individuazione di strutture accreditate per le attività formative. Tuttavia, non basta individuare per garantire validità alle attività di EMC proposte. Ogni attività deve essere valutata singolarmente e, soprattutto, deve essere valutata la sua pertinenza con i bisogni formativi della categoria a cui è rivolta. Sarà necessario fissare dei criteri nazionali cui le società professionali (o le strutture deputate ad accreditare) debbano attenersi per concedere alle iniziative di formazione crediti formativi e relativi "punteggi". Que-

sti criteri devono essere trasversali e uguali per tutti, per garantire trasparenza nelle attività svolte e per determinare uniformità di indirizzi e comportamenti.

Quale tipo di attività per l'EMC?

La combinazione di più momenti formativi è migliore di un singolo intervento⁵. È inoltre dimostrato che l'organizzazione e il supporto amministrativo hanno un ruolo importante per indurre cambiamenti comportamentali. *Peer review* e modelli di apprendimento di gruppo sono i sistemi ritenuti migliori nella pratica generalista⁶.

Fino ad oggi i Pediatri di famiglia si sono spesso avvalsi con profitto di corsi appositamente strutturati per la categoria, dove viene garantita l'interattività tra discenti e docenti secondo i dettami di Guilbert⁷: lavoro a piccoli gruppi, coinvolgimento attivo, discussione, apprendimento attivo, tutor qualificati in metodologia quali gli animatori di formazione, per ottenere una maggiore aderenza del corso alla specifica attività professionale.

Altri mezzi importanti sono sicuramente il training presso strutture accreditate, almeno per apprendere tecniche specifiche, e la partecipazione attiva a ricerche sul campo⁸. Andrebbero valorizzate soprattutto le ricerche che abbiano un risvolto pratico, e che portino alla modifica del comportamento o all'utilizzo di uno strumento.

Un'altra possibilità di formazione per i Pediatri di famiglia potrebbe essere anche il ruolo di tutor nel tirocinio pratico per lo specializzando; la presenza di un altro medico, la necessità di spiegare e di giustificare su basi scientifiche i propri comportamenti, l'opportunità di riflettere sul modo di relazionarsi con i pazienti hanno sicuramente una forte valenza educativa.

Concordo, infine, pienamente con il prof. Bartolozzi quando dice che non andrebbero considerate attività formative la lettura di riviste mediche, la preparazione di pubblicazioni e relazioni (che spesso vengono fatte su ciò che meglio si sa e che più si "cura" dal punto di vista dell'aggiornamento), le attività amministrative e la partecipazione a commissioni. È ovvio che leggere un articolo è un mezzo per venire in contatto con notizie "fresche"; ma la lettura permette di ritenere in media solo il 10% di quanto legghiamo.

Altro sarebbe invece la lettura collegata a quiz di autovalutazione, magari con risposte ragionate da parte di esperti e una certificazione dei risultati; quanto avviene ad esempio con il PREP-test americano. Questo esempio dovrebbe essere tenuto in considerazione dai curatori delle nostre riviste pediatriche.

La sfida che attende coloro che lavorano nel campo della formazione è triplice: culturale, metodologica, e tecnica.

Culturale nel senso di creare una consapevolezza e una cultura dell'aggiornamento nel singolo, perché l'EMC non debba essere più imposta ma richiesta. Metodologica, nel senso di affinare e applicare sempre più diffuse le metodologie dell'apprendimento attivo. Infine tecnica, per imparare a sfruttare le opportunità vastissime che le tecnologie informatiche ci offrono: i programmi didattici assistiti al computer (come il PREP su CD), le teleconferenze e i meeting a distanza sono alcuni esempi in questo senso.

Sarà inoltre necessario formare e mantenere addestrati dei docenti di metodologia didattica, che conoscano non solamente le tecniche da utilizzare nella pedagogia dell'adulto, ma che siano anche in grado di individuare i bisogni formativi e di costruire degli indicatori reali su cui valutare i risultati delle attività svolte. Una sfida a tutto campo che dovrà vedere solidali e collaboranti le varie e variegate componenti dell'universo pediatrico.

Paolo Becherucci
Responsabile nazionale FIMP
per la formazione

1. Towle A: Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. *BMJ* 316, 301, 1998.
2. Tracey J, Arrol B, Parham P, Richmond D: The validity of general practitioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. *BMJ* 315, 1426, 1997.
3. Violato C, Marini A, Toews J, Lockyer J, Fidler H: Feasibility and psychometric properties of using peers, consulting physicians, co-workers and patients to assess physicians. *Acad Med* 72, 82, 1997.
4. Cantillon P, Jones R: Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ* 318, 1276, 1999.
5. Wensing M, Grol R: Single and combined strategies for implementing change in primary care; a literature review. *Int J Quality Health Care* 6, 115, 1994.
6. Wensing M, Van der Weijden T, Grol R: Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 48, 991, 1998.
7. Guilbert JJ: *Guida pedagogica*. Armando ed. Roma, 1981.
8. Calman K: *A review of continuing professional development in general practice: a report by the Chief Medical Officer*. London, Department of Health, 1998.

OK. Medico e Bambino ci sta. La parte elettronica è già, in una certa misura, orientata all'interattività e quindi al coinvolgimento attivo (protocolli, percorsi clinici) e si sta apprestando a farlo in maniera più impegnativa. Per la parte cartacea considereremo la possibilità di riprendere con i quiz di autovalutazione.

F.P.