

# La formazione permanente

## LE PROPOSTE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

Gruppo di lavoro dell'ACP: Vitalia Murgia, Giancarlo Biasini, Roberto Bussi, Michele Gangemi, Walter Spanevello, Giorgio Tamburlini  
Con contributi di Arturo Alberti, Sergio Amarri (SIGEP), Paolo Becherucci, Vincenzo Calia, Monica Pierattelli, Corrado Rossetti, Paolo Siani, Maria Edoarda Trillò e Leo Venturilli

*La formazione permanente sta per entrare, anche in Italia, nel novero delle attività da accreditarsi in base a principi e criteri precisi. Questo documento rappresenta il contributo e le proposte dell'ACP sul tema. Si propone come base per un confronto anche con le altre organizzazioni professionali, in particolare dei medici e dei pediatri di famiglia.*

**L**a formazione permanente del pediatra è un campo di attività a cui l'ACP ha sempre dedicato grande attenzione: con questo documento l'associazione si propone di contribuire a rendere la formazione permanente più appropriata alle nuove esigenze.

Nel momento in cui la materia è oggetto di rivalutazione da parte del SSN, e vengono messi a punto strumenti di governo (commissioni, criteri, programmi ecc.) il documento viene offerto come contributo al dibattito in corso.

È rivolto ai pediatri, in particolare a chi è impegnato nell'organizzazione delle attività di formazione, ma anche a chi è attivo nel governo del sistema sanitario ai suoi diversi livelli.

Il documento è frutto di un gruppo di lavoro istituito dall'Associazione, coordinato da Vitalia Murgia, definitivamente approvato dal direttivo ACP nel febbraio 2000.

### PARTE PRIMA: L'ANALISI

#### Ruolo della formazione permanente

In tutta la medicina, e quindi anche in pediatria, è in atto un continuo e rapido processo di cambiamento dovuto allo sviluppo di nuove tecnologie, all'espansione delle conoscenze scientifiche, ai bisogni di salute emergenti, a una crescita delle richieste di salute da parte di pazienti, ai cambiamenti nei si-

### CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION: A PROPOSAL BY THE ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI (ACP) (Medico e Bambino 19, 177-182, 2000)

#### Key words

Continuous medical education, Credits, Paediatrics

#### Summary

The document describes the proposals developed by the ACP on the principles of continuous medical education (CME) and contains suggestions on criteria for attributing CME credits. CME should address emerging issues, be based on effective training methods, be participatory, interdisciplinary and aimed at improving quality of care. Stemming from an analysis of the present situation of CME in Italy, and from recent legislation which established a National CME Committee entitled to accreditation of CME institutions and activities the document proposes criteria for the attribution of credits to the various CME activities. Interactive training sessions, participation to workshops aimed at developing guidelines, audit, operational research are privileged.

stemi di erogazione delle cure, a una maggiore attenzione all'efficienza ed efficacia dei servizi, e infine alla necessità di rispondere a tutto ciò con risorse limitate. L'unico modo con cui un professionista della salute può far fronte al cambiamento è un continuo processo di formazione.

Il concetto di formazione continua è ben espresso dalla definizione di Iandolo: «La formazione permanente del medico è un processo educativo diretto a colmare per tutto l'arco della vita il divario tra ciò che il medico dovrebbe sapere e saper fare con ciò che sa». Secondo alcuni, più che di "formazione medica continua" (FMC) si dovrebbe

parlare di "continuous professional development" (CPD) o "sviluppo professionale continuo"; questa concetto sembra esprimere meglio le molteplici competenze di tipo medico-clinico, manageriale, sociale e personale che occorrono per un elevato standard professionale. L'Art. 13 del decreto legislativo "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" tratta della formazione continua, distinguendola in formazione permanente e aggiornamento: «La formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente.

L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma,

laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della professione le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale».

## Principi ispiratori

Qualunque sia la definizione adottata, il processo di formazione:

- deve intervenire in quegli aspetti della pratica medica che possono essere modificati, nel tentativo di mantenere alti livelli di qualità delle cure adattando l'attività professionale dei medici al mutare delle richieste;
- deve rispondere ai cambiamenti globali nel campo della salute, tenendo conto delle patologie emergenti, delle nuove tecnologie e del modo di rapportarsi dei pazienti con la malattie;
- deve permettere al medico di soddisfare i bisogni di pazienti sempre più informati e sempre più partecipi del loro progetto generale di salute;
- deve essere basato su provate ed efficaci metodologie formative, non deve tendere alla semplice memorizzazione delle conoscenze ma favorire l'acquisizione di abilità per la soluzione dei problemi clinici e/o organizzativi;
- deve coinvolgere nella programmazione degli interventi chi finanzia e utilizza i servizi. Infatti non può non tenere conto del fatto di essere parte integrante di un sistema organizzato delle cure, e pertanto i risultati della FMC devono essere vantaggiosi sia per il medico che per tutto il sistema in cui è coinvolto;
- deve peraltro essere, almeno in parte, autogestito dal singolo medico, e deve poter essere attuato in gran parte nell'ambito di attività di gruppi fra pari;
- deve coinvolgere i medici nello studio di percorsi assistenziali e di prevenzione corrispondenti ai bisogni di salute dell'utenza, promuovendo con questo il miglioramento della qualità delle cure, del rapporto medico-paziente con particolare attenzione agli aspetti della comunicazione;
- deve creare occasioni di lavoro interdisciplinare per l'elaborazione di linee guida, la creazione di corretti rapporti

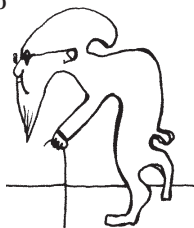
di collaborazione tra territorio e ospedale;

- deve essere in grado di determinare un reale miglioramento delle cure.

## La situazione italiana

### Il ritardo italiano

L'Italia è in netto ritardo nella formazione medica permanente. Negli ultimi anni il dibattito su questo argomento ha acquistato vivacità soprattutto per i continui stimoli provenienti dalle realtà estere, ma è mancato un progetto che definisse gli obiettivi, i contenuti e i metodi della formazione.



L'importanza della formazione permanente è stata sottovalutata a tutti i livelli istituzionali: Ministero, università, ospedali, ordini professionali, società scientifiche e associazioni culturali e di categoria. Le occasioni di formazione programmate dalle regioni per i medici delle cure primarie sono state poco numerose, per lo più non definite da un progetto formativo, e insufficienti a rispondere alle mutate esigenze dei servizi, nonostante gli accordi collettivi nazionali attribuiscono alle regioni specifiche responsabilità.

È stata lasciata quindi ai medici l'assoluta libertà di partecipare o meno a iniziative formative e di scegliere senza la necessità di approfondimento sulla loro utilità.

Le occasioni di aggiornamento non sono mancate, anzi ve ne sono state in eccesso, ma sono state scarsamente incisive per metodo, contenuti, qualità dei programmi. Si è data troppa enfasi ai contenuti di tipo clinico, trascurando quasi del tutto gli aspetti relativi alla comunicazione-relazione, ai bisogni emergenti per categorie di bambini e famiglie a rischio sociale e sanitario, all'epidemiologia e ai problemi organizzativi e gestionali delle cure. Non è stato stimolato il lavoro interdisciplinare e interprofessionale. È mancata quasi sempre la possibilità di interagire tra docente e discente e la possibilità di confrontarsi in piccoli gruppi.

È unanimemente riconosciuto che questi programmi tradizionali influiscano poco sul miglioramento delle performance, e su di essi non è perciò possibile dare un giudizio positivo.

## L'attività dell'ACP e delle altre organizzazioni dei pediatri

L'Associazione Culturale Pediatri è stata di stimolo alla formazione continua, trovando un terreno fertile in gran parte dei pediatri sensibili a queste esigenze, e soprattutto nei pediatri del territorio e nei pediatri di famiglia. Questi, nei primi anni Ottanta, si trovavano in una situazione di isolamento culturale, con un non ben definito ruolo nell'ambito delle cure primarie al bambino, e con un gap formativo dovuto a una inadeguata formazione post-laurea.

L'ACP ha avviato e sostenuto numerose iniziative di ricerca nell'ambito della pediatria di famiglia; ha contribuito al mantenimento e alla capillarizzazione di un buon livello di conoscenze con numerosi momenti di formazione, con pubblicazione di riviste e organizzazione di corsi per formatori; ha sempre privilegiato temi ad alto impatto socio-sanitario, come i nuovi bisogni di salute; ha utilizzato il metodo interattivo e il lavoro in piccoli gruppi.

Citiamo solo tra le esperienze più recenti: l'attività di *journal club* e di *case report* in Sicilia e in Abruzzo; le revisioni fra pari e la discussione di casi clinici nei gruppi e fra i gruppi, in Veneto; le esperienze di "autoformazione" in Romagna, con l'affidamento a pediatri di famiglia delle funzioni di formatori per pediatri di famiglia e no; le esperienze di discussione telematica di casi clinici e di *case report* con tutor telematico, di *journal club* ancora in Sicilia.

Nell'ambito della pediatria ospedaliera, l'ACP ha realizzato il recente lavoro di revisione critica delle pratiche ospedaliere relative a 5 patologie comuni, che ha coinvolto 104 reparti ospedalieri dando inizio a un processo di formulazione di linee guida. In numerose realtà italiane la presenza dei gruppi ACP, e anche di gruppi spontanei, ha permesso di ovviare, almeno in parte, al vuoto di proposte formative sia a livello istituzionale che da parte delle altre Società scientifiche.

In parecchie regioni la FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) ha svolto un ruolo importante di stimolo a una maggiore regolarità e rigore metodologico del percorso di formazione previsto contrattualmente per i pediatri di famiglia, in particolare nell'esperienza della Toscana.

La Società Italiana di Pediatria (SIP) ha svolto, prevalentemente a livello regionale, un'attività di aggiornamento rivolta in particolare alla componente

ospedaliera e universitaria, privilegiando tecniche di tipo frontale (congressi o convegni). Vi è stata insufficiente attenzione all'analisi dei bisogni formativi, in particolare per la componente territoriale. Alcune società affiliate alla SIP hanno cercato efficacemente di colmare questa lacuna.

#### L'Ospedale

Dieci-quindici anni fa, i rapporti tra pediatria ospedaliera e pediatri di libera scelta consistevano in uno scambio unidirezionale (quando c'era), dall'ospedale, dove la cultura era più forte e più organizzata, al territorio, dove iniziava, incerta e dispersa. Negli ultimi anni il flusso è stato, talvolta, bidirezionale, ma faticoso. In molte realtà il divario è aumentato, con uno sbilanciamento culturale a favore della pediatria territoriale, innescando conflittualità, che si pensava sarebbero scomparse, con lo scambio reciproco.

Tuttavia, ancora adesso l'ospedale può farsi promotore di iniziative di formazione comune: offrendo le proprie risorse ai pediatri di famiglia, non solo per frequentare e/o discutere assieme le situazioni dei pazienti ricoverati, ma per far svolgere una parte del lavoro del pediatra territoriale in ospedale. Da qui potrà maturare un'esperienza di formazione-lavoro percorrendo l'organizzazione dell'*home hospital*: assieme, il pediatra ospedaliero e il pediatra di famiglia partecipano all'impostazione diagnostica e alla definizione del programma terapeutico, permettendo al paziente di restare in famiglia. Attualmente l'ospedale può, comunque, ancora svolgere il ruolo di fattore aggregante, tra pari, e contrastare la frammentazione dell'assistenza.

#### L'Università

L'Università si è limitata a svolgere il suo ruolo istituzionale di insegnamento nel corso di laurea e di specializzazione, senza far nascere nei discenti la consapevolezza dell'importanza essenziale della formazione continua. Vi sono state alcune eccezioni, con attività di formazione permanente, con progetti formali (corsi o riunioni di aggiornamento) o con iniziative più interattive e partecipate (coinvolgimento di pediatri di famiglia e ospedalieri nell'attività clinica di discussione di casi, di seminari, *journal club* ecc.).

Alcune iniziative di ammodernamento sono state assunte nella formazione preservice, anche se il curriculum della

scuola di specializzazione in pediatria deve comunque essere ancora di più adeguato alle mutate esigenze assistenziali e al fatto che una buona parte degli specializzandi in pediatria troverà il suo sbocco professionale nell'area delle cure primarie. Su questo importante argomento un gruppo di lavoro promosso dall'ACP ha elaborato un documento, di imminente pubblicazione, a cui si rimanda per gli eventuali approfondimenti.

#### Le leggi e gli accordi regionali

Le regioni hanno dovuto far fronte al problema della formazione permanente molto prima che questo problema fosse affrontato a livello del SSN, dovendo rispondere a precise esigenze di applicazione degli accordi nazionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia. Dal 1993 è attiva nella Regione Toscana una commissione di accreditamento delle attività formative definita in una legge regionale, e di recente sono state promulgate regole per la tenuta dell'albo degli animatori di formazione e i requisiti per accedervi o permanervi. In altre regioni vi è un albo regionale degli animatori di formazione, preparati con corsi di formazione che in molte realtà hanno dato un forte contributo allo sviluppo del processo di formazione.

Nell'ambito dei più recenti accordi integrativi regionali, in otto su ventidue regioni è stato istituito un Comitato Tecnico Scientifico per la formazione; e in Veneto è stata istituita con delibera di giunta una Commissione per la formazione dei medici territoriali composta da rappresentanze sindacali e delle associazioni culturali dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia, nonché da rappresentanti della regione, delle aziende sanitarie locali e delle università, presieduta dal Presidente dell'Ordine dei Medici del capoluogo di regione. Ha il compito di elaborare proposte in materia di organizzazione della formazione, analisi delle risorse, modelli organizzativo-gestionali, modalità di integrazione con la scuola regionale di formazione in medicina generale e di valutazione del processo formativo.

#### Gli accordi collettivi nazionali e i contratti di lavoro

L'importanza di un processo di formazione medica continua viene riportata su tutti gli accordi o contratti di lavoro dei medici che a qualsiasi titolo operano nell'ambito del SSN. Solo per tre categorie (medici di medicina generale, pediatri di famiglia e medici specialisti ambulatoriali), però, viene esplicitato il numero di ore di frequenza obbligato-

ria, le modalità di organizzazione dei processi formativi a livello regionale e la definizione di alcuni criteri di scelta dei contenuti della formazione. Nel contratto nazionale per i medici dipendenti è previsto un monte ore per l'aggiornamento personale volontario di 4 ore settimanali e otto giorni all'anno di assenze retribuite, per aggiornamento facoltativo, senza alcun indirizzo per un loro corretto utilizzo e nessun accenno a verifiche, anche se vi sono esperienze di ASL che predispongono e realizzano progetti di aggiornamento obbligatorio di norma con finanziamenti regionali.

#### Legislazione attuale in materia di formazione

Fortunatamente il decreto legislativo "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", all'Art. 13, in via di attuazione, prevede l'istituzione di una Commissione nazionale per la formazione, presieduta dal Ministro della Sanità, da due vicepresidenti, uno di nomina del Ministero, l'altro rappresentato dal presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri FNMOCeO, e da altri dieci membri, di cui due designati dal Ministero della Sanità, due membri designati dal Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica, uno dal Ministro per la Funzione Pubblica, uno dal Ministro per le Pari Opportunità, due dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, due membri designati dalla FNMOCeO.

La Commissione ha il compito di definire, con programmazione pluriennale:

- gli obiettivi formativi di interesse nazionale;
- i crediti formativi che devono essere maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo;
- gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale;
- i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative.

La Commissione deve definire anche i requisiti per l'accREDITAMENTO di società scientifiche e dei soggetti pubblici e privati che intendono svolgere attività formative, e deve procedere alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi.

Alle regioni vengono affidati compiti



organizzativi e attuativi, con il coinvolgimento degli ordini professionali, e il compito di redigere una relazione annuale, da trasmettere alla Commissione Nazionale, sulle attività svolte in ambito regionale.

Il decreto definisce inoltre che la partecipazione alle attività di formazione continua è un requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista. I contratti nazionali e le convenzioni devono prevedere elementi di penalizzazione, anche di natura economica per coloro i quali nel triennio non conseguono il numero minimo di crediti formativi.

Si deve sottolineare positivamente il rilievo dato alla formazione continua nell'ambito nella cosiddetta riforma ter del SSN, anche se emergono alcune perplessità:

- La composizione della commissione appare essere troppo numerosa per potere essere fiduciosi di una sua possibilità di buon funzionamento.
- Non viene prevista una struttura a livello regionale che sembrerebbe indispensabile per il decentramento delle funzioni di coordinamento, controllo e valutazione dei momenti di formazione.
- Infine si deve rilevare negativamente l'aver previsto solo meccanismi punitivi per indurre i professionisti all'adesione al processo di formazione.

## PARTE SECONDA: LE PROPOSTE

La necessità di dare attuazione all'Art. 13 del decreto legislativo 229/99 e le esperienze già realizzate o in fase di avanzata realizzazione in altre nazioni ci permettono di delineare alcune ipotesi organizzative che potrebbero essere attivate in tutto l'ambito nazionale.

Le proposte che seguono vogliono essere stimolo a una riflessione sulle possibilità di soluzione di un problema a lungo trascurato. Alcune di queste, e in particolare la definizione quantitativa dei crediti e i criteri di assegnazione, non possono che essere indicative, anche se mutate da esperienze già realizzate in altri Paesi, e necessitano di un'ampia discussione e di un periodo di sperimentazione e di valutazione in alcune realtà campione, che l'ACP si propone di effettuare autonomamente o in collaborazione con altri.

### I bisogni e i contenuti della formazione

La definizione di un progetto di for-

mazione continua adeguato alle necessità del gruppo professionale a cui si riferisce dovrebbe nascere da un equilibrio tra i bisogni del singolo professionista, quelli dell'organizzazione in cui esso è inserito e della comunità in cui opera.

Nella scelta dei contenuti della formazione non si può prescindere da un'analisi della situazione sociale e sanitaria dell'area in cui i pediatri svolgono la loro attività.

Per ciascuna componente della pediatria, o meglio per "ciascun gruppo con bisogni formativi definiti" (università, ospedale, territorio), dovranno essere individuati argomenti pertinenti al proprio campo d'azione nell'ambito dell'area pediatrica. È importante che per tutti i gruppi, e in particolare tra pediatri che operano in ambito ospedaliero e territoriale, siano previsti momenti di formazione comune, nonché momenti di formazione interdisciplinari che portino a un miglioramento delle capacità di attivare la rete dei servizi.

Alcuni argomenti dovranno essere sviluppati trasversalmente, nell'ambito dei vari gruppi con bisogni formativi definiti, e su questi dovranno essere previsti periodici momenti di revisione-aggiornamento.

Segnaliamo fra questi argomenti:

- la relazione-comunicazione medico-paziente;
- il lavoro in team interdisciplinare e/o interprofessionale per adeguare la rete dei servizi;
- lo studio del contesto epidemiologico;
- alcuni problemi a lungo trascurati come il disagio socio-familiare, e in particolare il bambino con disabilità o malattia cronica, l'abuso;
- le nuove tecniche di comunicazione telematica.

### Il percorso formativo

Il percorso di formazione dovrà tenere conto del fatto che i soggetti coinvolti sono medici specialisti, inseriti in una attività professionale che condiziona in maniera importante le necessità formative. Andranno pertanto valorizzate le possibilità di formazione "sul campo" (formazione "mentre si lavora"): momenti di apprendimento attivo nello studio professionale, nell'ospedale e nei centri territoriali di cura e riabilitazione, e l'apprendimento nel lavoro di gruppo tra pari e/o tra pari in gruppo composito (pediatri di base, ospedalieri, territoriali ecc.), avendo presente che la formazio-

ne "tra pari" si esprime soprattutto nella discussione programmata (giorno, ora, tempo dedicato prefissato) di casi clinici, nell'analisi delle cartelle, nella elaborazione e correzione interna delle linee guida, nel *journal club*, nella valutazione di indicatori prefissati circa il lavoro svolto, nella programmazione di progetti obiettivi e infine nella stessa elaborazione di programmi di aggiornamento e formazione.

Deve essere valorizzata l'importanza formativa della ricerca sul campo, che nasce dall'esigenza di dare una concreta risposta a problemi emergenti nella pratica quotidiana, e ha una forte potenzialità formativa, soprattutto quando ai pediatri che aderiscono venga offerta la possibilità di partecipare attivamente a tutte le fasi della ricerca fin dalla elaborazione della metodologia.

### Le offerte

È indispensabile che il pediatra nel tracciare il suo percorso di formazione continua abbia ampia possibilità di scelta (nel rispetto del principio del *self-directed-learning*) all'interno di una rete che consenta più occasioni formative. Sarebbe auspicabile che, nell'ambito delle proposte di attività formative, si sviluppasse una pluralità di offerte da parte di ASL, regioni, ospedali, associazioni culturali, sindacati ecc.

### Aspetti legislativo-contrattuali

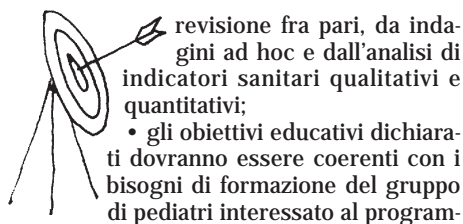
Il recente decreto legislativo n. 229/99 prevede l'obbligo della formazione continua per tutti i medici. È pertanto auspicabile che tutti gli accordi o contratti di lavoro facciano riferimento a un'unica Authority o Commissione Regionale (che cercheremo di individuare), i cui compiti dovrebbero essere, a nostro parere, quelli descritti nel capitolo "Authority o Commissione Regionale".

### Accreditamento dei momenti di formazione

È indispensabile che la Commissione che valuta le offerte inviti chi organizza momenti di formazione a definire chiaramente il fine educativo che vuole raggiungere e sia anche rigorosa nel valutare l'efficacia dei programmi offerti. Altrettanto rigore sarà necessario nella valutazione dei crediti da attribuire ai singoli momenti formativi. Il giudizio dovrebbe essere formulato sulla base di una serie di criteri predefiniti:

- dovranno essere privilegiati i bisogni formativi emersi in attività di audit e di

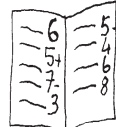




revisone fra pari, da indagini ad hoc e dall'analisi di indicatori sanitari qualitativi e quantitativi;

- gli obiettivi educativi dichiarati dovranno essere coerenti con i bisogni di formazione del gruppo di pediatri interessato al programma;

- il numero di ore dovrà essere adeguato al percorso di formazione/aggiornamento proposto;
- il rapporto fra docenti/di-scendenti dovrà permettere il rispetto della tattica formativa scelta;
- dovrà essere predisposto adeguato materiale di supporto;



- dovrà essere prevista la valutazione alla fine del momento formativo;
- dovranno avere priorità di valutazione i percorsi di formazione:

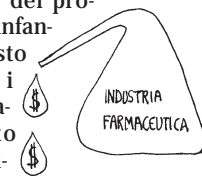
- che coinvolgano i partecipanti in progetti di ricerca, di revisione tra pari, di audit;
- che prevedano momenti di lavoro interdisciplinare;
- che interessino tematiche a impatto assistenziale significativo come la definizione di linee guida, corsi di *evidence based medicine*, introduzione all'utilizzo di tecnologie innovative;
- dovranno essere previste:
- la compilazione obbligatoria di schede informative/valutative predisposte dalla Commissione Regionale di cui al capitolo "Authority o Commissione Regionale";
- la valutazione da parte dei partecipanti;
- una eventuale valutazione del corso o dell'incontro da parte di un osservatore incaricato dalla Commissione stessa.

### Finanziamenti



È necessario che, in sede regionale, sia elaborato un programma pluriennale di utilizzazione dei fondi distribuiti alle regioni e che la Commissione Nazionale controlli il corretto utilizzo dei fondi e i contenuti e la qualità dei momenti formativi.

È accettabile il supporto delle aziende farmaceutiche e dei prodotti dietetici per l'infanzia, senza che questo possa condizionare i contenuti e le modalità di svolgimento delle attività formative. È compito delle Authority o Commissioni Regionali, della Commissione Nazionale e della FNOMCeO, controllare e garantire la qualità e l'indipendenza dei progetti di formazione.



### Crediti

Si ritiene preferibile utilizzare l'attribuzione di crediti, e non di ore, perché queste ultime sono difficilmente quantificabili come unità di apprendimento attivo, anche se nel testo che segue si farà qualche richiamo al numero di ore per rendere più chiara l'esposizione.

Ciascun professionista, in qualsiasi attività sia impegnato, dovrà partecipare a incontri formativi sino al raggiungimento di trenta-cinquanta crediti per anno\*.

Può essere concesso il recupero e il raggiungimento dei crediti complessivi nell'arco di un triennio. Per garantire un'equilibrata preparazione in ogni settore di competenza si ritiene utile suggerire l'obbligo di partecipare, per circa la metà dei crediti, a momenti di formazione organizzati a livello di ASL o di regione, su temi inerenti all'organizzazione dei servizi, progetti obiettivo regionali e nazionali, bisogni di salute emergenti.

Per la restante parte il pediatra potrà scegliere momenti di formazione tra quelli con crediti definiti, fino alla concorrenza del numero totale previsto in contratto.

È assolutamente necessario che siano previsti incentivi per chi completa regolarmente il programma di crediti. L'incentivo sarà perduto in parte o totalmente, a seconda dei casi, da chi completa più o meno parzialmente o non completa affatto il programma di crediti. In caso di inadempienza assoluta, dopo il primo triennio, possono essere previste le penalizzazioni di cui alla legge 229/99\*\*.

\* La UEMS (Unione Europea di Medicina Specialistica) suggerisce 80 ore in due anni. Lo Working Group in CME (Continuing Medical Education) del CESP (indica almeno 250 ore in cinque anni (50 all'anno).

**Authority o Commissione Regionale**  
Occorre prevedere che, nell'ambito di ciascuna regione, sia costituita una commissione regionale composta di una rappresentanza dei vari gruppi con bisogni formativi definiti, e di un rappresentante della Federazione Regionale degli Ordini dei Medici. La commissione dovrebbe avere il compito di:

- vigilare sulla regolare attuazione dei programmi di formazione, organizzati a livello di ASL o di regione, su temi inerenti all'organizzazione dei servizi, ai bisogni di salute emergenti, alla collaborazione a progetti obiettivo nazionali o regionali;
- proporre argomenti di formazione emergenti dalla rilevazione dei bisogni formativi dei pediatri e dai bisogni di salute della popolazione pediatrica di riferimento;
- valutare la rispondenza dei contenuti della formazione ai reali bisogni formativi e suggerire eventuali integrazioni o modifiche;
- raccogliere le proposte di momenti di formazione organizzati a livello regionale da enti o associazioni accreditati per la formazione, dalla FNOMCeO, ed esprimere una valutazione assegnando i crediti sulla base di criteri predefiniti;
- tenere un registro delle occasioni di formazione da trasmettere alla Commissione Nazionale sulla formazione;
- controllare che i medici completino il percorso formativo previsto.

### Tipologia degli incontri di formazione e rispettivi crediti

Le seguenti proposte per l'attribuzione dei crediti sono suscettibili di discussione e di modifiche. Si ritiene però che debba rimanere fermo il principio di una netta distinzione, per differente qualità formativa, tra le attività di tipo interattivo organizzata in gruppi non superiori a 20, con tutor o facilitatore, e inerenti il saper fare e il saper essere, e l'attività di tipo frontale che, riferendosi al Decreto Legislativo 229/99, dev'essere definita più attività di aggiornamento che di formazione.

Il dettaglio dell'attribuzione dei crediti che segue è coerente con questa logica relativa alla tipologia dei processi formativi.

\*\* Tutti i rappresentanti dei Paesi dell'UEMS hanno espresso un parere nettamente sfavorevole a eventuali provvedimenti di penalizzazione con revoca della licenza di esercitare.

### Aggiornamento professionale come da Art. 13 del DLvo 229/99

- Attività di aggiornamento di tipo tradizionale "frontale" inerente il "sapere" di tipo non interattivo e senza tutor svolta in convegni internazionali, nazionali, regionali e locali: 0,5 credito per ogni sessione antimeridiana o pomeridiana (durata minima della sessione 3 ore).
- Partecipazione a conferenze di organizzazione promosse dalle ASL o dalle regioni: 1 credito per sessione.

### Formazione permanente come da Art. 13 del DLvo 229/99

- Frequenza in centri ospedalieri o universitari o comunque specialistici con obiettivo definito: 6 crediti per giornata.
- Frequenza a corso monotematico interattivo con minimo di due sessioni di tre ore ciascuna e con massimo di 20 partecipanti: 6 crediti per giornata.
- Frequenza finalizzata all'acquisizione di competenze specifiche su percorsi assistenziali per patologie importanti, inerenti il saper fare con tutor: 3 crediti per sessione di mezza giornata qualora l'unità di misura sia questa.
- Frequenza a corsi monotematici specialistici, programmati in livelli di crescente complessità: 6 crediti per giornata, aumentabili del 20% al completamento della frequenza della serie di corsi.
- Frequenza ad attività di tipo interattivo per piccoli gruppi in qualsiasi contesto organizzativo con o senza tutor o facilitatore, inerente il "saper fare", "saper essere" per gruppi non superiori a 20: 3 crediti per sessione.
- Corso monotematico con minimo di due sessioni di tre ore ciascuna con massimo di 20 partecipanti: 3 crediti per sessione.
- Lavoro di gruppo, revisione tra pari con o senza esperto all'interno di un percorso formativo definito: 3 crediti per sessione.
- Riunioni periodiche (gruppi Balint, lavoro di gruppo con revisione fra pari) nell'ambito di un percorso definito, comprendente almeno 8-10 incontri annui: 20 crediti per chi frequenta tutto il programma di incontri, 12 crediti per chi frequenta almeno due terzi del programma.
- Partecipazione ad attività di formazione organizzate a livello di ASL o di regione, in piccoli gruppi o in gruppi più numerosi, ma sempre caratterizzate dal confronto e dalla interattività, mirate all'organizzazione dei servizi, alla definizione di percorsi assistenziali, di progetti obiettivi ecc.: 3 crediti per sessione.

- Ricerca-partecipazione ad attività di ricerca che nascono da bisogni emergenti nella pratica professionale, che si propongano una modifica dei comportamenti o l'acquisizione di conoscenze sull'utilizzo di nuovi strumenti professionali, con una fase preparatoria in cui tutti i partecipanti condividono obiettivi e metodologia della ricerca: almeno 4 crediti per partecipante per ciclo annuale di ricerca; 6 crediti per partecipante al gruppo di elaborazione e realizzazione del progetto.

- Didattica-attività di tutore e/o docente a contratto nell'ambito del corso di specializzazione in Pediatria: 10 crediti per anno.

*NB.* Per le attività di tutore e/o facilitatore nell'ambito delle varie attività di formazione va attribuito il 50% in più dei crediti previsti per i partecipanti per la preparazione del pacchetto e la prima edizione. Per le edizioni successive stesso punteggio dei partecipanti al corso.

- Formazione continua con mezzi telematici-lettura di un articolo di aggiornamento o di caso clinico con compilazione di questionario a scelte multiple con almeno dieci quesiti e obbligo di risposte corrette ad almeno l'80% di questi: da 0,5 a 1 credito a seconda della difficoltà e del numero di quesiti.

### Fase di sperimentazione

L'ACP intende avviare una fase di sperimentazione del modello di crediti proposto per valutarne la fattibilità (e definire, tra l'altro anche se lo standard europeo dei 50 crediti all'anno sia attuabile con il sistema proposto), far maturare tra i pediatri la consapevolezza della necessità di riordinare la materia della formazione continua. Intende inoltre prendere parte attiva per la costituzione di un tavolo di lavoro comune tra le società scientifiche e professionali pediatriche al fine di definire dei criteri condivisi per la valutazione dei momenti formativi, utilizzare al meglio le risorse esistenti per offrire ai pediatri offerte formative adeguate ai bisogni e valorizzare l'apporto originale della pediatria nell'ambito della riforma dei sistemi di formazione permanente in atto in Italia.

### Bibliografia

1. Towle A. Changes in Health care and continuing medical education for the 21st century. *BMJ* 1998;316:24-01.
2. Davis D. Global health, global learning. *BMJ* 1998;316:31-01.
3. Bashook PG, Parboosingh J. Recertification and the maintenance of competence. *BMJ* 1998;316:14-02.
4. Headrick LA, Wilcock PM, Batalden PB. Interprofessional working and continuing medical education. *BMJ* 1998;316:7-03.
5. Toghiani P. Continuing medical education: where next? *BMJ* 1998;316:7-03.
6. Butler T, Roland M. Continuing medical education Needs to be more effective, accountable, and responsive to all stakeholders in health. *BMJ* 1998;316:24-01.
7. Holm HA. Quality issues in continuing medical education. *BMJ* 1998;316:21-02.
8. Fox RD, Bennet NI. Learning and change: implication for continuing medical education. *BMJ* 1998;316:7-02.
9. Southgate L, Daphinee D. Maintaining standards in British and Canadian medicine: the developing role of the regulatory body. *BMJ* 1998;316:28-02.
10. Cliniche Pediatriche Universitarie, Associazioni Culturali dei Pediatri di Base, Pediatri di Base, Specializzandi in Pediatria. Didattica e formazione permanente in Pediatria: risultati del progetto policentrico. *Medico e Bambino* 1993;7:37-4.
11. Bartolozzi G, Fawlkner L, Peraldo M. Aggiornamento permanente in pediatria: proposta di introduzione del sistema dei crediti *Medico e Bambino* 1999;3:185.
12. Minutes of the meeting of the european accreditation council for CME, 30-01-1999, Brussels.
13. UEMS (European Union of Medical Specialists). Charter on continuing medical education CME in Pediatrics: Continuing medical education in Pediatrics in the European Union.
14. Buscaglia S, Palma Carlos AG, Canonica GW. European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI): guidelines for continuing medical education. Essential for accreditation, standards for commercial support, and system of credits. *Allergy* 1997; 52:490-503
15. Clark NC, Gong M, Schork MA, et al. Impact of education for physicians on patient outcomes. *Pediatrics* 1998;101:831-6.

