

Aggiornamento permanente in Pediatria: proposta di introduzione del sistema dei crediti

GIORGIO BARTOLOZZI¹, LAWRENCE FAULKNER², MASSIMO PERALDO³

¹Dipartimento di Pediatria, ²U.O. di Oncoematologia, ³Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliera Meyer, Firenze

La formazione permanente del medico di base è una necessità per il SSN ed è un diritto/dovere e quasi ragione di vita per il professionista, di qualunque livello, tanto più necessaria quanto più questo si ritrova a lavorare da solo. La formazione permanente ha molte facce; e quella di puro aggiornamento non è sufficiente; così come sono certamente insufficienti le ore di aggiornamento obbligatorio. Il sistema dei crediti è già sperimentato nei Paesi anglosassoni, e potrebbe essere un modello "europeo", compatibile con le motivazioni e i ritmi individuali, con la verificabilità, e con l'efficienza.

L'attività di aggiornamento è un desiderio di ogni operatore professionale, soprattutto in ambito sanitario: essendo, però, lasciata di fatto in massima parte all'iniziativa individuale, molti di noi finiscono per praticarla in modo insufficiente e parcellare, dati gli intensi ritmi di lavoro. Questo determina ricadute negative sul livello culturale e sulla soddisfazione individuale, anche perché le diverse e molteplici iniziative non sempre sono organizzate in modo da trasmettere conoscenze utili e fruibili, informazioni il più possibile oggettive, fornite con metodologie qualitativamente adeguate, fino a sconfinare in tentativi di propaganda più o meno palese.

Un aggiornamento scientifico qualificato è infatti presupposto fondamentale per un sistema sanitario in grado di fornire uno standard di cura adeguato, soprattutto in un momento, quale quello che stiamo vivendo, che vede da un lato profonde modificazioni normativo-organizzative legate, non ultimo, alla limitatezza delle risorse economiche, e dall'altro al frenetico mutare ed espandersi delle conoscenze specialistiche. Se a questo aggiungiamo la consapevolezza di un complessivo calo d'immagine della categoria dei medici e un aumento, spesso impropriamente espresso, della richiesta di "salute" da parte delle famiglie, è facile dedurre la necessità di costruire un percorso di aggiornamento culturale continuativo, accreditato, accessibile, monitorizzabile e inserito in modo integrato nello sviluppo professionale di tutti i pediatri, che sarebbe

gratificante per gli operatori e aumenterebbe l'efficacia e la credibilità del nostro lavoro.

Questa esigenza è generalizzata: già molti Paesi da tempo si sono mossi in questa prospettiva, altri, in Europa, si stanno organizzando con normative, metodologie e percorsi relativamente simili. Negli Stati Uniti, come molti sapranno, il sistema è già operante in maniera ufficiale da anni e ha acquisito, o sta acquisendo, i caratteri dell'obbligatorietà nella logica dell'accreditamento: oltre al "board certificate", vero e proprio esame di abilitazione all'attività professionale specialistica, affrontabile solo dopo tre anni di tirocinio retribuito ospedaliero, la normativa di molti stati prevede la frequenza di iniziative di aggiornamento, la periodica verifica del mantenimento di un adeguato livello culturale (ad esempio la risposta a questionari del tipo PREP-test), pena la perdita di possibilità di conferma dell'accreditamento presso le specifiche Accademie. In Gran Bretagna il sistema, proposto in ambito pediatrico nel 1996 è attualmente basato su una partecipazione volontaria, ma "moralmente incentivata", e la sua formalizzazione negli impegni contrattuali dei medici dipendenti e convenzionati è altamente raccomandata dalle società scientifiche.

Qualunque sia il sistema, "premiante" o "sanzionatorio", è basato essenzialmente, nei Paesi anglosassoni, sul principio di assegnare punteggi corrispondenti a "crediti formativi" (CF) a fronte di documentate attività di aggiornamen-

to e formazione, accreditate nell'ambito della Continuing Medical Education, traducibile in Aggiornamento Medico Permanente (AMP). L'accreditamento, sotto l'egida delle Società Scientifiche (Royal Colleges nel Regno Unito, American Academies negli USA), non ha lo scopo di controllare o monopolizzare la formazione, ma quello di conferirle autorevolezza, fruibilità, coordinamento e compatibilità con le diverse esigenze assistenziali.

Il modello britannico è sicuramente quello più vicino alla nostra mentalità, e potenzialmente più applicabile. L'unità di misura dei CF è il tempo: un'ora corrisponde a 1 credito, un'intera giornata 6 crediti, mezza giornata 3 crediti e così via. Sono previste 5 categorie di attività all'interno del CME, che conferiscono crediti formativi, ognuna delle quali non può contribuire per più del 50% dei crediti complessivi individuali, suddivise in due tipologie principali, a seconda che siano svolte in orario di lavoro o al di fuori di questo (e quindi richiedano sostituzioni o permessi programmati).

Alla seconda tipologia appartengono la partecipazione a congressi, corsi, giornate di studio internazionali, nazionali, regionali, organizzati dalle società scientifiche di pertinenza o altri organismi accreditati, così come la frequenza in reparti o centri specialistici, lontani dal luogo di lavoro, al fine di acquisire /approfondire conoscenze cliniche o perfezionare metodiche diagnostiche. Alla prima appartengono gli incontri locali di aggiornamento ospedaliero e/o

territoriale, la discussione collettiva di casi clinici o di argomenti scientifici, la partecipazione ad audit, la preparazione di lezioni di livello post-laurea, la docenza/discenza in sedute di ambulatorio didattico e così via.

È da sottolineare che non dovrebbero essere considerate valide al fine di conferimento di CF: a) la lettura di riviste mediche; b) la preparazione di pubblicazioni scientifiche, di libri, di review; c) la partecipazione a comitati; d) l'attività amministrativa.

L'obiettivo è di raggiungere la quota di 50 CF in un periodo prefissato, mettiamo come ipotesi tre anni. Ovviamente devono essere eliminati, o ridotti al minimo, quei vincoli che possano ostacolare la partecipazione alle attività formative, garantendo a tutti i medesimi diritti. Anzi, nel protocollo britannico sono individuate le figure istituzionali (responsabili organizzativi ai vari livelli, tutor, comitati, gruppi di lavoro ecc.) che hanno il compito di informare e incentivare i medici, sensibilizzare le strutture sanitarie territoriali e svolgere funzioni di controllo.

Sicuramente la garanzia di pari diritti, la sensibilizzazione delle amministrazioni locali e il controllo qualitativo, sono gli aspetti più spinosi da valutare e applicare, in un Paese come il nostro do-

ve l'"organizzazione" si trasforma troppo spesso in "burocrazia", il controllo in imposizione rigida e la cultura in rendita di potere.

È purtroppo frustrante esperienza di molti la fatica necessaria per riuscire a ritagliarsi gli spazi per lo studio e l'aggiornamento: questo è sicuramente ancor più vero nelle realtà lavorative decentrate rispetto alle grandi città, agli ospedali maggiori e alle cliniche universitarie, dove gli organici sono più numerosi e più frequenti le iniziative culturali. Il contratto della dirigenza medica prevede la individuazione di ore di "aggiornamento individuale obbligatorio" come parte integrante dell'orario di lavoro settimanale, ma è diffusa una scarsa e inefficace applicazione di questo istituto contrattuale.

Altrettanto parcellari e poco coordinate sembrano essere le iniziative di aggiornamento organizzate dalle Associazioni di categoria. Rendere fruibile un percorso, pianificare uno sviluppo logico, anche se individualmente programmato, di crescita professionale, esplicitare gli obiettivi formativi e soprattutto sforzarsi di garantirne la massima trasparenza, potrebbero essere fattori decisivi nel convincere i vari livelli di gestione a concedere spazi e forze necessari all'attività di aggiornamento.

Sarà infine essenziale individuare gli organismi preposti a formalizzare i criteri e le procedure per ottenere l'approvazione delle attività formative al fine dell'assegnazione dei crediti, a monitorare le attività di AMP e a promuoverne la diffusione. Queste responsabilità dovrebbero essere affidate a specifici comitati nazionali, regionali e locali di riferimento, dove siano rappresentate le componenti istituzionali interessate. È ragionevole ipotizzare che gli incontri organizzati, a livello nazionale e regionale, dalle società scientifiche o altri organismi riconosciuti non necessiteranno di approvazione, e la quantità di CF assegnati seguirà le modalità stabilite. I comitati regionali e locali vaglieranno, invece, le proposte di attività presentate da strutture non "accreditate" o da singoli, per iniziative formative individuali. L'esplicitazione di criteri omogenei di valutazione e di requisiti organizzativi minimi dovrebbe oggettivare i parametri di giudizio e garantirne la trasparenza.

Questo scritto ha lo scopo principale di proporre l'introduzione di alcuni meccanismi di valutazione, adatti a raggiungere più alti obiettivi, culturali e pratici, nei prossimi anni. Dovrebbe stimolare l'interessamento di quanti hanno a cuore il progresso continuo nella preparazione dei pediatri del 2000.

CONFRONTI IN PEDIATRIA 1999

IL DOLORE NEL BAMBINO... E ALTRO

Trieste, Stazione Marittima, 3-4 dicembre 1999

Venerdì

FANS: quali, quando, perché; Il dolore nel neonato; Mal d'orecchi, mal di denti; Il grande dolore fisico (neoplasia, chirurgia); Il prurito; La colica renale; Il bambino nel dramma (il lutto, il disagio sociale); Mal di schiena e mal di gambe; Mal di pancia (coliche del lattante, DAR, dolore chirurgico, dolore mestruale)

Sabato

Gli antileucotrieni (tavola rotonda); Novità verso il 2000: le letture che ci hanno cambiato; Le terapie "alternative" del dolore

Segreteria scientifica:

Giorgio Longo

Alessandro Ventura

Clinica Pediatrica, Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo"
via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste • Tel. 040/3785233

Segreteria organizzativa:

Quickline Congressi

via S. Caterina da Siena, 3

34122 Trieste

Tel. 040/363586

Fax 040/7606590