

L'educazione Continua in Medicina (ECM) per i professionisti della salute

LAMBERTO PRESSATO

Presidente dell'Ordine dei Medici di Venezia, Componente della Commissione Nazionale per la Formazione Continua (ECM)

Questa presentazione-commento sulla svolta nell'Educazione Medica Continua che la legge ci impone, è stata scritta da un medico di medicina generale, che è anche una delle persone che più hanno contribuito a costruirne lo schema e a contrattarne i singoli paragrafi. È una presentazione sostanzialmente positiva, quasi promozionale. Gli aspetti problematici, o di dubbio, sono illustrati nell'editoriale di accompagnamento. La realtà speriamo stia nel mezzo.

La coincidenza della contemporanea entrata in vigore dell'euro e dell'avvio dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) in Italia, anche se fortuita, non è in ogni caso priva di significato, e speriamo sia di buon augurio.

Dal 1° gennaio 2002 nel nostro Paese circa 900.000 professionisti della salute (medici, infermieri, farmacisti, odontoiatri, veterinari, biologi, chimici, ostetriche ecc.) vedranno registrati crediti formativi (10 nel 2002, 20 nel 2003, 30 nel 2004, 40 nel 2005 e 50 nel 2006), maturati mediante la partecipazione ad attività ed eventi di formazione nell'ambito del progetto ECM.

In pratica il valore della formazione continua (sancito nei codici deontologici quale diritto-dovere di ogni singolo professionista) diviene, per legge, un requisito indispensabile per continuare a mantenere l'esercizio della professione. Il reale obiettivo del percorso che inizia con l'ECM è costituito da un adeguato sviluppo professionale continuo (CPD-Continuing Professional Development, che nell'interpretazione anglosassone coniuga "knowledge, competence, performance") per assicurare adeguatezza e appropriatezza degli interventi assistenziali.

Proprio perché diritto-dovere e requisito indispensabile per la pratica

CONTINUING MEDICAL EDUCATION FOR HEALTH PROFESSIONALS

(Medico e Bambino 21, 313-314, 2002)

Key words

Continuing Medical Education, Credits, Professional societies, Quality control

Summary

A Continuing Medical Education (CME) programme was started in Italy in 2002 by the Ministry of Health. According to the programme, all health professionals must obtain a minimum of CME credits. According to the principle of self-directed learning, they may choose among the various CME courses which are offered by Institutions, Universities and professional societies. All proposed CME activities must be approved by an ad hoc committee, which is set up for each main discipline. The CME committees evaluate the proposed CME activities and attribute the credits according to predefined criteria. Interactive learning is given priority. Evaluation of quality appears as the most difficult problem. Participation of all professionals is needed to ensure success and further development of the programme.

professionale, la formazione continua nell'ECM necessita del rispetto di alcuni principi (a tutela di ogni professionista):

- un sistema efficiente, efficace, condiviso, con finanziamenti idonei e vincolati da specifici fondi del PSN e dei PSR;
- per ogni professionista della salute ampia possibilità di scelta (principio del *self-directed-learning*), con più occasioni formative, possibilmente facilmente accessibili al maggior numero di operatori;
- l'omogenea applicazione dell'ECM in tutto l'ambito nazionale è che il percorso italiano sia adeguato al confronto e

integrato con altre realtà europee e internazionali, per consentire il reciproco riconoscimento dei crediti formativi (EACCME-European Accreditation Council for CME e AMA-American Medical Association, stanno collaborando per rendere omogeneo il panorama).

I soggetti coinvolti nell'ECM hanno ruoli, compiti e funzioni diversi.

Al Ministero della Salute spetta il compito d'indirizzo e vigilanza, affinché il sistema abbia la sua coerenza sul territorio nazionale e possa integrarsi con quello europeo.

Alle singole Regioni, per quanto di propria competenza e in coerenza con

gli indirizzi nazionali, è affidato il compito di promuovere sul loro territorio il sistema per la formazione continua, mediante appropriate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali, nonché delle società scientifiche salvo eventuali incompatibilità.

RUOLO E COMPITI DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE RIUNITE IN DISCIPLINE

□ Ogni Disciplina è rappresentata da una o più Società Scientifiche e Associazioni Professionali.

□ Le Discipline riconosciute in Europa sono registrate nell'elenco depositato presso la UEMS (i Board specialistici della UEMS sono oltre 50; a questo elenco fa riferimento la Commissione Nazionale per la formazione continua).

□ Le Discipline ufficialmente rappresentate in seno alla UEMS forniscono visibilità e collegamento per il percorso ECM nazionale con i modelli europei

□ La Disciplina attinge dall'Università e partecipa attivamente alla ricerca, quindi crea e alimenta i contenuti della formazione che trasferisce, mediante i docenti, ai professionisti in formazione.

□ Le Discipline hanno le risorse (umane ed economiche) per individuare i fabbisogni dei professionisti, integrando le informazioni dalla Sanità e individuando i campi da curare con l'ECM.

□ La Disciplina è quindi motore primo e insostituibile del processo formativo.

□ Attraverso un percorso identificato dal Ministero, le discipline accreditate hanno il dovere statutario di operare il controllo di qualità dell'ECM di propria pertinenza; i risultati di questo controllo forniscono alla Commissione Nazionale ECM il piano di sviluppo per la progettazione e strumenti utili alle ricadute positive e negative (premi e sanzioni).

Alla Disciplina spettano i compiti di:

- definire conoscenze, abilità e competenze che ogni professionista deve possedere, relativamente all'area specialistica di riferimento;
- concorrere alla individuazione degli obiettivi formativi sia nazionali che regionali;

- svolgere, attraverso le Società Scientifiche accreditate, attività formative;

- fornire alla Commissione Nazionale per la formazione continua un elenco di esperti di contenuto e di metodologia (referee) per contribuire alla valutazione degli eventi e delle attività di formazione ECM presentate dai vari provider;

- indicare un referente/coordinatore per ogni Disciplina (prevedendo un momento federativo, qualora siano rappresentate più Società Scientifiche per una disciplina) per una efficace comunicazione tra Istituzioni e discipline;

- fornire alle Istituzioni di riferimento ogni forma di collaborazione utile alla qualità ed efficacia del progetto ECM;

- indicare alla FNOMCeO i nominativi di candidati a rappresentare la disciplina in ambito europeo nei Board UEMS.

Tutti gli altri soggetti che soddisfino i requisiti definiti dalla Commissione nazionale, e gli eventuali ulteriori definiti dalle Regioni, saranno titolari a realizzare gli eventi formativi coerenti con gli obiettivi nazionali e regionali.

Gli Ordini e Collegi Professionali, garanti dei processi e della qualità della formazione continua dei professionisti iscritti nei rispettivi Albi, a tutela della salute dei cittadini, avevano rivendicato i compiti di:

- gestione e certificazione dei crediti formativi acquisiti dai singoli professionisti in un determinato periodo;

- provider per quanto attiene all'etica e alla deontologia;

- verifica d'idoneità dei requisiti dei provider e valutazione degli aspetti della gestione degli eventi di formazione in funzione del raggiungimento degli obiettivi formativi, in collaborazione con le Associazioni Professionali/Società Scientifiche, che hanno per dovere statutario la missione dell'aggiornamento.

Nel documento della Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 non c'è evidenza scritta delle funzioni attribuite, in forma prioritaria e/o esclusiva, a Ordini e Collegi Professionali, salvo che queste rientrino (in un'interpretazione estensiva) nelle "adeguate forme di partecipazione".

QUALI SONO I PROBLEMI ANCORA APERTI PER L'ECM?

□ Manca una comunicazione efficace rivolta a tutti i soggetti coinvolti e ai cittadini.

□ Non sono ancora stati definiti i requisiti per i provider.

□ Siamo in attesa di linee guida per la formazione a distanza (FAD).

□ L'articolazione regionale (anche della gestione e organizzazione) dell'ECM è ancora tutta da costruire.

□ I processi di verifica e valutazione non sono completamente definiti, né siamo in grado ora di sapere a chi saranno attribuite queste delicatissime funzioni.

□ I finanziamenti e gli investimenti per ECM saranno deliberati soltanto dopo la nuova stagione contrattuale?

□ Quali i tempi e i modi per garantire l'integrazione del modello italiano di formazione continua (FC) con l'Europa (per il riconoscimento reciproco dei crediti formativi)?

A tutti questi interrogativi serve un'urgente risposta "politica" dal Governo e dalle Regioni. Ci sono comunque motivi di fiducia per il proseguo della ECM. Il lavoro "duro" e un confronto sistematico portato avanti dalla commissione nazionale, ha prodotto gli atti essenziali (compresa la definizione degli obiettivi nazionali di formazione) per dare il via ufficiale nella fase a regime dell'ECM dal 1 gennaio 2002. Con l'approvazione del documento della Conferenza Stato-Regioni (20 dic. 2001) e l'avvio "regolare" dal 1° gennaio 2002, si è finora scongiurato il pericolo di 21 modelli regionali di ECM. Siamo ora in attesa che siano definiti i criteri e le linee guida per la formazione a distanza (FAD), magari attraverso una Consensus conference, perché anche questa tipologia di formazione possa essere messa a regime il 1° luglio 2002.

Se e quando i professionisti della salute, attraverso una graduale e progressiva adesione al progetto ECM, sapranno trasformare un diritto-dovere (e un obbligo di legge) in un patrimonio condiviso per e da tutti, solo allora avremo vinto questa sfida, a tutto vantaggio della qualità dell'assistenza e cure rivolte ai cittadini.