

2 • LA FORMAZIONE RESIDENZIALE DEGLI OPERATORI SANITARI

*Dalle prove di efficacia
all'organizzazione degli eventi*

Antonino Cartabellotta

*I seek a method by which teachers teach less
and learners learn more*
Johann Comenicus, 1630

*People remember 90% of what they do,
75% of what they say, and 10% of what they hear*
R.S. Wurman, 1989

*«I don't know»,
the three most important words in education*
David Pencheon, 1999

INTRODUZIONE

L'avvio del Programma nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) se, da un lato, ha consentito di allineare l'Italia ai sistemi sanitari «civili», dall'altro ha suscitato «reazioni negative» in molti professionisti della sanità: aggravi burocratici, noiosi questionari, letture soporifere, impegno economico, incertezza sull'efficacia/utilità delle varie iniziative di ECM.

Superata la «sbornia iniziale», bisogna riconoscere che il Programma nazionale per l'ECM ha lanciato agli operatori sanitari due sfide molto ambiziose. Innanzitutto, quella di consolidare, oltre all'acquisizione di crediti, la cultura della formazione continua, intesa come parte integrante della pratica professionale. In secondo luogo, una loro progressiva responsabilizzazione al fine di definire i propri obiettivi formativi e di selezionare, dall'offerta di mercato, le attività educazionali che consentano di raggiungerli.

Il presente capitolo si pone quattro obiettivi principali:

- diffondere le basi psicologiche e scientifiche della formazione continua: la teoria dell'apprendimento dei soggetti adulti, gli endpoint e le prove di efficacia dell'ECM;
- fornire ai provider alcuni suggerimenti per articolare nella maniera più efficace la propria offerta formativa residenziale;
- guidare gli operatori sanitari, oltre che le istituzioni cui appartengono, ad investire al meglio le risorse destinate all'ECM;
- delineare alcune criticità del sistema di accreditamento degli eventi residenziali.

LE BASI PSICOLOGICHE E SCIENTIFICHE DELLA FORMAZIONE CONTINUA

La teoria dell'apprendimento dei soggetti adulti

A prescindere dalla loro autonomia decisionale gli adulti, quando si trovano in un ambiente formativo, regrediscono al ruolo in cui li ha condizionati il modello pedagogico tradizionale: la dipendenza passiva dai docenti. Se questi mantengono il ruolo di «educatori tradizionali», si configura il «paradosso del purgatorio didattico»,² dove, nonostante gli sforzi dei docenti, i partecipanti apprendono ben poco.

D'altronde, l'incapacità della pedagogia tradizionale nel preparare gli operatori sanitari per un *lifelong learning* è riconosciuta da tempo, perché, indipendentemente dal ruolo e dal livello professionale, gli adulti sono motivati ad apprendere se l'attività didattica:³

- è percepita come rilevante;
- è basata e costruita sulle precedenti esperienze;
- coinvolge direttamente i discenti e ne consente la partecipazione attiva;
- è basata su problemi (*problem-based learning*);
- permette di responsabilizzare il proprio apprendimento (*self-directed learning*);
- consente immediatamente di applicare quanto appreso;
- prevede cicli di azioni e riflessioni;
- è basata sulla fiducia e sul rispetto reciproci (sia tra discenti, sia tra docente e discenti).

Gli end-point (obiettivi) dell'ECM

Nella ricerca clinica gli end-point sono genericamente distinti in surrogati (o soft) e clinicamente significativi (o hard). Ad esempio, un farmaco ipolipemizzante, oltre alla colesterolemia (end-point surrogato), può ridurre la mortalità e/o gli eventi coronarici non fatali (end-point hard). È ovvio che le prove di efficacia ottenute da sperimentazioni che misurano end-point clinicamente significativi hanno una consistenza di gran lunga superiore.

Anche per gli interventi educazionali esistono diversi livelli di valutazione di efficacia, descritti da Kirkpatrick oltre 35 anni fa (tabella 2.1).⁴

TABELLA 2.1 - LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI FORMATIVI

END-POINT	OGGETTO DELLA VALUTAZIONE	STRUMENTI
REAZIONE	Gradimento dell'iniziativa formativa	Questionari di gradimento
APPRENDIMENTO	Conoscenze e competenze acquisite	Test (iniziale e) finale, prova pratica
ATTITUDINI	Comportamenti professionali	Clinical audit
ESITI	Esiti assistenziali (clinici, economici, umanistici)	Ricerca sui servizi sanitari

Ad esempio, in un intervento formativo sul management dei pazienti con scompenso cardiaco (SC) possono essere misurati i seguenti risultati:

- **REAZIONE.** I partecipanti hanno gradito l'iniziativa: alla fine del corso il 90% ha giudicato l'evento di qualità elevata.
- **APPRENDIMENTO.** I medici hanno acquisito nuove conoscenze: rispetto al test d'ingresso, dove solo il 30% era consapevole dell'efficacia dei beta-bloccanti cardioselettivi nei pazienti con SC, nel test finale la percentuale è salita al 90%.
- **ATTITUDINI.** I medici hanno modificato i comportamenti professionali: in un campione di cartelle cliniche di pazienti con SC

ricoverati successivamente, la prescrizione appropriata di beta-bloccanti – rispetto ad un periodo precedente – è aumentata del 40%.

- ESITI. Si è assistito ad una modifica di esiti assistenziali: nei due anni successivi all'intervento formativo, l'ospedalizzazione dei pazienti con SC si è ridotta del 15%.

Poiché è spesso difficile, se non impossibile, valutare l'efficacia degli interventi educazionali su end-point hard (modifiche di comportamenti professionali e di esiti assistenziali), bisogna necessariamente «affidarsi» alle migliori evidenze disponibili. Infatti, tra i numerosi progressi compiuti dalla ricerca educazionale negli ultimi 30 anni, uno dei più rilevanti è la consapevolezza che le scelte educazionali, analogamente ad altre decisioni in sanità, devono essere guidate dalle evidenze scientifiche.⁵

Le prove di efficacia degli interventi educazionali

In generale, la formazione del medico (non solo l'ECM, ma anche quella universitaria e specialistica) ha subito negli anni una progressiva evoluzione, che permette, oggi, di identificare due paradigmi in parte contrastanti (tabella 2.2). Il vecchio, basato su autorevolezza del docente e totale dipendenza del discente, ed il nuovo che, condividendo i principi dell'evidence-based medicine (EBM), costituisce il fondamento per il *lifelong learning*, il vero obiettivo dell'ECM.

Seguendo la «gerarchia» delle evidenze proposta dall'EBM,⁷ i trial controllati e randomizzati – *Randomized Controlled Trials* (RCT) – costituiscono lo standard delle prove sperimentali, ed è proprio ai RCT⁸ – ed eventualmente, alle revisioni sistematiche di più RCT – che si fa riferimento, in prima istanza, per supportare l'efficacia degli interventi sanitari.⁹

Le revisioni sistematiche¹⁰⁻¹⁴ di Davis et al. hanno dimostrato, sin dall'inizio degli anni Novanta, che le attività formative tradizionali (convegni, seminari, letture) – dove chi partecipa ha una funzione esclusivamente passiva – non sono efficaci nel modificare la pratica professionale, né tantomeno gli esiti assistenziali (scheda 2.1). Viceversa, le iniziative che coinvolgono attivamente

i partecipanti e forniscono loro strumenti pratici sono in grado di modificare la pratica professionale ed, occasionalmente, gli esiti assistenziali.

TABELLA 2.2 - PARADIGMI NELL'APPRENDIMENTO DEGLI OPERATORI SANITARI

VECCHIO PARADIGMA	NUOVO PARADIGMA
• Basato sulle conoscenze	• Basato sui problemi
• Sapere cosa è necessario conoscere	• Sapere cosa non si conosce
• Ruolo preminente dell'intuito	• Definire i problemi; ricercare, valutare criticamente ed utilizzare le migliori evidenze scientifiche per risolverli
• Fare «tesoro» della saggezza ricevuta	• Capacità di mettere in discussione la saggezza ricevuta
• L'apprendimento risulta «completo» alla fine del training formale	• È necessario il <i>lifelong learning</i>
• È sufficiente ritenere una quantità limitata di conoscenze	• Esiste sempre la necessità di di acquisire nuove conoscenze
• Apprendimento dominato dall'esperienza	• È necessario integrare l'esperienza con le evidenze della ricerca

Modificata da Muir Gray, 2001

Questi risultati, coerenti con la teoria dell'apprendimento dei soggetti adulti, non costituiscono una novità per chi si occupa di psicologia cognitiva: infatti le conoscenze acquisite durante la ricerca di soluzioni a problemi (clinici) reali sono meglio elaborate e memorizzate rispetto a quelle ottenute dallo studio non finalizzato.

SCHEDA 2.1 - Efficacia delle attività di ECM: cosa dice la revisione Cochrane

BACKGROUND. I meeting educazionali (congressi, letture, workshop, corsi) ed i materiali stampati distribuiti agli operatori sanitari rappresentano le due forme più comuni di educazione continua, il cui obiettivo principale è migliorare l'assistenza sanitaria attraverso una modifica dei comportamenti professionali.

OBIETTIVI. Valutare l'efficacia dei meeting educazionali nel modificare la pratica professionale e gli esiti assistenziali.

STRATEGIE DI RICERCA. Abbiamo consultato il registro specializzato del Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, MEDLINE (dal 1966), il Research and Development Resource Base in Continuing Medical Education (sino a gennaio 1999), e verificate le voci bibliografiche degli articoli ritrovati.

CRITERI DI SELEZIONE DEGLI STUDI. Trial randomizzati e controllati o studi quasi-sperimentali ben disegnati che esaminavano l'efficacia dei meeting educazionali sulla pratica professionale e sugli esiti assistenziali.

RACCOLTA ED ANALISI DEI DATI. Due revisori, in maniera indipendente, applicavano i criteri di inclusione degli studi, ne valutavano la qualità metodologica, ed estraevano i dati, analizzandoli sia con metodi quantitativi che qualitativi.

RISULTATI. La revisione include 32 studi, con un totale di 32 confronti. Gli studi coinvolgevano da 13 a 411 professionisti (totale 2995) ed erano giudicati di qualità medio-alta anche se i metodi di reporting erano inadeguati. C'era una sostanziale variazione nella complessità dei comportamenti identificati, nella compliance di base e nelle caratteristiche degli interventi formativi e dei risultati. Nei 10 studi che valutavano i workshop interattivi, gli effetti sulla pratica professionale erano moderati-consistenti in 6/10 (tutti statisticamente significativi) e piccoli in 4/10 (solo uno statisticamente significativo). Per gli interventi che combinavano workshop e letture tradizionali, gli effetti erano moderati/consistenti in 12/19 studi (11 statisticamente significativi) e piccoli in 7/19 (solo uno statisticamente significativo). Nei 7 studi che utilizzavano solo letture tradizionali, non c'era alcun effetto statisticamente significativo, ad eccezione di un esito in uno studio.

CONCLUSIONI. I workshop interattivi, diversamente dalle sessioni didattiche tradizionali (letture), possono determinare consistenti modifiche della pratica professionale.

(Segue)

(Segue) **SCHEDA 2.1****IMPLICAZIONI PRATICHE**

- Considerato che l'obiettivo dell'ECM è modificare la pratica professionale, chi pianifica/partecipa a tali attività deve sapere che le prove di efficacia degli interventi educazionali supportano l'organizzazione/partecipazione solo a workshop interattivi, uniche attività formative – da sole o in combinazione con altri interventi – in grado di migliorare la pratica professionale.
- Le attività di formazione «tradizionali» (convegni, seminari, letture) hanno invece altri obiettivi: intrattenimento, funzioni sociali e motivazionali.

IMPLICAZIONI PER LA RICERCA

- Nonostante il numero limitato di valutazioni rigorose sull'efficacia delle attività «tradizionali» (convegni, seminari, letture), non è necessario pianificare ulteriore ricerca.
- Considerato che i workshop interattivi hanno effetti variabili, la ricerca futura dovrebbe chiarire le caratteristiche in grado di massimizzarne l'efficacia: numero dei partecipanti, opportunità di attività pratiche, utilizzo di sessioni di follow-up.
- Le prove di efficacia derivate da RCT devono essere integrate con la ricerca qualitativa, al fine di chiarire quali caratteristiche dei workshop possono migliorare la pratica professionale.
- È necessario migliorare le modalità per riportare la ricerca educazionale.

Bisogna, comunque, rilevare, che esistono numerose difficoltà/limiti ad utilizzare i RCT nella ricerca educazionale: la fattibilità della randomizzazione, l'impossibilità di condurre studi in «cieco», la scelta degli end-point, il controllo delle variabili in grado di influenzare il processo educazionale (strumenti e risorse, motivazione di docenti e discenti, aspettative individuali, influenze istituzionali). Per tali ragioni, non mancano critiche sull'inopportunità di allineare la gerarchia delle prove di efficacia degli interventi educazionali a quella degli interventi sanitari. Ad esempio, i risultati «quasi negativi» di due revisioni sistematiche sull'efficacia del *problem-based learning*^{15 16} hanno sollevato numerose perplessità sull'egemonia dei RCT,^{17 18} anche perché nelle aree non mediche la ricerca educazionale utilizza altri disegni: studi «quasi-sperimentali» e, soprattutto, ricerca qualitativa.

L'ORGANIZZAZIONE E L'ACCREDITAMENTO DEGLI EVENTI FORMATIVI RESIDENZIALI

L'ECM tradizionale è costituita da un sistema di acquisizione di crediti formativi, quale «premio» per aver impiegato una certa quantità di tempo nella partecipazione ad attività formative. Al di là del formale accumulo dei crediti, bisogna essere consapevoli che tutte le iniziative «*teacher-centred*» (conferenze, letture, seminari), che utilizzano modelli educazionali passivi, sono inefficaci nel modificare la pratica professionale.

Questa sezione intende coniugare le prove di efficacia degli interventi educazionali con le modalità di accreditamento degli eventi formativi residenziali, secondo quanto previsto dal Programma nazionale per l'ECM. Ciò per consentire di programmare, e selezionare, iniziative formative che da un lato, grazie alla loro efficacia educazionale, siano in grado di modificare la pratica professionale, dall'altro ottengano un adeguato numero di crediti ECM. Per tali ragioni, non prenderemo in considerazione le attività formative tradizionali (congressi, simposi, conferenze, seminari), inefficaci nel modificare la pratica professionale, e – giustamente – penalizzati nelle attuali griglie di valutazione del Programma nazionale per l'ECM.

Infine, anche se non discuteremo dei progetti formativi aziendali (PFA) – una particolare forma di evento residenziale organizzata dalle aziende sanitarie per i propri dipendenti – tutti i principi generali enunciati sono applicabili alla loro pianificazione/organizzazione.

L'evento residenziale ideale: quali caratteristiche?

Considerato che il fine ultimo dell'ECM è incidere «sull'efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal SSN», le attività di formazione continua devono essere in grado non solo di migliorare le conoscenze dei partecipanti, ma anche di modificarne l'attività professionale. Alla luce delle evidenze scientifiche, della teoria dell'apprendimento dei soggetti adulti, oltre che dell'esperienza maturata negli ultimi anni, è possibile delineare alcuni «requisiti minimi» al fine di ottenere i massimi risultati dalla formazione residenziale:

- effettuare una valutazione preliminare degli obiettivi formativi (*learning needs*²⁰);

- utilizzare la metodologia dei piccoli gruppi (*small group learning*);
- garantire un elevato livello di interazione tra docenti e discenti;
- coinvolgere i partecipanti a trovare soluzioni a problemi clinico-assistenziali, possibilmente da loro stessi formulati (*problem-based learning*);
- evitare di infondere un numero eccessivo di nozioni *ex cathedra*, scarsamente ritenute dai partecipanti e destinate, per la natura delle scienze mediche, a rapida obsolescenza;
- fornire l'opportunità praticare le conoscenze e le competenze acquisite (*learning by doing*);
- fornire strumenti per il *self-direct and lifelong learning*;
- «rinforzare» adeguatamente l'attività educativa con altre strategie in grado di modificare i comportamenti professionali, la cui selezione può derivare solo dall'analisi delle prove di efficacia, dal contesto e dalle attitudini dei professionisti locali.

Quest'ultimo punto riporta alla necessità che, a livello delle organizzazioni sanitarie, le attività di ECM devono essere integrate con le strategie per il miglioramento della qualità assistenziale. Infatti, poiché rappresentano solo uno degli interventi in grado di modificare i comportamenti professionali, le attività di ECM devono essere inserite in una strategia multifattoriale il cui obiettivo è il miglioramento dell'appropriatezza di prestazioni sanitarie e, più in generale, della qualità assistenziale.

«Tips & tricks»: tra prove di efficacia e griglie di valutazione

Vengono di seguito esaminati i 33 item previsti dalla scheda per l'accreditamento degli eventi residenziali;²¹ di questi, solo una parte viene presa in considerazione dai referee per assegnare i punti²² successivamente convertiti in crediti (vedi appendice 6).

Per ciascuno dei 33 item sono riportati:

- numero, denominazione e range (eventuale) di punti attribuibili;
- regole: raccomandazioni fornite dal Programma nazionale per l'ECM;
- problemi: difficoltà riscontrate (logistiche, pratiche, tecniche);
- consigli: suggerimenti pratici, rivolti sia ai provider sia alla Commissione nazionale per l'ECM, al fine di migliorare il sistema.

1. Titolo dell'evento formativo**2. Luogo di svolgimento****3. Data inizio _____ Data fine _____****4. L'evento si svolge in più edizioni?****REGOLE**

È un evento che, con lo stesso programma, lo stesso tipo di organizzazione, gli stessi docenti/relatori si svolge in più luoghi e/o in più date.

PROBLEMI

Esiste una possibilità non presa in considerazione, che in realtà «dovrebbe configurare» il concetto di edizione: l'organizzazione di un evento identico per tutte le caratteristiche sopra riportate, ma organizzato in collaborazione con provider diversi.

CONSIGLI

In questi casi è necessario ripetere la procedura di accreditamento.

5. Durata effettiva dell'attività formativa in ore**REGOLE**

- Non sono attribuibili più di 50 crediti ECM ad un evento formativo.
- Il numero massimo di ore accreditabili in un singolo evento è pari a 50.
- Gli eventi di durata superiore sono valutati in base alle ore dichiarate, ma il numero dei crediti attribuiti è proporzionalmente rapportato a 50 ore. Pertanto, un evento con impegno formativo pari ad 80 ore otterrà un numero di crediti/ora inferiore ad un evento di qualità equivalente con un impegno formativo di 50 ore.
- Il numero totale di ore è quello effettivamente frequentabile da un singolo partecipante (attenzione alle sezioni parallele).

CONSIGLI

- Seguendo la tabella di conversione punti-crediti (vedi appendice 6), chi organizza eventi residenziali dovrebbe mirare ad ottenere 1 credito/ora (anche se è possibile raggiungere 1,2 crediti/ora, per eventi di straordinaria rilevanza, organizzati da provider che hanno ottenuto il massimo della valutazione).

- Nella «anatomia» di una giornata formativa sono «fisiologici» una pausa centrale di 40-60 minuti e due intervalli da 10-15 minuti, per cui è impossibile superare le 7 ore effettive. Riportare un numero superiore di ore/die, oltre a non essere proponibile ai partecipanti, è scarsamente credibile per i revisori, tenuti a verificare che la durata dichiarata sia quella effettivamente desumibile dal programma e dalle risposte alla domanda 12.
- Considerato che in nessun caso il referee può aumentare il numero di ore dichiarate dall'organizzatore, prestare attenzione a non sottostimare la durata dell'evento.
- Contenere sempre l'evento formativo entro le 50 ore, oppure – nel caso in cui la durata sia maggiore – suddividerlo in due o più eventi distinti, ciascuno riferito a blocchi di attività autonomi, razionalmente definiti con criteri di propedeuticità, di completezza formativa per obiettivi formativi parziali, di autonoma rilevanza scientifico-culturale. Idealmente, i due blocchi dovrebbero essere accreditati in anni solari consecutivi per consentire ai partecipanti di utilizzare il massimo dei crediti ottenuti.
- Considerato che negli eventi residenziali «non sono consentite assenze» dei partecipanti – pena il mancato riconoscimento dei crediti – è opportuno suddividere, ove possibile, gli eventi di lunga durata (6-8 giorni) in moduli non superiori a 2-3 giornate, visto che la probabilità di un'assenza (anche piccola) è proporzionale al numero di giornate consecutive.

6. Quota individuale di partecipazione

REGOLE

- È necessario indicare la quota di partecipazione in euro nel formato con due cifre decimali separate da virgola.

PROBLEMI

- Per alcuni eventi residenziali la quota di partecipazione include anche servizi alberghieri non obbligatori (pernottamenti, ristorazione, altro) che non è possibile indicare separatamente in fase di accreditamento dell'evento.

CONSIGLI

- Una soluzione potrebbe essere quella di indicare come quota di partecipazione all'evento (obbligatoria per tutti i partecipanti) quella relativa all'iscrizione-partecipazione all'evento formativo, riportando nel programma allegato la quota (facoltativa) relativa ai «servizi alberghieri».

- La griglia di inserimento degli eventi residenziali dovrebbe prevedere questa possibilità, tra l'altro indispensabile per le statistiche del caso (è impossibile confrontare i costi degli eventi se alcuni di questi includono anche servizi alberghieri).

7. Numero previsto di partecipanti

PROBLEMI

- Gli addetti ai lavori sostengono che nella fase di conversione punti → crediti (vedi appendice 6) vengono penalizzati gli eventi con un numero di partecipanti superiore a 20. Tuttavia, non è chiaro se questo avviene attraverso un criterio oggettivo – non previsto dalla griglia di valutazione – oppure è la logica conseguenza che oltre un certo numero di partecipanti non è possibile utilizzare i metodi d'insegnamento a media ed alta efficacia formativa (vedi punto 12), «premiati» con un numero maggiore di crediti.
- Nell'organizzazione di eventi destinati ad un numero elevato di partecipanti, può verificarsi un duplice imprevisto: il numero di iscritti è inferiore, oppure (sensibilmente) superiore, rispetto a quello indicato al punto 7. Se nel primo caso non c'è alcun problema, nel secondo «pare» che il numero massimo di iscritti sia quello indicato nella richiesta di accreditamento, per cui il provider non può accettare altri partecipanti, ma solo organizzare un'edizione successiva dell'evento.

CONSIGLI

- Anche se le evidenze scientifiche non sono, in merito, definitive,²³ in accordo con la metodologia dell'insegnamento a piccoli gruppi – *small group learning* – il numero dei partecipanti dovrebbe essere compreso tra 16 e 24, al fine di utilizzare i metodi d'insegnamento a media ed alta efficacia formativa.
- In attesa di «chiarimenti ufficiali», nell'organizzazione di eventi destinati ad un numero elevato di partecipanti, è opportuno sovrastimare il numero degli iscritti, sino al limite «logistico» dell'infrastruttura che ospita l'evento. In ogni caso, per ragioni di trasparenza nei confronti dei professionisti, bisogna sempre indicare in fase di divulgazione dell'evento: il numero massimo di iscritti, la data di scadenza nella presentazione delle domande, i criteri (generalmente temporali) con cui il provider potrà non accettare un certo numero di richieste.

8. Provenienza presumibile dei partecipanti

REGOLE

- Indicare, in percentuale, la presunta provenienza dei partecipanti: locale, regionale, nazionale, internazionale.

9. Indicare l'area caratterizzante l'evento

REGOLE

- Indicare «Area specialistica», nel caso in cui l'evento sia destinato ad una, o più, specialità previste dalla professione.
- Indicare «Area non specialistica» per quegli eventi comuni a tutte le specialità della professione (etica, deontologia, management, informatica, economia sanitaria, metodologia diagnostica, ecc.).

10. Indicare le specifiche discipline, se previste, dell'area specialistica alle quali si riferisce in via prevalente l'evento formativo

REGOLE

Il Programma nazionale per l'ECM distingue:

- le *professioni* (medico, infermiere, farmacista, fisioterapista, ecc.), caratterizzate dalla laurea o dal diploma conseguiti dal professionista;
- le *discipline* (cardiologia, pediatria, farmacia ospedaliera), caratterizzate dalla specializzazione, se prevista da ciascuna professione.

Questa classificazione analitica di professioni e discipline, se costituisce uno strumento necessario per valutare il rapporto domanda/offerta degli eventi formativi, può rappresentare un ostacolo per gli organizzatori, che devono prestare attenzione a non commettere errori. Infatti, ai fini dell'attribuzione dei crediti, se un evento è destinato a più professioni (ad esempio, medici e farmacisti) è necessario effettuare tante richieste di accreditamento quante sono le professioni ed il numero di crediti attribuiti, nonché l'ammontare del contributo, potranno risultare differenti per le due professioni. Fanno eccezione gli eventi destinati:

- a tutte le professioni per tematiche di carattere generale;
- ai professionisti appartenenti a discipline alle quali accedono più categorie:
 - biochimica clinica: medici, farmacisti, biologi, chimici;

- laboratorio di genetica medica: medici, biologi;
- medicina trasfusionale: medici, biologi;
- medicina nucleare: medici, biologi;
- microbiologia e virologia: medici, biologi;
- patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia): medici, biologi, chimici;
- igiene, epidemiologia e sanità pubblica: medici, biologi;
- igiene degli alimenti e della nutrizione: medici, biologi, chimici;
- medicina del lavoro: medici, biologi;
- psicoterapia: psicologi, medici.

In queste situazioni è sufficiente una sola procedura di accreditamento, è dovuto un contributo unico e tutti i partecipanti, indipendentemente dalla professione, acquisiscono lo stesso numero di crediti.

La tabella 2.3 riassume le possibili azioni, le opzioni relative alla scelta di professioni, aree e specialità ed i livelli di intervento nel corso della procedura di inserimento dati.

TABELLA 2.3

AZIONE	OPZIONI	LIVELLO D'INTERVENTO
Scelta della professione	Tutte le professioni	Schermata iniziale
	Una sola professione	Schermata iniziale
	Due (o più professioni)	Alla fine dell'inserimento dati
Scelta dell'area	Area specialistica	Item 9
	Area non specialistica	
Scelta della/e discipline	Disciplina 1 (principale)	Item 10
	Disciplina 2	
	Disciplina 3	

PROBLEMI

- Non è chiaro se, nell'ambito della stessa professione, i professionisti appartenenti a discipline diverse rispetto a quelle indicate (ad esempio, medici di medicina generale in un evento accreditato per cardiologi, pneumologi ed internisti) hanno diritto ai crediti formativi.

CONSIGLI

- L'opportunità di accreditare un evento per due o più categorie professionali – specie quelli con numero «ideale» di partecipanti (16-24) – deve essere adeguatamente ponderata. Innanzitutto, per ragioni legate all'efficacia dell'intervento formativo (visto che non esistono, in merito, evidenze a supporto);²⁴ in secondo luogo per motivazioni economiche, visto che il contributo dovrà essere versato per ciascuna categoria.
- Le professioni per le quali è accreditato l'evento devono, per ragioni di correttezza, essere rese note già in fase di divulgazione dell'evento: ad esempio, se un evento residenziale sulla farmacovigilanza è accreditato solo per i medici, i farmacisti devono sapere che partecipando al corso non avranno diritto ai crediti formativi.
- Negli eventi accreditati per una categoria professionale (ad esempio, i medici), l'opportunità di dettagliare la/e disciplina/e, dipende dalla ragionevole certezza che i partecipanti apparterranno solo alla/e disciplina/e indicate. Altrimenti, è meglio indicare l'area non specialistica, almeno sino a quando non sarà chiarito definitivamente il quesito.

11. Tipologia dell'evento (da 0 a 6 punti)

REGOLE

- La tabella 2.4 riporta le varie tipologie di eventi residenziali ed il valore, in termini di punti, che può essere assegnato a ciascuna categoria. Ovviamente, la tipologia di evento segnalata deve essere conforme con il programma allegato.

PROBLEMI

- L'interpretazione di alcune tipologie di eventi ha un certo margine di soggettività.

CONSIGLI

- Sarebbe utile/opportuno fornire ai provider le esatte definizioni per ciascuna tipologia di evento.

12. Metodi di insegnamento (da 1 a 6 punti)

REGOLE

È necessario riportare il numero e la durata (in ore e minuti) dedicati ai vari metodi d'insegnamento, classificati in relazione all'efficacia formativa (tabella 2.5), direttamente proporzionale alle modalità di coinvolgimento

dei partecipanti. In particolare, i referee assegnano un punteggio complessivo compreso tra 1 e 6 punti secondo la prevalenza della/e attività a bassa, media ed alta efficacia formativa.

CONSIGLI

Verificare attentamente la corrispondenza di questa sezione con quanto riportato nel programma allegato.

TABELLA 2.4 - LE VARIE TIPOLOGIE DI EVENTO RESIDENZIALE

0	<ul style="list-style-type: none"> • Congresso, simposio, conferenza, seminario • Tavola rotonda
1-2	<ul style="list-style-type: none"> • Conferenze clinico-patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare di specifici casi clinici • Consensus meeting inter-aziendali finalizzati alla revisione delle statistiche per la standardizzazione di protocolli e procedure operative, ed alla pianificazione e allo svolgimento di attività legate a progetti di ricerca finalizzata • Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici • Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale • Corso di aggiornamento
3-4	<ul style="list-style-type: none"> • Corso pratico finalizzato allo sviluppo professionale continuo • Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo-gestionali • Corso di addestramento • Frequenza clinica con assistenza di tutore e programma formativo presso una struttura assistenziale
5-6	<ul style="list-style-type: none"> • Tirocinio/stage/frequenza presso strutture assistenziali o formative • Tirocinio/stage/frequenza con metodiche tutoriali presso una struttura assistenziale o formativa

* È escluso dall'elenco il «progetto formativo aziendale» (range di valutazione 1-4).

13. Obiettivi dell'evento (da 0 a 5 punti)

REGOLE

- Riportare, in maniera sintetica (300 caratteri per campo), gli obiettivi della manifestazione relativi a:

- acquisizione di conoscenze teoriche e aggiornamenti;
- acquisizione di abilità manuali, tecniche o pratiche;
- miglioramento delle capacità relazionali e comunicative.

CONSIGLI

- Necessario, per compilare questo campo, un mirabile connubio tra sintesi e completezza.

TABELLA 2.5 - I METODI D'INSEGNAMENTO

EFFICACIA BASSA

- Lezioni magistrali
- Serie di relazioni su tema preordinato
- Tavole rotonde con dibattito tra esperti

EFFICACIA MEDIA

- Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore («l'esperto risponde»)
- Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti
- Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)
- Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto

EFFICACIA ELEVATA

- Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche
- Role-playing

14. Nome, qualifica e competenze professionali del/dei responsabile/i del programma formativo (0-3 punti)

REGOLE

- Vanno brevemente indicate le competenze professionali (max 300 caratteri) del/dei responsabili del programma formativo, mentre il/i curricula estesi vanno inseriti nel file che illustra il programma dell'evento.
- Attenzione a «non confondere» il ruolo di responsabile dell'evento formativo con quello di docente/formatore.

15. Rilevanza dei docenti/relatori come desumibile dai curricula riportati nel programma dell'evento (1-4 punti)**REGOLE**

- È richiesto di esprimere in percentuale la rilevanza nazionale ed internazionale dei docenti/relatori, come desumibile dai curricula allegati al programma.

PROBLEMI

- Nonostante il «valore numerico», tale campo è soggetto ad un ampio margine di soggettività, sia da parte del provider, sia del referee.

CONSIGLI

- Sarebbe utile/opportuno fornire ai provider uno schema standardizzato per riportare i curricula dei docenti/relatori, così da concentrarsi solo sugli elementi professionali rilevanti dal punto di vista didattico.

16. È previsto l'uso della sola lingua italiana?**17. Se viene usata una lingua straniera, esiste un sistema di traduzione simultanea? (da 0 a -3 punti)****18-19. Tipologia di materiale didattico consegnato ai partecipanti (da 1 a 5 punti)****REGOLE**

- Viene richiesto di specificare il tipo di materiale didattico consegnato ai partecipanti.

PROBLEMA

- Il giudizio del referee è soggetto ad un ampio margine di soggettività.

CONSIGLI

- Sarebbe utile/opportuno fornire ai provider uno schema standardizzato per riportare le varie tipologie di materiali didattici, magari suggerendo quali consentono l'attribuzione di un numero maggiore di crediti.

20. Viene verificata la presenza effettiva dei partecipanti alle sessioni?
(se la risposta è negativa, non sarà possibile accreditare l'evento)

21. Modalità di verifica della presenza (da 1 a 4 punti)

REGOLE

- Ai fini dell'attestazione dei crediti formativi ECM, è necessaria la presenza effettiva degli operatori sanitari per il 100% della durata complessiva dell'evento residenziale. Esistono tre possibilità per effettuare tale verifica:
 - firma all'ingresso (1 punto);
 - schede di valutazione dell'evento firmate dai partecipanti (2 punti);
 - sistema elettronico a badge (4 punti).

CONSIGLI

- La presenza obbligatoria per l'intera durata dell'evento residenziale deve essere puntualizzata ai partecipanti già in fase divulgativa. In ogni caso, non è prevista l'assegnazione di un numero di crediti ridotto in misura proporzionale al numero di ore di presenza.
- Le schede di valutazione dell'evento firmate dai partecipanti rappresentano il miglior compromesso punti/utilità, ed in ogni caso la loro compilazione è necessaria per soddisfare il punto 26 (valutazione qualità evento).
- L'utilizzo dei sistemi elettronici a badge, per costi ed ostacoli tecnici, è giustificato solo nei convegni, sia per facilitare la verifica della presenze, sia perché consente di «recuperare» qualche punto.
- Evitare assolutamente di indicare più di una modalità di verifica della presenza: in tal caso, poiché non è assicurata la copertura per tutti i partecipanti con la modalità che dà luogo al punteggio più alto, viene scelta quella con punteggio più basso.

22. Viene verificato l'apprendimento da parte dei partecipanti?

REGOLE

- Il sistema non accetta la risposta «no» a questa domanda.

23. Se sì, con quali strumenti? (da 3 a 5 punti)

REGOLE

- Esistono quattro possibilità: questionario (3 punti), esame orale (4 punti), esame pratico (5 punti), prova scritta (3 punti)

- Se l'organizzatore indica più di una modalità e queste sono applicate a tutti i partecipanti, i punteggi vengono sommati, perché più metodi garantiscono una verifica dell'apprendimento più approfondita. In ogni caso la somma dei punti non può essere superiore a 5 punti.
- Altrimenti, viene scelta la modalità con punteggio più basso, poiché non è assicurata la copertura per tutti i partecipanti con quella che dà luogo al punteggio più alto.

PROBLEMI

- La valutazione dell'apprendimento è l'aspetto fondamentale di qualunque attività formativa. Nonostante l'obbligo di allegare il modulo di valutazione – dove il provider può fornire i dettagli – la domanda 23 appare troppo riduttiva rispetto alla complessità delle metodologie di valutazione che possono essere utilizzate.

CONSIGLI

- Se non è assicurata la copertura per tutti i partecipanti con la modalità di verifica che assegna il punteggio più alto, evitare di indicare due o più metodi.
- Sarebbe opportuno/necessario prevedere una maggiore articolazione dell'item 22 per meglio consentire ai referee di valutare l'efficacia delle metodologie utilizzate. Ad esempio, dovrebbe essere prevista la possibilità di indicare se si tratta di valutazioni unidimensionali, oppure del tipo *before-after*.

24. Il proponente è disponibile a trasmettere alla Commissione una breve relazione sui risultati complessivi della verifica?

(la non disponibilità annulla il punteggio ottenuto con la domanda 23)

25. I partecipanti compilano una scheda di valutazione dell'evento formativo o di ogni singola sessione nelle quali si articola? (da -5 a 4 punti)

26. Se sì, il proponente è disponibile a trasmettere alla Commissione il modulo con i risultati delle valutazioni della qualità della formazione da parte dei partecipanti? (da -2 a 2 punti)

27. Il proponente è disponibile a trasmettere alla Commissione elenco e indirizzi dei partecipanti, nel rispetto delle norme sulla privacy?

(se la risposta è negativa, non sarà possibile accreditare l'evento)

28. Il proponente è disponibile ad ospitare un osservatore indicato dalla Commissione nazionale?

(se la risposta è negativa, non sarà possibile accreditare l'evento)

29. Fonti di finanziamento (in percentuale)

REGOLE

Il provider deve indicare, in percentuale, quali sono le fonti di finanziamento dell'evento, avendo a disposizione quattro opzioni:

- quote di iscrizioni;
- sponsor non commerciali;
- sponsor commerciali (mostra di apparecchiature, ecc.);
- autofinanziamento.

PROBLEMI

- Esiste un variabile grado di sovrapposizione tra le quattro possibilità: ad esempio, quasi tutti gli eventi residenziali prevedono una quota d'iscrizione che, tuttavia, può essere sostenuta dal partecipante (autofinanziamento), dall'industria farmaceutica (sponsor commerciale), o dalla propria istituzione di appartenenza (che, di fatto, non è in elenco).
- Paradossalmente, due eventi che dichiarano per il 100% «quote d'iscrizione» possono essere interamente a carico di sponsor commerciali (che di fatto acquistano una o più quote d'iscrizione), oppure avere un finanziamento pubblico (le quote vengono acquistate dalle istituzioni di appartenenza dei partecipanti).
- Non è stato ben chiarito cosa si intende per «sponsor non commerciali» (enti no-profit, associazioni di volontariato, fondazioni, altro).
- Le istituzioni pubbliche, di fatto, non sono rappresentate nell'elenco.

SOLUZIONI

- Considerata l'importanza del punto 29, per valutare l'eventuale presenza di conflitti d'interesse, che renderebbero non accreditabile l'evento, la classificazione delle fonti di finanziamento dovrebbe essere interamente rivista.

30. Le fonti di finanziamento possono configurare incompatibilità o conflitto di interessi?

(se sì, non sarà possibile accreditare l'evento)

È il capitolo più delicato dell'intera vicenda ECM,²⁵ oltre che un argomento di estrema attualità per ciò che riguarda il possibile condiziona-

mento della ricerca scientifica da parte dell'industria farmaceutica e tecnologica.

Riguardo agli interventi educazionali, è difficile, se non impossibile, dipingere tutta la scala di grigi che attraversa i due estremi: da un lato il supporto incondizionato dell'industria, dall'altro l'evento «spudoratamente» promozionale. Le evidenze scientifiche, in merito, sono molto chiare:²⁶ «il grado di interazione tra industria e medici, attraverso varie strategie – tra cui eventi di ECM sponsorizzati – è in grado di modificare i comportamenti prescrittivi». Tuttavia, nemmeno nei paesi quali gli USA, dove l'ECM è attiva da anni, è stata trovata una soluzione definitiva al problema.^{27 28}

Ovviamente nessun provider, nel compilare la richiesta di accreditamento risponderà affermativamente alla domanda sull'esistenza di incompatibilità o conflitti d'interesse – pena il non accreditamento dell'evento – ma non illudiamoci che questo corrisponda all'esistenza di supporti incondizionati da parte dell'industria. Se così fosse, questi dovrebbero essere «sterilizzati» in un fondo comune e destinati ad iniziative formative ad elevato valore educativo, i cui contenuti non potrebbero in alcun modo essere orientati dagli sponsor.

31. Specificare gli argomenti (3 parole chiave) per una puntuale classificazione dell'evento

PROBLEMI

- Considerato che le parole chiave non fanno parte di un vocabolario controllato, ma la loro scelta è lasciata all'utente, la loro utilità per una «puntuale classificazione dell'evento» è marginale.

32. L'evento proposto è coerente con uno degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui all'articolo 16 ter comma 2 del Decreto legislativo 229/99?

REGOLE

- Gli obiettivi formativi di interesse nazionale sono stabiliti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, e suddivisi in due gruppi (vedi appendici 3 e 4). Nel primo possono riconoscersi tutte le categorie professionali, aree e discipline; nel secondo, solo specifiche categorie professionali, aree e discipline.

CONSIGLI

- Ad evitare «improvvisi smarrimenti all'ultimo scoglio», è preferibile identificare l'obiettivo prima di compilare il modulo di accreditamento (per la stessa ragione sarebbe opportuno che tale item venga inserito all'inizio).

33. Si autorizza la pubblicazione dei dati dell'evento, compreso il programma, nella Banca dati di ECM?

(se la risposta è negativa, non sarà possibile accreditare l'evento)

LE OPPORTUNITÀ PER MIGLIORARE IL SISTEMA ECM

Oltre ai suggerimenti riportati in corrispondenza dei vari item del modulo di accreditamento, vengono di seguito approfonditi alcuni temi che hanno suscitato critiche e discussioni, sia tra i provider, sia tra gli operatori sanitari.

La gradualità nell'acquisizione dei crediti

Per favorire l'avvio graduale del sistema, la Commissione nazionale per l'ECM ha determinato il numero di crediti che ciascun operatore deve conseguire negli anni:

- 2002: 10 crediti (minimo 5, massimo 20)
- 2003: 20 crediti (minimo 5, massimo 40)
- 2004: 30 crediti
- 2005: 40 crediti
- 2006: 50 crediti

Il valore massimo indica il numero di crediti che ciascun operatore può conseguire ogni anno, indipendentemente dall'averne acquisiti un numero superiore. Più ragionevolmente, il concetto di gradualità dovrebbe essere «tarato verso il basso»: in altre parole, se è necessario favorire gli svantaggiati (giusto il limite minimo di 5 e 10, per il 2002 ed il 2003), ha poco senso il limite massimo che finisce per ostacolare chi, nei primi due anni, ha ottenuto un numero superiore di crediti partecipando ad iniziative di proprio interesse, magari ad ele-

vata efficacia formativa. Inoltre, il sistema è in forte contraddizione: da un lato invita i provider ad «organizzare eventi di durata più breve per consentire agli operatori di acquisire solo i crediti necessari a coprire l'obbligo dell'anno», dall'altro accredita eventi – riscuotendo i contributi proporzionali – per un numero di crediti sino a 50.

Ad evitare future «insurrezioni» sindacali e di associazioni professionali, esistono due possibili soluzioni:

- la prima, è allineare il numero massimo di crediti acquisibili in un anno al ragionevole limite di 50, senza modificare il limite inferiore;
- la seconda, meno realistica, è restituire ai provider i contributi versati in eccedenza relativi ai crediti non utilizzabili dai professionisti.

Il calcolo del contributo

Il contributo dovuto dai provider viene calcolato in relazione ai crediti ottenuti dall'evento, indipendentemente dal numero dei partecipanti previsti e quindi dal numero totale dei crediti «distribuiti». Il paradosso di tale sistema è che le attività formative più efficaci nel modificare la pratica professionale (numero di partecipanti < 20) hanno costi molto elevati in termini di crediti/partecipante assegnati (tabella 2.6).

TABELLA 2.6

	EVENTO A	EVENTO B
Partecipanti	20	1000
Durata (ore)	50	7
Crediti ECM	50	5
Contributo dovuto (€)	775	258
Crediti totali assegnati	1000	7000
Costo ECM partecipante (€)	38,75	0,26
Costo credito/partecipante (€)	0,78	0,05

Riconoscendo la semplicità di calcolo del contributo in relazione ai crediti assegnati, riteniamo più equa (sia per il sistema ECM, sia per i provider, sia per i partecipanti) una contribuzione in relazione al numero totale di crediti distribuiti.

La riproducibilità del sistema di accreditamento

L'accREDITAMENTO degli eventi formativi dipende dalla variabilità di giudizio – sia *intra*, sia *inter-observer* – dei referee. Se questo meccanismo di valutazione, per la sua stessa «natura umana», non può essere riproducibile al 100%, esistono alcune situazioni paradossali. Ad esempio, per il Congresso Nazionale «Le cure primarie nel distretto»,²⁹ è stata proposta la seguente attribuzione di crediti: medici 7, farmacisti 9, infermieri 9, fisioterapisti 11, assistenti sanitari 12, ostetriche 14.

Considerato che a parità di «architettura formativa» la valutazione è «sensibilmente diversa», sarebbe interessante per i provider comprendere i meccanismi che portano a definire che la partecipazione ad un evento multiprofessionale sulle cure primarie vale 7 crediti per il medico e 14 per l'ostetrica!

Pertanto, analogamente a qualunque attività di peer-review, il sistema ECM dovrebbe progressivamente sviluppare strumenti di audit interno per valutare la qualità e la riproducibilità del processo di accreditamento. Inoltre, per garantire la massima obiettività di giudizio – visto che è impossibile «immunizzare» i referee dai conflitti d'interesse (non necessariamente di tipo economico) – è necessario prevedere qualche forma di *mascheramento* degli eventi valutati.

La tempestività dell'accREDITAMENTO

Attualmente, il Programma nazionale per l'ECM richiede ai provider di completare la richiesta di accreditamento almeno 90 giorni prima dall'inizio previsto dell'evento (e, comunque, non prima di 180 giorni). Se, nelle intenzioni, tale (largo) anticipo dovrebbe garantire ai provider l'accREDITAMENTO dell'evento entro la data d'inizio, in realtà per numerose iniziative questo avviene molto tempo dopo la loro conclusione.

Pertanto, se il sistema non riesce ad accreditare gli eventi entro 90 giorni, riteniamo che i provider siano disponibili ad anticipare la richiesta, piuttosto che ricevere i crediti dopo la conclusione dell'evento. Questi ritardi, infatti, oltre a comportare numerosi inconvenienti (stampa dei materiali divulgativi, spedizione postale degli attestati), ostacolano, sino a comprometterla, l'offerta delle attività formative.

CONCLUSIONI

Nella lenta e progressiva costruzione delle *learning organizations*,³⁰ che individuano nell'apprendimento degli operatori sanitari lo strumento per migliorare e mantenere la qualità assistenziale, tutti gli attori del sistema sanitario dovrebbero convergere i propri sforzi verso obiettivi comuni:

- convincersi che la formazione continua non s'identifica con la partecipazione ad iniziative congressuali, almeno sino a quando non diventeranno *learner-centered*;
- fare in modo che l'ECM diventi un'attività realmente «continua» e non casuale, sporadica, opportunistica;
- stimolare i professionisti a formulare problematiche assistenziali rilevanti, a ricercare ed interpretare le nuove conoscenze e ad applicarle alla pratica professionale;
- responsabilizzare i professionisti ad una ECM *self-directed*, che comprende gestione dei contenuti e valutazione dell'apprendimento;
- fornire la possibilità, sia di riflettere sulle «criticità» della pratica professionale, sia di «misurare» i miglioramenti indotti dall'ECM stessa: questo coincide con l'avvio di attività di audit strutturate ed integrate nella pratica professionale.

Dal canto suo, il sistema ECM deve impegnarsi a garantire qualità, trasparenza e riproducibilità dell'accREDITamento degli eventi formativi. In questa fase, l'impressione diffusa è che l'ambizioso progetto di estendere a tutte le professioni sanitarie l'obbligo dell'ECM - prima ancora di «oliare i meccanismi» - si è trasformato in un boomerang che, oltre a rallentare il sistema, rischia di comprometterne la credibilità.

Ma in Italia, si sa, vige la regola del «tutto o nulla»!

Nota. Tutte le considerazioni relative all'accreditamento degli eventi residenziali tengono conto degli aggiornamenti del sito ufficiale del Ministero della Salute (<http://ecm.sanita.it>) effettuati sino al 20 gennaio 2003.

Ringraziamenti. Si ringraziano per i preziosi commenti e suggerimenti: Rita Beninati, Barbara Curcio, Loredana Gamberoni, Corrado Ruozi, Ulrich Wienand.

APPENDICE 1 - STEP-BY-STEP PER NON DIMENTICARE NULLA

- Inserire i dati dell'evento
- Allegare i file richiesti
 - Modulo di valutazione
 - Programma completo: per ogni sezione, dell'ora e del luogo, oltre che dell'elenco dei relatori completo di un breve profilo
- Validare l'evento (necessario per assegnarlo in valutazione)
 - Tra 90 e 180 giorni prima della data di inizio dell'evento
- Pagare il contributo, una volta comunicato dalla segreteria ECM
- Trasmettere gli estremi di pagamento e confermare la richiesta di accreditamento
- Organizzare l'evento e non dimenticare:
 - Dati anagrafici e personali di partecipanti e docenti*
 - Tutti i materiali relativi alla verifica dell'apprendimento dichiarata
 - Le schede di valutazione dell'evento firmate dai partecipanti
 - Le (eventuali) firme dei partecipanti
- Trasmettere il rapporto conclusivo
 - Numero di partecipanti
 - Provenienza dei partecipanti (locale, regionale, nazionale, internazionale)
 - Elenco partecipanti e docenti
 - Breve relazione sui risultati complessivi della verifica di apprendimento

* Il file apposito prevede: cognome, nome, codice fiscale, professione, disciplina, recapito telefonico, numero di cellulare, indirizzo di posta elettronica, indirizzo, CAP, sigla della provincia. A questi vanno aggiunti data e luogo di nascita, che devono essere indicati nell'attestato.

APPENDICE 2 - EVITARE LE «BRUTTE SORPRESE»**CONDIZIONI CHE NON RENDONO ACCREDITABILE L'EVENTO**

- Non aver inviato lo statuto, o atto costitutivo, del provider
- Non allegare il programma dell'evento completo, per ciascun metodo di insegnamento dichiarato, dell'elenco degli argomenti previsti, con l'indicazione dei giorni, dell'orario e della sede (specie per le attività tutoriali) di rispettiva trattazione e dei relativi relatori/docenti; per questi ultimi è indispensabile un breve profilo.
- Non verificare la presenza effettiva dei partecipanti alle sessioni (20)
- Non essere disponibile a trasmettere alla Commissione elenco e indirizzi dei partecipanti, nel rispetto delle norme sulla privacy (27)
- Non essere disponibile ad ospitare un osservatore indicato dalla Commissione nazionale (28)
- Dichiarare che le fonti di finanziamento possono configurare incompatibilità o conflitto di interessi (30)
- Non autorizzare la pubblicazione dei dati dell'evento, compreso il programma, nella banca dati ECM (33)

CONDIZIONI CHE DETERMINANO PUNTEGGI NEGATIVI

- Non utilizzare, negli eventi in lingua straniera, un sistema di traduzione simultanea (17)
- Non fare compilare ai partecipanti la scheda di valutazione dell'evento formativo (25)
- Non essere disponibile a trasmettere alla Commissione i risultati delle valutazioni della qualità della formazione da parte dei partecipanti (26)

(Tra parentesi il numero progressivo di item del modulo di accreditamento)

APPENDICE 3 - GLI OBIETTIVI FORMATIVI DI INTERESSE NAZIONALE (GRUPPO 1)

GRUPPO 1

OBIETTIVI NEI QUALI POSSONO RICONOSCERSI TUTTE LE CATEGORIE PROFESSIONALI, AREE E DISCIPLINE

- a. qualità assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari
- b. etica e deontologia degli interventi assistenziali e socio-assistenziali con riferimento all'umanizzazione delle cure, alla tutela del segreto professionale e alla privacy
- c. sistemi di valutazione, verifica e miglioramento degli interventi preventivi, diagnostici, clinici e terapeutici e di misurazione dell'efficacia, compresi i sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza e appropriatezza delle prestazioni nei livelli di assistenza
- d. formazione interdisciplinare finalizzata allo sviluppo dell'integrazione di attività assistenziali e socio-assistenziali
- e. promozione della qualità della vita e della qualità e sicurezza dell'ambiente di vita e di lavoro
- f. miglioramento degli stili di vita per la salute
- g. miglioramento dell'interazione tra salute ed ambiente e tra salute ed alimentazione
- h. tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali, compresi quelli psicologici, delle fasce deboli
- i. promozione di una comunicazione corretta ed efficace
- j. apprendimento e miglioramento dell'inglese scientifico
- k. consenso informato
- l. gestione del rischio biologico, chimico e fisico, anche con riferimento alla legge 626
- m. implementazione dell'introduzione della medicina basata sulle prove di efficacia nella pratica assistenziale
- n. sistema informativo sanitario e suo utilizzo per valutazioni epidemiologiche
- o. formazione multiprofessionale per la cooperazione alla definizione del progetto riabilitativo applicato alle diverse aree della disabilità
- p. cultura gestionale
- q. educazione sanitaria
- r. bioetica in medicina
- s. organizzazione dipartimentale

APPENDICE 4 - GLI OBIETTIVI FORMATIVI DI INTERESSE NAZIONALE (GRUPPO 2)**GRUPPO 2****OBIETTIVI NEI QUALI POSSONO RICONOSCERSI SPECIFICHE CATEGORIE PROFESSIONALI, AREE E DISCIPLINE**

- a. miglioramento delle conoscenze e delle competenze professionali per le principali cause di malattia, con particolare riferimento alle patologie cardiovascolari, neoplastiche e geriatriche
- b. interventi di formazione nel campo delle emergenze-urgenze
- c. formazione in campo socio-assistenziale e per l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata
- d. tutela della salute della donna e del bambino e delle patologie neonatali
- e. basi molecolari e genetiche delle malattie e strategie terapeutiche correlate
- f. formazione finalizzata all'utilizzo ed all'implementazione delle linee-guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici
- g. promozione della cultura della donazione e formazione interdisciplinare in materia di trapianti d'organo
- h. clinica e diagnostica delle malattie infettive emergenti e riemergenti: patologie d'importazione
- i. farmacoepidemiologia, farmacoconomia e farmacovigilanza
- j. controllo delle infezioni nosocomiali
- k. innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici
- l. sicurezza degli alimenti
- m. sviluppo delle attività e degli interventi di sanità pubblica veterinaria, con particolare riferimento all'igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, alla sanità animale e all'igiene degli alimenti di origine animale
- n. disturbi del comportamento alimentare e malattie metaboliche
- o. implementazione della sicurezza nella produzione, nella distribuzione e nell'utilizzo del sangue e degli emoderivati
- p. percorsi diagnostico-terapeutici nella pratica della medicina generale
- q. progettazione ed utilizzo della ricerca clinica ed epidemiologica in medicina generale e pediatria di libera scelta
- r. telemedicina
- s. innovazione tecnologica ed implementazione delle abilità e manualità nella pratica della medicina generale e della pediatria di libera scelta
- t. formazione manageriale in medicina generale e pediatria di libera scelta
- u. aggiornamento professionale nell'esercizio dell'attività psicologica e psicoterapeutica

(Segue)

(Segue) **APPENDICE 4**

OBIETTIVI NEI QUALI POSSONO RICONOSCERSI SPECIFICHE CATEGORIE PROFESSIONALI, AREE E DISCIPLINE

- v. aggiornamento delle procedure ed attività professionali per le professioni sanitarie non mediche
- w. percorsi assistenziali: integrazione tra ospedalizzazione, assistenza specialistica, assistenza domiciliare integrata
- x. utilizzo delle tecnologie radianti a fini preventivi, diagnostici e terapeutici
- y. ottimizzazione dell'impiego delle terapie termali nell'ambito delle prestazioni nel SSN
- z. valutazione dei fondamenti scientifici e dell'efficacia delle medicine alternative o non convenzionali
- aa. prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie odontostomatologiche e maxillo-facciali

APPENDICE 5 - RISORSE UTILI AI PROVIDER NEL SITO DEL PROGRAMMA NAZIONALE PER L'ECM

- Informazioni utili agli organizzatori di attività formative per farle accreditare ai fini dell'ECM
<http://ecm.sanita.it/formazione/informazioni.htm>
- Domande e risposte per i provider
<http://ecm.sanita.it/formazione/faqorg.htm>
- Domande e risposte per gli operatori sanitari
<http://ecm.sanita.it/opsan/faq.htm>
- Manuale utente
<http://ecm.sanita.it/formazione/documenti/manuale%20provider.pdf>
- Dati per la registrazione dell'organizzatore o referente
<http://ecm.sanita.it/formazione/documenti/provider.pdf>
- Dati per la richiesta di accreditamento di un evento formativo residenziale
http://ecm.sanita.it/formazione/documenti/evento_%20residenziale.pdf
- Griglia di valutazione per eventi di tipo residenziale
<http://ecm.sanita.it/formazione/documenti/griglia%20residenziale.pdf>

APPENDICE 6 - COME VENGONO ASSEGNATI I CREDITI

- FASE 1. Il referee valuta il punteggio (sino a 60 punti)
 - Relativo al provider (da 1 a 14 punti)
 - Relativo all'evento (sino a 46 punti)
- FASE 2. Il referee verifica il numero di ore effettive
- FASE 3. Il sistema converte i punti in crediti, secondo il seguente schema:

PUNTI	CREDITI/ORA
> 40	1,25
30-39	1
20-29	0,7
10-19	0,5
<10	Non accreditabile

BIBLIOGRAFIA

1. Cartabellotta A. Formazione, ma con giudizio. Il Sole 24 Ore Sanità, 7-13 dicembre 1999; 23.
2. Shaughnessy AF, Slawson DC. Are we providing doctors with the training and tools for lifelong learning? *BMJ* 1999; 319:1280.
3. Knowles M. The adult learner: a neglected species. Houston, TX: Gulf Publishing, 1990.
4. Kirkpatrick DI. Evaluation of training. In: Craig R, Bittel I, eds. Training and development handbook. New York: McGraw-Hill, 1967.
5. Norman G. Research in medical education: three decades of progress. *BMJ* 2002; 324:1560-2.
6. Muir Gray JA. Developing the evidence management skills of individuals. In: Evidence-based health care. Second edition. London: Churchill Livingstone, 2001.
7. Systems to Rate the Strength of Scientific Evidence. AHRQ Publication No. 02-P0022, April 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
8. Cartabellotta A et al. Le revisioni sistematiche: uno strumento per la pratica clinica, la formazione permanente e le decisioni di politica sanitaria. *Rec Progr Med* 1998; 89:329-37.
9. Hutchinson L. Evaluating and researching the effectiveness of educational interventions. *BMJ* 1999; 318:1267-9.

10. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME: a review of 50 randomized controlled trials. *JAMA* 1992; 268:1111-7.
11. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995; 153:1423-31.
12. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274:700-5.
13. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999; 282:867-74.
14. Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
15. Albanese M. Problem-based learning: why curricula are likely to show little effect on knowledge and clinical skills. *Med Educ* 2000; 34:729-38.
16. Smits PBA, Verbeek JHAM, de Buissonjé CD. Problem-based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. *BMJ* 2002; 324:153-6.
17. Norman GR, Schmidt HG. Effectiveness of problem-based learning: theory practice and paper darts. *Med Educ* 2000; 34:721-8.
18. Prideaux D. Researching the outcomes of educational interventions: a matter of design. RCTs have important limitations in evaluating educational interventions. *BMJ* 2002; 324:126-7.
19. Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner. *JAMA* 2002; 288:1057-60.
20. Grant J. Learning needs assessment: assessing the need. *BMJ* 2002; 324:156-9.
21. Ministero della Salute. Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina. ECM-Scheda di inserimento di eventi residenziali utilizzata per accreditamento degli eventi formativi. Giugno 2002.
22. Ministero della Salute. Commissione nazionale per l'Educazione Continua in Medicina. Griglia di valutazione per eventi residenziali. Giugno 2002.
23. Centre for Clinical Effectiveness. What studies exist looking at the methodology and group size for postgraduate medical education meetings? Southern Health Care Network/Monash Institute of Public Health & Health Services Research, Clayton, 1999.

24. Zwarenstein M, Reeves S, Barr H, Hammick M, Koppel I, Atkins J. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
25. Holmer AF. Industry strongly supports continuing medical education. *JAMA* 2001; 285:2012-4.
26. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000; 283:373-80.
27. Relman AS. Separating continuing medical education from pharmaceutical marketing. *JAMA* 2001; 285:2009-12.
28. Tenery RM Jr. Interactions between physicians and the health care technology industry. *JAMA* 2000; 283:391-3.
28. Convegno Nazionale «Le Cure Primarie nel Distretto». Reggio Emilia, 25-26 ottobre 2002. Disponibile all'indirizzo:
www.ausl.re.it/ausl/meeting/cure_primarie/prog_fin_vers.pdf
30. Cartabellotta A, Curcio Rubertini B, Berti F. È ora di learning organization. *Sanità & Management* Ottobre 2002: 20-3.