

La ripartizione delle competenze nell'ECM

SOMMARIO: 1. Premessa. - 2. E.C.M. e sistema delle fonti del diritto. - 3. La Commissione nazionale ECM tra esigenze di uniformità e sussidiarietà. - 4. Gli organi del programma ECM. - 4.1. La Commissione nazionale per la formazione continua e gli organi ausiliari. - 4.2. Le scelte istituzionali nelle realtà regionali. - 5. ECM e programmazione. - 6. Riflessioni conclusive.

1. Premessa.

A dieci anni dalla sua introduzione con il d.lgs. n. 229 del 1999 il sistema italiano di formazione continua in medicina può dirsi ancora in corso di piena attuazione, in virtù dei numerosi interventi di riforma tesi al suo perfezionamento. Tuttavia, quanto sin qui realizzato costituisce senz'altro un rilevante risultato, da cui è possibile partire ai fini dell'analisi che in questa sede si vuole effettuare.

Il programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) è stato previsto per la prima volta in via generale dagli artt. 16 *bis*, 16 *ter* e 16 *quater* del d.lgs. n. 502 del 1992, come integrati dall'art. 14 del d.lgs. n. 229 del 1999, che hanno sancito la formazione continua quale obbligo per tutti gli operatori sanitari. In base a ciò si è avviata una prima fase sperimentale, originariamente indirizzata ai soli medici (primo e secondo semestre 2001), seguita poi da una seconda fase avviata nel 2002, secondo un programma quinquennale successivamente prorogato. Il regime sperimentale di seconda fase è stato dunque oggetto di successive proroghe¹, sino al fondamentale Accordo siglato dalla Conferenza Stato-Regioni il 1° agosto 2007, recepito dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), e attuato dall'Accordo del 5 novembre 2009) con cui si sancisce il passaggio al regime di accreditamento dei soli *provider*.

Si tratta di un sistema che si contraddistingue per un'alta complessità sul piano istituzionale, dato dalla presenza di un'articolata *governance* che coinvolge numerosi soggetti e organi, caratterizzandosi anche per la particolare attenzione alle specificità regionali, pur nella tutela di quelle esigenze unitarie e di omogeneità territoriale che sono alla base delle numerose regole comuni che saranno in seguito analizzate.

Proprio la complessità del sistema sul piano istituzionale, nonché il coinvolgimento di diversi livelli di governo, con i conseguenti problemi sul piano del riparto delle competenze normative e amministrative, rende la

¹ Conferenza Stato-Regioni, Accordo 16 marzo 2006 e Accordo 14 dicembre 2006.

disciplina dell'ECM di estremo interesse per il giurista, ai cui occhi si pongono specificità che potrebbero avere riflessi assai ampi sul sistema costituzionale.

2. *E.C.M. e sistema delle fonti del diritto.*

La disciplina del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), lo si è accennato, ha conosciuto numerosi mutamenti nel corso degli anni, soprattutto in virtù della necessità di adeguarla ai cambiamenti istituzionali relativi ai rapporti Stato-Regioni.

La configurazione originaria del sistema, delineata dagli art. 16 *bis*, *ter* e *quater* del d.lgs. n. 502 del 1992, infatti, s'inseriva nell'assetto costituzionale precedente alla revisione costituzionale del 2001, in cui alle Regioni (art. 117 Cost.) spettava solo la competenza concorrente in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera (nel rispetto dunque di quanto previsto dalle leggi-cornice statali e dei principi generali dell'ordinamento, nonché dell'interesse nazionale). Tuttavia, non può dimenticarsi che proprio in quegli anni si era verificata una progressiva devoluzione di competenze amministrative alle Regioni, in particolare mediante il d.lgs. n. 112 del 1998.

In questo quadro, pertanto, le caratteristiche fondamentali del sistema ECM erano sì attribuite alle fonti statali, ma lo stesso d.lgs. n. 229 del 1999 prevedeva la possibilità per le Regioni di adottare programmi regionali di formazione continua in medicina, nel rispetto di alcuni principi fissati dallo stesso decreto.

A livello nazionale le funzioni d'indirizzo e programmazione dell'ECM venivano pertanto attribuite alla Commissione nazionale per la formazione continua (organo misto tecnico/politico), incardinata presso il Ministero della sanità (e presieduta dallo stesso Ministro). Come si vedrà meglio in seguito, alla Commissione spettavano (e tuttora spettano) numerose competenze amministrative, nonché il compito di dettare i criteri generali e prescrittivi del programma ECM, integrando in questo la stessa normativa statale. Tuttavia, proprio al fine di garantire margini di autonomia regionale, la stessa azione della Commissione nazionale non poteva prescindere almeno dall'audizione della Conferenza Stato-Regioni (cui spettava anche il potere di nominare due membri della stessa Commissione).

Tale assetto normativo del sistema ECM, quindi, ha conosciuto numerosi assestamenti in seguito alla revisione del Titolo V, Parte II, della Costituzione, avvenuta mediante la legge costituzionale n. 3 del 2001. Nel nuovo testo costituzionale la potestà legislativa concorrente in materia di assistenza ospedaliera trova una nuova definizione, inserendosi nella più ampia competenza, sempre di tipo concorrente, sulla "tutela della salute", di cui al comma 3 dell'art. 117 Cost.; ora, come riconosciuto dalla giurisprudenza

costituzionale si tratta di una materia ben più estesa rispetto alla precedente², in cui appare più netta la distinzione di competenze tra Stato e Regioni³. Inoltre, sempre la Corte costituzionale ha precisato come gli aspetti strettamente relativi all'organizzazione sanitaria debbano ricondursi alla potestà residuale delle Regioni, che in tale ambito possono dettare normative anche sostitutive di quella statale⁴.

Dunque, in questa nuova articolazione di competenze statali e regionali è stato necessario ridefinire la normativa in materia di ECM, poiché quanto previsto dal d.lgs. n. 502 del 1992 non appariva più pienamente conforme alle nuove disposizioni costituzionali.

La collocazione della disciplina dell'attività di formazione continua in medicina nel nuovo ordinamento costituzionale non era d'immediata evidenza, anche se è indubbio il riflesso sulla materia della tutela della salute, essendo tesa al miglioramento dell'efficacia, efficienza e appropriatezza dell'assistenza erogata dal servizio sanitario nazionale. Ciò non toglie, però, che in questo ambito s'intreccino ulteriori competenze regionali, quali l'organizzazione sanitaria e la formazione professionale, entrambe ricondotte alla c.d. potestà residuale delle Regioni (art. 117, comma 4, Cost., con l'esclusione dunque dell'intervento statale), come riconosciuto anche dalla Corte costituzionale nella fondamentale sentenza n. 328 del 2006. L'indubbia incidenza dell'obbligo formativo sulla complessiva funzionalità del Servizio sanitario nazionale, nondimeno, fa pensare a una prevalenza della materia della "tutela della salute", in applicazione di quei criteri elaborati dalla Corte costituzionale, in forza dei quali l'appartenenza del nucleo essenziale della disciplina a una determinata materia consentirebbe di risolvere a favore della stessa l'intreccio di competenze. Di conseguenza, spetterebbe allo Stato la disciplina di principio dell'ECM, mentre le singole Regioni potrebbero dettare la normativa di dettaglio.

Tale sembra essere stata l'interpretazione data dal fondamentale Accordo adottato dalla Conferenza Stato-Regioni e Province autonome il 20 dicembre 2001, con cui si è adeguato il sistema ECM al nuovo assetto costituzionale, ove appunto la normativa è stata ricondotta al titolo "tutela della salute". Tuttavia, come si vedrà, si è previsto un coinvolgimento della Conferenza Stato-Regioni su tutte le decisioni non meramente applicative, e dunque anche riguardo alla normativa di principio, ancorando il sistema al rispetto del principio di leale collaborazione.

La disciplina dell'ECM, pertanto, presenta indubbiamente tratti peculiari, poiché avvenuta, a partire dall'Accordo 20 dicembre 2001, essenzialmente mediante le procedure di cooperazione in Conferenza Stato-Regioni. Tale

² Tra le numerose pronunce della Corte costituzionale si ricordano la n. 162 del 2007, la n. 134 del 2006, la n. 270 del 2005.

³ Tra tutte, vedi Corte cost. n. 282 del 2002.

⁴ Così Corte cost. n. 105 del 2007, nn. 328 e 181 del 2006, n. 270 del 2005 e n. 510 del 2002.

accordo, infatti, ha dettato talune regole che hanno assunto carattere fondamentale relativamente alla futura regolamentazione del programma di formazione continua, tenuto conto della perdurante assenza dei nuovi principi fondamentali dettati con legge statale; ivi, infatti, si è stabilito che per il futuro le decisioni relative alla determinazione degli aspetti e dei criteri generali e prescrittori del programma ECM sarebbero state adottate mediante accordo in Conferenza Stato-Regioni, su proposta della Commissione nazionale ECM, cui spettava invece l'adozione delle misure di tipo applicativo (generalmente contenute in un decreto del Ministro della salute). Appare pertanto evidente che l'Accordo del 2001 ha integrato una fonte di rango legislativo, senza però trovare successiva specifica copertura legislativa, tranne che per alcuni aspetti, come relativamente alla composizione della stessa Commissione nazionale (d.l. n. 8/2002, convertito in l. n. 56/2002) o per la predisposizione del piano formativo nazionale e la rielaborazione degli obiettivi formativi d'interesse nazionale (l. n. 311 del 2004).

Anche le successive modifiche e integrazioni della disciplina nazionale dell'ECM, inoltre, sono avvenute essenzialmente mediante gli accordi e intese intervenuti tra il 2001 e il 2009, alla luce di quanto previsto dall'art. 4 del d. lgs. n. 281 del 1997 (ribadito dall'art. 8 della l. n. 131 del 2003), secondo cui tali strumenti possono essere sanciti dalla Conferenza al fine di coordinare l'esercizio delle competenze statali e regionali e svolgere attività d'interesse comune, in conformità al principio di leale collaborazione. Tuttavia, a tali strumenti si attribuisce una valenza essenzialmente politica, escludendone l'efficacia giuridicamente vincolante. La generica previsione della indicata normativa, infatti, non costituisce di per sé una copertura sufficiente per una possibile capacità vincolante di tali intese nei confronti della legislazione statale e regionale, né il principio di leale collaborazione potrebbe essere dilatato sino al punto di dedurre condizionamenti rispetto alla formazione e al contenuto delle leggi non riconducibili alla Costituzione, come nitidamente affermato dalla Corte costituzionale nella sent. n. 437 del 2001. Ne deriva che alle intese e agli accordi stipulati in Conferenza va attribuito un valore prettamente politico e non normativo, non potendo le procedure di cooperazione o di concertazione rilevare ai fini dello scrutinio di legittimità di atti legislativi, salvo che l'osservanza delle stesse sia imposta direttamente o indirettamente dalla Costituzione.

L'evoluzione del sistema ECM, invece, è avvenuta mediante atti privi di valenza normativa, sebbene posti ad integrare e modificare fonti di rango legislativo, sostituendosi in tal modo la funzione statale di definizione dei principi fondamentali da parte dello Stato con la stipula di accordi e intese. Ciò ha trovato parziale razionalizzazione solo con la legge finanziaria del 2008 (l. n. 244 del 2007) che, richiamando i contenuti di cui all'Accordo 1 agosto 2007, con cui si recepiscono le istanze di riassetto del sistema ECM di cui al Piano sanitario nazionale 2006-2008. In questo caso, infatti, come riconosciuto anche

dalla stessa Corte costituzionale (sent. n. 171 del 2007), siamo innanzi a un fonte pattizio di tipo c.d. “qualificato”, poiché richiamata da una disposizione di rango legislativo, a cui, sebbene non possa attribuirsi natura di fonte del diritto autonoma, non può disconoscersi *tout court* la qualità di fonte normativa, o meglio una capacità giuridicamente vincolante nei confronti del legislatore; capacità, che non avrebbe per forza propria, ma le deriverebbe dall’atto che la prevede.

Ecco dunque che la materia dell’ECM si configura quale assai pregnante esempio del ruolo che lo strumento pattizio ha assunto all’interno del sistema italiano delle fonti, che proprio in ambito sanitario ha conosciuto un cospicuo accrescimento d’importanza; il che pone non pochi problemi, poiché rende sempre meno razionale il sistema delle fonti, rafforzando inoltre gli organi esecutivi ed emarginando le assemblee elettive, che non prendono parte agli accordi, con il risultato di sostituire procedimenti caratterizzati da pubblicità e trasparenza, qual è quello legislativo, con meccanismi informali e sconosciuti all’opinione pubblica, con un minor controllo sulla formazione degli atti normativi.

Quanto detto sul piano nazionale. Alle Regioni, invece, spetta la promozione del sistema di formazione continua sul proprio territorio, attuando propri sistemi ECM, perseguendo anche specifici obiettivi formativi regionali ed effettuando le operazioni di valutazione complessiva e finale del sistema. La definizione dei sistemi regionali di formazione continua in medicina, in particolare, è sinora avvenuta mediante delibere della Giunte regionali (o provinciali per Trento e Bolzano), sulla base di spesso molto vaghe previsioni legislative. Le misure applicative sono state invece comunemente adottate con decreti assessorili o dei dirigenti generali.

3. La Commissione nazionale ECM tra esigenze di uniformità e sussidiarietà.

L’intreccio di competenze tra Stato e Regioni comporta come necessaria conseguenza quella di assicurare, nella realizzazione del sistema ECM, la garanzia di esigenze unitarie, tese ad evitare che l’esercizio delle competenze regionali possa portare alla creazione di programmi ECM disarmonici sul territorio nazionale.

Nella sua configurazione originaria tale esigenza era tutelata dall’attività della Commissione nazionale per la formazione continua, cui era attribuito (sentita la Conferenza Stato-Regioni e gli Ordini e Collegi professionali) il compito d’individuare gli obiettivi formativi d’interesse nazionale, di definire i crediti formativi da conseguirsi da parte degli operatori, di stabilire gli indirizzi per l’organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle

esperienze formative e infine di definire i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche e dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e procedere alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi.

Le singole competenze della Commissione e il suo assetto istituzionale saranno analizzati in seguito, mentre è opportuno già da ora soffermarsi sul ruolo di tale organo nella *governance* del sistema⁵. L'Accordo del 2001, come già ricordato, ha infatti reso necessaria l'approvazione da parte della Conferenza delle determinazioni di carattere prescrittorio e generale adottate dalla Commissione. Tuttavia, ciò non fa venir meno la centralità dell'organo nella *governance* del sistema, quale "casa comune" dell'ECM, che, come si vedrà, potrebbe anche risultare rafforzata dalla collocazione presso l'Age.Na.S.

In particolare ciò è vero se si pensa alla materia dei *provider*, dovendosi evitare un'eccessiva sperequazione riguardo ai requisiti degli stessi. Il sistema ECM, infatti, prevede due livelli di accreditamento: uno nazionale, che è stato prevalente nella prima fase dell'attuazione del programma ECM, e uno regionale, ancora non pienamente operativo in tutte le Regioni, poiché come si è osservato i sistemi regionali ECM ancora non sono stati istituiti su tutto il territorio nazionale. La presenza di tale duplice livello, com'è di tutta evidenza, ha posto l'esigenza che siano definiti i requisiti minimi e uniformi per l'accreditamento degli eventi proposti dai vari *provider*, in modo da evitare eccessive sperequazioni tra livello statale e regionale e tra le varie Regioni; e ciò è stato ancor più vero in virtù dell'Accordo adottato dalla Conferenza Stato-Regioni il 13 marzo 2003, secondo cui i crediti formativi maturati dai professionisti negli eventi accreditati a livello regionale hanno valenza su tutto il territorio nazionale. In assenza di criteri uniformi, infatti, era possibile una sorta di "concorrenza al ribasso" tra le Regioni in oneri e requisiti minimi dei *provider*.

Il compito di garantire tali esigenze di uniformità è spettato e spetta appunto alle determinazioni dalla Commissione nazionale, con le ormai note

⁵ Sinteticamente, le funzioni più rilevanti della Commissione possono così riassumersi:

- definizione di criteri generali, requisiti minimi e procedure uniformi per l'accreditamento dei *provider*, nonché per l'attribuzione dei crediti, sia da parte delle Regioni e Province autonome, sia della Commissione nazionale;
- previsione dei criteri d'incompatibilità tesi a evitare forme di conflitto d'interesse nell'organizzazione degli eventi formativi;
- promozione della ricerca e dello sviluppo delle metodologie formative;
- definizione dei criteri essenziali e uniformi attraverso cui devono essere effettuata da parte dei soggetti accreditanti le verifiche e i controlli sui *provider*;
- individuazione del numero dei crediti da conseguirsi, dei limiti minimi e massimi annuali, delle proporzioni tra i vari obiettivi che devono essere selezionati da ciascun operatore, dei rapporti tra le varie tipologie formative accessibili, delle modalità di traduzione tra le varie attività, il tempo ad esse dedicate e il credito formativo;
- definizione degli obiettivi formativi d'interesse nazionale, con possibile individuazione di priorità;
- regolamentazione, gestione e aggiornamento di un elenco dei *provider*, nazionali e regionali;
- controllo sulla registrazione e la certificazione dei crediti presso il Co.Ge.A.P.S.;
- predisposizione di una relazione annuale sull'attuazione dell'ECM.

forme di partecipazione della Conferenza Stato-Regioni. Riguardo al sistema sinora attuato, tali requisiti sono stati individuati dalla Commissione nazionale in particolare con il documento dell'11 novembre 2004, che, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 20 maggio 2004, ha integrato quanto previsto dalla Commissione con il documento del 25 marzo 2003. E ciò si rafforza alla luce dell'Accordo 1 agosto 2007, che come accennato, ha previsto il passaggio da un sistema di accreditamento degli eventi formativi a quello di accreditamento dei soli *provider*. Il nuovo sistema, infatti, vedrà l'attribuzione ai *provider* di maggiori responsabilità nell'ambito dell'attuazione del programma ECM, poiché l'esercizio delle funzioni amministrative loro attribuite prescindere dalla verifica d'idoneità dei singoli eventi. In attuazione delle indicate disposizioni si è provveduto all'adozione da parte della Commissione nazionale del regolamento del 21 luglio 2009, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni con l'Accordo 5 novembre 2009. Con il recente documento approvato il 13 gennaio 2010, da ultimo, la Commissione nazionale ha adottato il regolamento applicativo relativo ai criteri per l'accreditamento, il che dovrebbe consentire in tempi rapidi il pieno avvio del nuovo sistema. In conformità a quanto indicato dall'Accordo dell'agosto 2007 (confermato da quello del 2009) tuttavia, sino al consolidamento del nuovo sistema ECM l'accreditamento degli eventi formativi continuerà secondo le regole tuttora in vigore.

Sul ruolo della Commissione nazionale ha avuto modo di pronunciarsi anche la Corte costituzionale con la sentenza n. 328 del 2006, che appare emblematica sotto aspetti sin qui sottolineati. Ivi, infatti, veniva annullato il decreto del Ministro della salute 31 maggio 2004⁶, con cui venivano fissati i requisiti minimi delle società scientifiche coinvolte anche a fini collaborativi nel programma ECM (sia quali *provider*, sia in funzione di collaborazione nella procedura di accreditamento). A detta della Corte, tale decreto era adottato in carenza di copertura legislativa, poiché il d.lgs. n. 502 del 1992 non prevede alcun potere ministeriale riguardo al riconoscimento delle società scientifiche a fini collaborativi nella *governance* dell'ECM, bensì la funzione, da esercitarsi mediante la Commissione nazionale per la formazione continua, di determinare i requisiti necessari per l'accreditamento quali *provider*. Inoltre, la disciplina in questione era posta con provvedimento di natura regolamentare in materie sottratte alla competenza esclusiva statale e dunque in violazione dell'art. 117, comma sesto, Cost. Da ultimo, attribuendo al Ministro della salute il potere di verificare la sussistenza dei requisiti richiesti per il riconoscimento (ed eventualmente di deliberarlo) delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie che intendano svolgere attività di collaborazione con le istituzioni sanitarie e attività di aggiornamento professionale, la disciplina contrastava anche con l'art. 118 Cost., intervenendo

⁶ Il decreto era già stato oggetto d'impugnazione innanzi al T.A.R. del Lazio, Sez. III *ter*, che con la decisione 25 novembre 2004 (in *Foro amm.*: T.A.R., 2004, p. 3384 e ss.) ne aveva salvato i contenuti sostanziali, ritenendo giustificata una disciplina statale sui requisiti delle società scientifiche.

in materia di competenza regionale (nella specie della Provincia autonoma di Trento) senza che fosse in alcun modo dimostrata la necessità dell'esercizio unitario della medesima e in assenza di coinvolgimento delle autonomie regionali e provinciali, in conformità al principio di leale collaborazione.

Nell'annullare tale decreto, tuttavia, la Corte non ha affatto escluso la necessità di una disciplina uniforme concernente i requisiti dei *provider*, ribadendo anzi i contenuti di cui al d. lgs. n. 502 del 1992, pur sottolineando l'esigenza di rispetto delle forme collaborative tra Stato e Regioni ai sensi delle nuove norme costituzionali. Forme che come già osservato sono state individuate dall'Accordo del 2001 nella necessaria approvazione delle determinazioni della Commissione nazionale ECM in Conferenza Stato-Regioni.

Nel complesso, dunque, la Commissione nazionale, seppure mediante le procedure collaborative fissate a partire dal 2001, mostra in tale ambito tutto il suo ruolo di casa comune dell'ECM, vero e proprio luogo della sussidiarietà e dell'adeguatezza del riparto di funzioni amministrative tra Stato e Regioni. Tale ruolo appare anzi rafforzato in seguito al riordino del sistema ECM, recuperando quella funzione unitaria che la Commissione aveva rivestito nella fase iniziale dell'avvio del programma ECM. Semmai, il problema è dato dal ricorso a un procedimento per la disciplina unitaria di funzioni amministrative, che rientrano in materie di competenza legislativa regionale concorrente e residuale, assai atipico. In particolare, sebbene le determinazioni della Commissione vadano approvate dalla Conferenza Stato-Regioni, resta piuttosto generica la copertura legislativa di tale procedimento, secondo quanto già osservato nel paragrafo precedente. Se, infatti, l'attribuzione alla Commissione di determinate competenze amministrative appare giustificata ai sensi dell'art. 118 Cost., poiché tesa a assicurare esigenze unitarie; se anche la stessa può ritenersi conforme al principio di leale collaborazione, in quanto vi è la partecipazione della Conferenza, difficile è trovare l'atto legislativo con cui si giustifichi tale spostamento di competenze, poiché tale procedura è stata disciplinata dallo stesso strumento dell'accordo, benché da ultimo recepito in una norma di legge (la finanziaria 2008). Tuttavia, in tal modo, le scelte che giustificano lo spostamento di competenze sono contenute nello stesso accordo (nella specie quello del dicembre 2001) rendendosi pertanto assai difficile l'eventuale scrutinio sulla legittimità delle scelte del legislatore. Siamo quindi anche al di fuori del procedimento c.d. di "assunzione in sussidiarietà", individuato dalla Corte costituzionale a partire dalla ormai famosa sentenza n. 303 del 2003⁷,

⁷ La Corte, infatti, legittima l'attrazione a livello centrale di determinate funzioni amministrative di competenza regionale, con il conseguente spostamento di potestà legislative, in base ad un'attenta valutazione delle condizioni legittimanti la stessa attrazione (necessità di garantire istanze unitarie nell'esercizio di determinate funzioni amministrative; idoneità e proporzionalità della disciplina così posta rispetto alle esigenze di regolazione di tali funzioni), ma anche la previsione d'idonee forme di coinvolgimento delle Regioni interessate; coinvolgimento da realizzarsi secondo i moduli di leale collaborazione individuati dalla Corte, che in particolare a partire dalla sent. n. 6 del 2004 si sono visti consistere essenzialmente nella necessità di raggiungere un'intesa c.d. « forte » con le Regioni interessate o in Conferenza.

ponendosi così un problema di legalità, perlomeno sostanziale, dell'attività amministrativa. Il che mostra ancora una volta come la materia dell'ECM si ponga quale esempio miliare della crisi che il sistema italiano delle fonti si trova oggi ad affrontare.

4. *Gli organi del programma ECM.*

4.1. *La Commissione nazionale per la formazione continua e gli organi ausiliari.*

L'attuale organizzazione e composizione della Commissione (la quale è stata ricostituita con d. m. 17 marzo 2008) è il frutto della riforma avvenuta con l'Accordo 1 agosto 2007, richiamato dalla successiva legge finanziaria per il 2008. La Commissione nazionale, che ha ora durata triennale, si colloca non più presso il Ministero della salute (come prevedeva l'art. 16 *ter* del d. lgs. n. 502/92), ma presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.), organo strategico per la *governance* del sistema sanitario (si pensi alla materia dei piani di rientro) e dotato di un certo grado di autonomia nell'esercizio della sua funzione di supporto allo Stato e alle Regioni.

Riguardo alla composizione, invece, rilevanti modifiche sono intervenute sotto due linee direttive (in parte già percorse dalla prima revisione dell'organo avvenuta con l'Accordo 20 dicembre 2001): da un lato, un sempre più forte ruolo delle Regioni, dall'altro un maggior coinvolgimento delle federazioni degli ordini professionali, rendendosi tendenzialmente paritarie le componenti tecnica e politico-istituzionale dell'organo. Dunque, pur mantenendosi la presidenza in capo al Ministro della salute, i vicepresidenti, ora due, sono una espressione delle istanze regionali (Coordinatore delle Commissioni salute delle Regioni) uno degli ordini professionali (Presidente della FNOMCeO); gli altri membri (trenta) sono per metà di derivazione politica, ma con un più forte ruolo delle Regioni (otto i membri designati dalla Conferenza, sette quelli di derivazione ministeriale), per l'altra metà espressione delle varie federazioni di Ordini, Collegi e Associazioni professionali. A essi, infine, si aggiungono tre membri di diritto, individuati nel Direttore generale dell'Age.Na.S., nel Direttore generale delle risorse umane e professioni sanitarie del Ministero della salute, nel responsabile del supporto amministrativo-gestionale (di provenienza dello stesso Ministero).

La Commissione, inoltre, si articola oggi in cinque sezioni, preposte alla gestione dei vari settori in cui si esplicano le attività della Commissione (Criteri e procedure di accreditamento dei *provider*, Sviluppo e ricerca sulle metodologie innovative della formazione continua, Valutazione e *reporting* della qualità e dell'accessibilità delle attività formative, Indicazione e sviluppo

obiettivi formativi nazionali e coordinamento di quelli regionali, Accredimento delle attività formative in ambito comunitario o estero), e un Comitato di Presidenza, con funzioni d'indirizzo e coordinamento dell'attività della Commissione e delle sue sezioni.

La Commissione nazionale e le sue sezioni si avvalgono ora di numerosi organi di supporto nell'esercizio delle loro funzioni, introdotti dal riordino del sistema ECM avvenuto nel 2007: la Consulta nazionale della formazione permanente, il Comitato tecnico delle Regioni, l'Osservatorio nazionale della formazione continua in sanità, il Co.Ge.A.P.S.

Il Comitato tecnico delle Regioni costituisce l'organo teso a rafforzare la collaborazione tra tutti i livelli istituzionali. Esso opera come supporto della sezione Criteri e procedure di accredimento dei *provider* ed è composto da esponenti di ciascuna Regione e Provincia autonoma designati dalla Commissione salute dei Consigli regionali e provinciali.

La Consulta nazionale della formazione permanente è l'organo espressione dei vari attori sociali del sistema ECM (quali le Società scientifiche, le organizzazioni sindacali, le associazioni di *provider*, e le associazioni di tutela del malato); essa ha funzioni di consulenza e confronto sulle scelte e sui risultati del programma ECM. Tale organo è presieduto da un Presidente individuato dal Comitato di presidenza della Commissione nazionale, mentre un dirigente svolge le funzioni di segretario della Consulta.

L'Osservatorio nazionale della formazione continua in sanità esercita i compiti relativi al monitoraggio delle attività formative svolte a livello regionale (al fine di verificare la loro corrispondenza agli obiettivi formativi, nonché il mantenimento dei requisiti essenziali da parte dei *provider*), nonché alla valutazione sui flussi di domanda e offerta formativa e sulla qualità delle attività formative. E' evidente, infatti, l'importanza del monitoraggio e della valutazione delle varie attività formative, in particolare al fine di evitare una sorta di "burocraticizzazione" del sistema ECM e un distacco dalle reali esigenze del sistema sanitario. Nel passaggio al nuovo regime di accredimento dei *provider*, inoltre, appare pregnante l'esigenza di un continuo controllo sulle attività formative, tenuto conto del maggior livello di autonomia che tali soggetti assumeranno. L'Osservatorio è incardinato presso la sezione Valutazione e *reporting* della qualità e dell'accessibilità delle attività formative, con un responsabile designato dal Coordinatore degli assessori regionali alla sanità. Esso è composto di undici membri, esperti di formazione e valutazione di qualità dei singoli professionisti, delle attività e delle organizzazioni sanitarie, di cui cinque designati dalla Conferenza Stato-Regioni e sei dal Comitato di Presidenza della Commissione Nazionale. Si tratta dunque di un organo tecnico-politico, in cui rilevante è il ruolo delle Regioni. Le finalità dell'Osservatorio nazionale dovranno attuarsi mediante la stringente collaborazione con analoghi osservatori istituiti a livello regionale e provinciale, ai quali spetterà anche il

compito di valutare lo specifico livello di qualità, efficienza ed efficacia della formazione dei singoli Servizi Sanitari Regionali. Sotto tale profilo si registra una certa lentezza delle Regioni nell'attuare quanto previsto dall'Accordo del 2007, non essendo stata ancora istituiti organi siffatti nella maggioranza di esse⁸. Tuttavia, l'attività di monitoraggio svolta dagli organi della *governance* regionale, in particolare mediante i rapporti elaborati con il supporto della Commissione regionale ECM, ha conosciuto qualche esempio virtuoso (come in Emilia-Romagna).

Il Co.Ge.A.P.S. è l'organo che riunisce le Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi professionali e le Associazioni dei professionisti coinvolti nel progetto di Educazione Continua in Medicina in attuazione della Convenzione stipulata dagli stessi con il Ministero della salute al fine di realizzare un progetto sperimentale per la gestione e certificazione dei crediti formativi ECM. Ad esso è affidata l'istituzione e la gestione di un'anagrafe degli operatori sanitari e l'allestimento di un servizio tecnico permanente di aggiornamento dedicato ai rapporti con gli enti pubblici. E'organo di supporto della sezione Valutazione e *reporting* della qualità e dell'accessibilità delle attività formative della Commissione nazionale, con la finalità dunque di costituire un riferimento per tutti i soggetti pubblici coinvolti, garantendo una forte unitarietà nell'acquisizione dei flussi sulle attività formative tra Stato e Regioni e tra Regioni. L'importanza del Co.Ge.A.P.S. è di tutta evidenza, poiché la realizzazione di una efficiente banca dati sui crediti è essenziale per lo svolgimento delle funzioni di pianificazione e valutazione delle attività formative sul territorio nazionale e regionale. La registrazione dei crediti, infatti, deve avvenire mediante la suindicata anagrafe nazionale, che dovrà raccordarsi con le anagrafi regionali di futura istituzione (piuttosto lenta al momento⁹).

⁸ La d.g.r. n. 1648 del 2009 della Regione Emilia-Romagna ha previsto l'istituzione dell'Osservatorio Regionale per l'Educazione Continua in Medicina e per la Salute, presieduto dall'Assessore regionale alle politiche per la salute e composto da esperti di formazione continua. In Toscana la d.g.r. n. 643 del 2008, di riordino del sistema regionale ECM, ha stabilito l'istituzione da parte della Direzione generale diritto alla salute, d'intesa con la Commissione regionale, dell'Osservatorio regionale sulla qualità della formazione, con il compito di monitorare il complesso delle attività formative sia sotto il profilo qualitativo sia quantitativo (l'organo è stato poi istituito con decreto n. 2794 del 2008). In Umbria la d.r.g. n. 1867 del 2008 ha previsto la futura istituzione dell'Osservatorio Regionale sulla qualità della formazione, che avrà il compito di valutare la qualità della formazione del S.S.R., monitorando l'offerta formativa sia sotto il profilo qualitativo sia sotto quello quantitativo, redigendo anche un rapporto annuale sulle attività formative; inoltre, ad esso sarà attribuita la funzione di definire i requisiti di accreditamento dei *provider* ulteriori a quelli previsti in sede nazionale. In Lombardia, già con la d.r.g. n. 18576 del 2004 è stato istituito il Nucleo di verifica della ricaduta della formazione continua, costituito dalle Direzioni generali sanità e famiglia e solidarietà sociale, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali, il quale ha il compito di analizzare e verificare le ricadute sul mondo sanitario del complesso delle attività, fornendo anche supporto alla Commissione regionale ECM nell'elaborazione dei criteri per effettuare tali verifiche.

⁹ In Toscana l'anagrafe formativa è tenuta e alimentata per il personale del SSN dalle Aziende sanitarie regionali, in collegamento con il sistema degli Ordini e Collegi professionali (che tengono invece l'anagrafe per i sanitari liberi professionisti). Proprio al fine di realizzare un sistema integrato, la Direzione generale promuove la stipula di convenzioni tra tali soggetti (d.g.r. n. 90/2004, ripresa dalla d.g.r. n. 643/2008). In Valle d'Aosta (da ultimo d.g.r. n. 343 del 2007) la registrazione dei crediti si differenzia a seconda dell'operatore sanitario: per i dipendenti del SSN o di strutture convenzionate, i liberi professionisti o dipendenti di strutture private iscritti ad

Da ultimo, l'Accordo 5 novembre 2009 ha previsto l'istituzione di un'ulteriore organo, il Comitato di Garanzia, nominato dal Presidente della Commissione nazionale ECM su indicazione del Comitato di Presidenza, composto di cinque membri scelti tra i componenti della Commissione stessa. Tale organo svolgerà il monitoraggio sui piani formativi e sulle varie attività, vigilando sul rispetto da parte dei *provider* delle regole sull'erogazione delle attività formative, di cui al manuale di accreditamento dei *provider*. A esso spetterà anche l'istruttoria sui provvedimenti di contestazione nei confronti dei *provider* per violazioni delle regole sull'accREDITAMENTO.

Le competenze statali in materia di ECM, in conclusione, sono esercitate mediante l'azione di un organo che, sebbene presieduto dal Ministro della salute, opera sulla base di alte competenze tecniche e professionali, senza essere guidato da mere logiche burocratiche; esso è infatti caratterizzato da un lato dalla partecipazione regionale alle scelte sulla sua composizione, dall'altro dal coinvolgimento del mondo della tecnica e delle professioni. Inoltre, la strutturazione presso l'Age.Na.S. potrebbe avere riflessi assai rilevanti; quest'ultima, infatti, poiché ente dotato di maggiore autonomia dalle scelte politiche-governative e maggiormente integrato con le realtà regionali appare la sede più idonea per la collocazione di un organo d'indirizzo e coordinamento tra Stato e Regioni nella *governance* di sistema. Inoltre, la predisposizione di numerose strutture di supporto, dovrebbe far sì che le varie funzioni della Commissione siano esercitate nella maniera più pregnante e vengano così soddisfatti tutti gli aspetti essenziali di un sistema ECM efficiente: coordinamento nazionale, raccordo con le realtà regionali, monitoraggio e valutazione, efficace gestione informativa.

Non c'è dubbio che in tal modo l'assetto organizzativo del sistema ECM appaia oggi assai più complesso e articolato rispetto alla sua origine, ma ciò esprime l'evidente volontà delle istituzioni di costruire un sistema il più completo possibile, teso al costante sviluppo, monitoraggio e miglioramento delle attività formative, al fine di evitare uno sradicamento della formazione continua dalle reali esigenze del sistema sanitario. Inoltre, il riordino

Ordini e Collegi professionali provvedono questi ultimi; per gli stessi soggetti che non siano iscritti ad Ordini o Collegi, invece, provvede la AUSL se dipendenti del SSN, la Direzione salute dell'Assessorato omonimo negli altri casi. Similare la disciplina nella Provincia autonoma di Trento, ove gli Ordini e Collegi professionali (le sezioni provinciali per la precisione), ai sensi della d.g.p. n. 3404 del 2002, svolgono la funzione di registrazione e attestazione dei crediti formativi conseguiti dai propri iscritti; nei confronti del personale sanitario non rappresentato in Ordini e Collegi, invece, la stessa delibera ha demandato all'Azienda provinciale per i servizi sanitari l'esercizio di tale funzione.

Pur ancora in assenza di piena attuazione alcune indicazioni si riscontrano nella Regione Friuli-Venezia Giulia (d.g.r. n. 10891 del 2003 e successive modificazioni) e in Liguria (da ultimo d.g.r. n. 146 del 2005), ove la gestione dell'anagrafe dei crediti è generalmente affidata agli Ordini e Collegi professionali, con il supporto della Commissione. In Umbria la d.g.r. n. 1867 del 2008 ha previsto la futura organizzazione delle anagrafi, tenute sinora delle singole Aziende sanitarie per il personale dipendente e dagli Ordini. Collegi o Associazioni professionali per i liberi professionisti.

organizzativo del 2007 mostra come anche sul piano organizzativo si sia inteso dare alle Regioni un maggior spazio e coinvolgimento.

4.2. *Le scelte istituzionali nelle realtà regionali.*

Le Regioni attuano i propri sistemi di formazione continua nel rispetto degli indirizzi nazionali e delle decisioni prese dalla Commissione nazionale ECM (approvate se necessario dalla Conferenza Stato-Regioni).

Riguardo all'assetto istituzionale risulta in buona parte mutuato il modello statale, pur con differenze assai rilevanti.

L'ente Regione, infatti, svolge la funzione di governo complessivo del sistema, sia sul piano normativo sia su quello applicativo. La disciplina d'indirizzo e di carattere generale spetta principalmente alla Giunta e il controllo è svolto essenzialmente dagli assessorati alla salute o alla sanità¹⁰. Tuttavia, gli organi di governo della Regione si avvalgono di numerose strutture di supporto che in alcuni casi possono assumere una rilevanza piuttosto pregnante.

Limitandosi a quelle che hanno già avviato un proprio sistema ECM¹¹, possono riscontrarsi due modelli principali. Un primo modello, che potremmo definire "giuntale" attribuisce alla Giunta le scelte di carattere normativo e d'indirizzo, benché spesso decentrate nelle direzioni generali e degli assessorati. Alle Commissioni regionali ECM, invece, spetta la funzione di supporto tecnico della Giunta, sia relativamente alle scelte d'indirizzo e programmazione, sia a quelle concernenti le procedure di accreditamento dei *provider* e degli eventi formativi¹². Le Commissioni regionali presentano la tipica composizione mista tecnico-burocratica, presiedute in genere dall'assessore alla salute o dal direttore generale alla salute, con una prevalenza spesso della componente tecnico-professionale¹³. Accanto alla Commissione opera con funzioni consultive la Consulta regionale per la formazione in sanità, generalmente presieduta

¹⁰ In Liguria l'Assessorato alla formazione istruzione e lavoro (da ultimo d.g.r. 146 del 2005).

¹¹ Allo stato attuale, infatti, non tutte le Regioni hanno dato avvio ai propri sistemi di formazione continua, riscontrandosi dunque una certa diversità di "velocità" sul territorio nazionale. Non risultano pienamente avviati i sistemi ECM di Abruzzo, Calabria, Campania, Sardegna e Sicilia, mentre per Basilicata, Puglia e Lazio non può riscontrarsi neppure una sufficiente regolamentazione della materia.

¹² L'accREDITAMENTO può poi concretamente avvenire presso gli organi della Regione, come in Liguria (d.g.r. n. 146 del 2005), in Toscana (da ultimo d.g.r. n. 643 del 2008), in Umbria (d.g.r. n. 1746 del 2002) o presso la stessa Commissione, come in Friuli-Venezia Giulia (d.g.r. n. 1091 del 2003), in Valle d'Aosta (d.g.r. n. 804 del 2004), in Molise (d.g.r. n. 99 del 2004 e decr. pres. n. 8/2009) o nella Provincia autonoma di Trento (d.g.p. n. 579 del 2002). In Toscana, inoltre, l'assetto istituzionale si differenzia in quanto è presente un ulteriore organo, il Laboratorio regionale per la formazione sanitaria (FORMAS), istituito e definito dalla Direzione generale diritto alla salute (d.g.r. n. 538/2006), con funzione di supporto della Commissione regionale ECM e di coordinamento intra-aziendale.

¹³ Così in Friuli-Venezia Giulia (d.r.g. n. 1932 del 2004 e l. r. n. 21 del 2005); in Toscana (l.r. n. 40 del 2005), in Umbria (d.g.r. n. 1746 del 2002). In Liguria la presidenza spetta all'assessore alla formazione, istruzione e lavoro e la composizione non è fissa, essendo integrata volta per volta da esperti nell'ambito della formazione sanitaria designati dall'assessore stesso di concerto con gli ordini professionali, sulla base delle competenze di volta in volta necessarie. In Valle d'Aosta (d.g.r. n. 804 del 2004) e in Molise (d.g.r. n. 99 del 2004) essa ha carattere esclusivamente tecnico-scientifico ed è presieduta da un docente universitario (per il Molise il preside della facoltà di medicina).

dall'assessore alla sanità e costituita da rappresentanti dagli Ordini, dai Collegi e dalle Associazioni professionali¹⁴ (talvolta anche da esponenti delle Università¹⁵ o del mondo medico-sanitario¹⁶).

Un secondo modello, che potremmo classificare come “decentrato”, si ha nelle Regioni le quali abbiano operato appunto una sorta di “decentramento” di talune scelte d'indirizzo (quali l'individuazione degli obiettivi formativi o i requisiti per l'accreditamento) alle Agenzie Sanitarie Regionali, le quali svolgono anche le funzioni relative all'accreditamento¹⁷. In queste realtà, il ruolo della Commissione ECM è spesso più circoscritto e, pur mantenendosi una caratterizzazione tecnico-burocratica, si rileva un'accentuazione del suo carattere tecnico (sia riguardo alla composizione, sia alle funzioni)¹⁸. Anche in tali Regioni, inoltre, permane il ruolo di consulenza della Consulta regionale¹⁹.

Alcune peculiarità presentano i sistemi delle Province autonome di Trento e Bolzano, della Regione Lombardia e della Regione Veneto.

Per quanto riguarda la prima deve segnalarsi il ruolo centrale di un organo che non appartiene alla specifica *governance* del sistema ECM, il Consiglio sanitario provinciale, organo tecnico-scientifico di consulenza della Giunta (presieduto dall'Assessore alla sanità e composto da rappresentanti degli Ordini e collegi professionali, nonché dal direttore del Dipartimento della sanità e dal direttore dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari); tale organo, a partire dalla l. p. n. 12 del 2005, svolge una generale funzione consultiva e ha anche un potere di proposta per quanto concerne la programmazione formativa. Pertanto, squisitamente tecnica è la composizione della Commissione provinciale ECM (d.g.p. n. 579 del 2002), che svolge le sue funzioni nell'ambito dell'accreditamento.

¹⁴ E' il caso del Friuli-Venezia Giulia (d.g.r. n. 1932 del 2004 e l. r. n. 19 del 2006). In Umbria (d.r.g. n. 1746 del 2002) prende il nome di Comitato tecnico consultivo permanente delle professioni sanitarie.

¹⁵ Così in Liguria (d.g.r. n. 146 del 2005), ove la presidenza spetta all'assessore alla formazione istruzione e lavoro (ma l'assessore alla salute ne è membro).

¹⁶ Così in Valle d'Aosta (d.g.r. n. 805 del 2004) e in Molise (d.g.r. n. 99/2004) ove si prevedono tra i membri anche esponenti della AUSL e della medicina convenzionata.

¹⁷ E' il caso dell'Emilia-Romagna (d.g.r. n. 1217 del 2004); delle Marche (d.g.r. n. 1 del 2003 e n. 129 del 2005); del Piemonte (d.g.r. n. 61 e n. 62 del 2007).

¹⁸ Tale la scelta dell'Emilia-Romagna (d.g.r. n. 1217 del 2004). Nelle Marche essa ha una composizione squisitamente tecnica ed è denominata Commissione tecnica ECM (decr. direttore Dip. servizi alla persona e alla comunità n. 2 del 2004). In Piemonte (d.g.r. n. 61 e n. 62 del 2007) prende il nome di Commissione Regionale Tecnico Scientifica per l'Educazione Continua in Medicina, è presieduta dal direttore generale dell'Agenzia regionale per i servizi sanitari (che ne nomina i membri) ed è composta da esperti in materia sanitaria e formazione. Deve aggiungersi che in Emilia-Romagna la d.g.r. n. 1648 del 2009 ha previsto l'istituzione dell'Osservatorio Regionale per l'Educazione Continua in Medicina e per la Salute, presieduto dall'Assessore regionale alle politiche per la salute e composto da esperti di formazione continua, a cui attribuita una funzione di supporto tecnico della Regione per le varie funzioni della *governance* ECM.

¹⁹ E' il caso dell'Emilia-Romagna (d.g.r. n. 1072 del 2002). Nelle Marche sono presenti anche alcuni dirigenti regionali (decr. direttore Dip. servizi alla persona e alla comunità n. 2 del 2004). In Piemonte l'organo assume la denominazione di Conferenza Regionale per la Formazione Continua in Sanità (d.g.r. n. 61 e n. 62 del 2007) ed è composta anche dai dirigenti delle Aziende sanitarie.

Nella Provincia di Bolzano (d.p.p. n. 8 del 2002), invece, la *governance* del sistema è affidata sul piano generale all'Ufficio per la formazione del personale sanitario, nell'ambito dell'Assessorato alla sanità, con il supporto della Commissione provinciale per la formazione continua, che esercita i principali compiti in materia di programmazione formativa e accreditamento²⁰; essa è presieduta dal direttore dell'Ufficio per la formazione del personale sanitario e si compone sia di esperti, sia di rappresentanti dei vari Ordini e Collegi professionali della Provincia, supplendo la mancanza della Consulta regionale.

Assai eccentrico rispetto alle altre Regioni è il sistema della Regione Lombardia (d.r.g. n. 13792/2003 e d.r.g. n. 18576 del 2004), sia per quanto concerne l'assetto istituzionale, sia riguardo alle procedure di accreditamento. Anche in questo caso gli atti a contenuto generale sono di competenza della Giunta regionale, in particolare dell'Assessorato alla salute, ma è la Direzione generale sanità ad adottare gli atti amministrativi fondamentali. La Commissione regionale per la formazione continua (decr. direttore generale sanità n. 3730 del 2004), è organo privilegiato di supporto del sistema²¹ e unisce alla componente burocratica e tecnica anche quella rappresentativa degli attori sociali del sistema; essa è presieduta dall'assessore alla sanità, comprendendo tra i suoi membri sia componenti delle Direzioni generali sanità e famiglia e solidarietà sociale, sia esperti di formazione designati di concerto dalle direzioni stesse, sia rappresentanti di Ordini, Collegi e Associazioni professionali, nonché delle Società scientifiche e delle Università. Riguardo all'accreditamento, invece, esso è invece svolto dalla Regione con il determinante supporto dell'Istituto regionale lombardo di formazione per l'amministrazione pubblica (I.Re.F.), organo che gode dell'autonomia propria delle agenzie pubbliche, ed effettua l'attività istruttoria propedeutica all'accreditamento, nonché gli accertamenti, preventivi, in itinere e successivi, sull'attività degli stessi fornitori di formazione. E' dunque un sistema più complesso, che presenta un ampio grado di decentramento amministrativo, sia interno (delegandosi molte decisioni alla direzione generale sanità) sia esterno (attribuendo compiti pregnanti a vari organi e responsabilizzando i *provider*, che sono accreditati *una tantum* e non per ciascun evento formativo) attribuendo tra l'altro funzioni a organi atipici, quali l'I.Re.F., soggetto specializzato sul piano della formazione.

Numerose peculiarità presenta anche l'assetto organizzativo dell'ECM della Regione Veneto. Se, infatti, spetta alla Giunta la delineazione degli indirizzi generali e della programmazione, sotto la vigilanza dell'Assessorato alle politiche sanitarie e sociali (d.g.r. n. 3600 del 2002), l'attività di supporto

²⁰ Va precisato, tuttavia, che l'accreditamento avviene presso la Regione, nella specie presso l'Ufficio per la formazione, previa valutazione svolta dalla Commissione provinciale, solo per gli eventi rivolti ai professionisti non rappresentati a livello provinciale da Ordini o Collegi o Associazioni professionali. Negli altri casi, invece, sono questi ultimi a svolgere la valutazione e accreditare gli eventi formativi nei confronti degli operatori sanitari iscritti agli stessi, trasmettendo i relativi dati all'Ufficio provinciale per la formazione.

²¹ In particolare essa propone gli obiettivi formativi regionali e individua i criteri di monitoraggio dell'attività formativa.

dell'amministrazione regionale è affidata al Centro regionale di riferimento per la formazione continua in medicina (d.g.r. n. 4097 del 2003), struttura che opera secondo modalità definite da un'apposita convenzione stipulata tra il Dirigente Regionale dell'Unità Complessa per le Risorse Umane e la Formazione ed il Direttore Generale dell'AUSL ove il Centro è ubicato. Il Centro ha un responsabile che opera mediante un gruppo di lavoro denominato Comitato tecnico-scientifico (d.g.r. n. 881 del 2004), composto da esperti provenienti dal mondo medico e Universitario in campo medico. Le funzioni del Centro, progressivamente ampliate dalle deliberazioni della Giunta regionale (nn. 881/2004, 2684/2006, 509/2007), sono tese all'attuazione del programma regionale ECM, mediante l'azione e il supporto degli altri organismi regionali di *governance* della materia: la Consulta delle professioni sanitarie (d.g.r. n. 3600/2002), organo di rappresentanza delle professioni sanitarie, presieduta dall'assessore alle politiche sanitarie e composta dai rappresentanti degli Ordini, Collegi e Associazioni professionali, che svolge attività consultiva sui temi della formazione continua; la Commissione regionale per la formazione continua in medicina (d.g.r. n. 881/2004), strutturata quale organo interno della Consulta, presieduta dal dirigente del servizio formazione e personale SSR, composta da esperti designati dalla Regione e dal mondo professionale, con la funzione essenzialmente di accreditare gli eventi formativi. Il sistema ECM Veneto, dunque, vede nel Centro di riferimento la struttura deputata all'attuazione del programma regionale ECM, a cui fanno appunto riferimento gli organi di supporto, che rispetto alle altre Regioni agiscono in maniera diversa (in particolare la Commissione regionale ha compiti fortemente ridotti, limitandosi all'accreditamento degli eventi formativi).

I sistemi regionali, pertanto, pur nella presenza di caratteri comuni, che in buona parte derivano dall'importazione delle scelte fatte sul piano statale, presentano un certo livello di differenziazione, il più delle volte conseguenza dell'attribuzione di un ruolo rilevante nella *governance* del sistema alle Agenzie sanitarie regionali, con quell'effetto di decentramento di cui si è detto. Inoltre, un certo interesse mostra il maggior livello di complessità di alcuni sistemi regionali, che vedono ulteriori forme di razionalizzazione tesa al rafforzare il coordinamento tra i veri attori del sistema ECM (si pensi al Veneto, ma anche alla Toscana).

5. Programmazione formativa e livelli di governo

La programmazione, e in particolare l'individuazione degli obiettivi formativi costituisce uno dei punti cardine del sistema ECM, rappresentando la risposta al fabbisogno formativo, alla luce delle varie esigenze manifestate dalla programmazione sanitaria. Pertanto, tali obiettivi, che devono essere

riconducibili ai livelli essenziali di assistenza determinati dalla normativa statale, come specificato dall'Intesa siglata in Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, sono determinati dallo Stato e dalle Regioni in conformità ai rispettivi piani sanitari; essi, inoltre, devono rispondere sia a esigenze di carattere generale, proprie del sistema sanitario nel suo complesso, sia a istanze specifiche dei singoli settori, aree e discipline professionali.

La determinazione degli obiettivi formativi d'interesse nazionale, lo si è già accennato, era originariamente attribuita alla Commissione nazionale per la formazione continua, sentiti la Conferenza Stato-Regioni e gli Ordini professionali. In seguito all'Accordo 20 dicembre 2001, invece, le decisioni della Commissione in materia, rientrando tra quelle sugli aspetti generali e di carattere prescrittorio del sistema, assumono il valore di proposta alla Conferenza Stato-Regioni, la quale deve approvarli mediante accordo²².

Riguardo alle Regioni, già il d. lgs. n. 502/1992 (art. 16 *ter*) prevedeva la possibilità per le stesse d'individuare specifici obiettivi formativi d'interesse regionale. Ciò al fine di rendere la formazione continua in medicina attenta anche a quelle esigenze di programmazione proprie dei singoli sistemi sanitari regionali. Tale collegamento tra obiettivi formativi e autonomia regionale è ben manifestato da quanto previsto dall'Accordo del 13 marzo 2003, con cui è stato attribuito valore su tutto il territorio nazionale ai crediti conseguiti mediante la partecipazione a eventi formativi accreditati dalle singole Regioni; tuttavia, l'Accordo del 20 maggio 2004 ha limitato alla metà della quota complessiva il numero dei crediti conseguibili da ciascun operatore sanitario mediante partecipazione ad eventi formativi d'interesse regionale, al fine di raggiungere un certo equilibrio nell'adempimento degli obblighi formativi, evitando che vengano privilegiate le esigenze regionali.

Gli obiettivi formativi d'interesse regionale sono adottati mediante piani formativi regionali, in conformità ai p.s.r. Generalmente la determinazione degli stessi spetta alla Giunta regionale, benché nel procedimento intervengano quasi sempre gli organi tecnico-consultivi della Regione, generalmente le Commissioni regionali (provinciali per Trento e Bolzano) ECM (con funzioni propositive) e le Consulte regionali per la formazione (in fase consultiva)²³; specifiche differenze, tuttavia, sono conseguenza delle peculiarità che talune Regioni presentano sul piano organizzativo, come in precedenza osservato²⁴.

²² Gli obiettivi formativi d'interesse nazionale, individuati dallo stesso Accordo del 2001, sono stati poi confermati ed integrati dagli accordi successivi, sino al recente Accordo 5 novembre 2009.

²³ Più accentrata nella Giunta regionale è la scelta sugli obiettivi nella Regione Valle d'Aosta (d.g.r. n. 804 del 2004), ove la Commissione regionale interviene solo su richiesta della stessa amministrazione.

²⁴ Così, nella Regione Toscana (da ultimo d.g.r. n. 643 del 2008) interviene anche il Laboratorio regionale per la formazione sanitaria (FORMAS), organo di supporto della Direzione generale diritto alla salute. Nella Regione Veneto (d.g.r. 4097 del 2003 e successive modifiche), invece, pur mantenendosi l'adozione con delibera della Giunta regionale, fondamentale è il ruolo del Centro regionale di riferimento per la formazione continua in medicina, struttura di coordinamento dei vari organi della *governance* dell'ECM regionale, che svolge appunto l'attività di coordinamento degli organi di supporto della Regione. Nella provincia autonoma di Trento (d.g.p. n. 2847 del 2006), da ultimo, gli obiettivi formativi sono determinati sulla base dell'individuazione fatta dal

Non mancano, inoltre, alcuni esempi di forte decentramento e tecnicizzazione delle decisioni fondamentali in materia di ECM, in virtù della scelta di talune Regioni (Emilia-Romagna, Marche e Piemonte) di attribuire talune attività concernenti la *governance* del sistema alle Agenzie sanitarie regionali, a cui spetta un potere di proposta sugli atti di programmazione, e nei cui confronti dunque si esercita la funzione di supporto delle Commissioni e delle Consulte²⁵.

6. *Riflessioni conclusive.*

Il sistema di Educazione continua in medicina, in definitiva, si mostra tuttora in piena evoluzione, il che rende difficile formulare giudizi definitivi. Tuttavia, la trattazione sin qui effettuata consente di trarre alcune conclusioni significative.

In primo luogo, infatti, la disciplina dell'ECM mette in risalto l'ormai acquisita centralità dello strumento dell'accordo tra Stato e Regioni nel nostro ordinamento giuridico, fortemente accentuata dalla modifica del Titolo V, Parte II, della Costituzione. Il che, nello stesso tempo, però, pone enormi problemi riguardo alla razionalità del sistema delle fonti, tenuto conto che, come si è visto, poco chiara appare la posizione giuridica di accordi e intese.

In secondo luogo, le esigenze unitarie presenti nella realizzazione di sistemi regionali di formazione continua consente di sottolineare l'importanza che gli organi tecnico-burocratici, a forte partecipazione regionale, assumono nell'ambito della *governance* di un così delicato settore della sanità. Tuttavia, anche in questo caso numerosi risultano i problemi di rispetto dei principi giuridici in materia di amministrazione, data la troppo generica copertura legislativa che l'esercizio di tali funzioni amministrative comporta.

Ne consegue, pertanto, che la materia dell'ECM può essere uno dei tanti settori, sicuramente tra i più significativi, per evidenziare l'inadeguatezza, o comunque la scarsa razionalità, degli strumenti di raccordo tra Stato e Regioni, nonché la necessità di un serio ripensamento del sistema delle fonti. Allo stesso modo, nondimeno, proprio la disciplina dell'ECM può costituire un utile banco di prova per la realizzazione di forme di regionalismo virtuose, in cui la responsabilità e l'autonomia delle Regioni vanno di pari passo con la soddisfazione delle esigenze unitarie proprie nella specie del Sistema sanitario nazionale.

Consiglio sanitario provinciale, organo tecnico-scientifico di consulenza della Giunta.

²⁵ Così nella Regione Marche (delibere della Giunta regionale n. 1 del 2003 e n. 129 del 2005), ove l'attività di proposta sugli obiettivi formativi è riservata all'Agenzia Sanitaria Regionale. Procedura ulteriormente diversa si ha nella Regione Piemonte (d.g.r. n. 61 del 2007), ove la scelta sugli obiettivi formativi è di competenza dell'Assessorato alla tutela della salute e sanità, con il supporto della Conferenza regionale per la formazione continua (organo consultivo). La formale adozione avviene in ogni caso con delibera della Giunta. In Emilia-Romagna la d.r.g. n. 1648 del 2009 ha previsto l'intervento in funzione di supporto del già ricordato Osservatorio regionale.

Da ultimo, e soprattutto gli sviluppi futuri potranno confermarlo o meno, l'ECM costituisce un modello di *governance* anch'esso di certo interesse, coinvolgendo nei processi di decisione pubblica non solo gli organi di governo e burocratici della Regione, ma anche tutti gli attori del sistema, dagli Ordini professionali agli stessi fornitori di formazione (in particolare quando andrà a regime il nuovo sistema di accreditamento).

*Dottore di ricerca – Assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi del Piemonte orientale