

I MEDICI  
PER UNA BUONA  
SANITÀ



2<sup>A</sup> CONFERENZA  
NAZIONALE  
DELLA PROFESSIONE  
MEDICA

*“La qualità professionale per  
la qualità delle cure”*

*Roma 2 – 3 dicembre 2010*

**L' E.C.M. italiana** : da programma educativo a  
sistema formativo nella direzione dello **SVILUPPO  
PROFESSIONALE CONTINUO**



**Luigi Conte - Udine**



# Un medico di qualità deve acquisire e possedere moderni strumenti:

- *Per garantire l'efficienza di costosi fattori produttivi;*
- *l'efficacia e l'appropriatezza delle pratiche professionali ;*
- *la buona gestione di complesse relazioni professionali ed umane;*

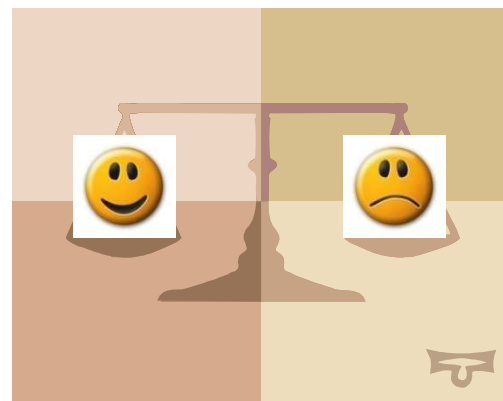
*in un processo, continuo ed integrato, "long life" che parte dall'accesso agli studi di medicina e **si conclude al termine della vita attiva professionale***





# Ed ecco che si propone l'educazione continua in medicina

- Da un bilancio quasi decennale di questa esperienza emergono luci ed ombre di cui si è cercato di fare tesoro per l'attuale sistema che si accinge a partire dal prossimo gennaio per il triennio 2011-2013



# “Il discredito dei crediti”

- Purtroppo quello che doveva essere strumento di mero supporto alla gestione organizzativa del sistema ECM è diventato il fine prevalente di un buon numero di organizzatori di eventi e dei professionisti – discenti



- **Il burocratismo distributivo dei crediti non è stato per niente modulato ed ha minato la valutazione effettiva della qualità educativa degli eventi formativi**

Luigi Conte - Udine



## “Il discredito dei crediti”



- I Professionisti della salute hanno palesato senza reticenza la aspirazione ad accumulare il numero obbligato di crediti
- **C'è stato un quasi esclusivo ricorso ad eventi residenziali**
- Qualsiasi convegno pur di garantirsi “audience” ha chiesto e chiede l'accreditamento per garantire un certo numero di crediti (facendo leva molto spesso sulla professione infermieristica)





**Una riflessione critica  
dell'esperienza maturata nel periodo  
sperimentale ECM deve tener conto  
di un dato presente in letteratura,  
secondo il quale, in ambito sanitario  
*un sistema di formazione  
permanente fondato quasi  
esclusivamente sulla sistematica  
implementazione ed aggiornamento  
delle conoscenze degli operatori,  
manifesta una bassa efficacia  
quando rapportato ad indicatori di  
qualità di processo e di esito.***





UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES  
EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS

- “There is no evidence that CME alone improves the physician’s performance. It only **increases his or her knowledge**. The gap between knowing and doing may subsist, regardless of the number of relevant educational initiatives the physician is subject to. In a field where successful results mean everything, it is obvious that performing is as important – if not more important – that being taught.”
- **UEMS - European Board of Urology, september 2000**

Luigi Conte - Udine





UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES  
EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS



BMJ 2002; 324:153-156

## Educational trials: no. 6

4 > 50 people ; 2 > 20 people; 2/6 “*high quality trials*”

“ **There is limited evidence that problem based learning in continuing medical education increased doctors’ knowledge and performance and patients’ health more than no educational intervention at all. ”**



<http://www.bmj.com/cgi/content/full/324/7330/153>

Luigi Conte - Udine





BMJ 2004; 328:E291

## ***Commentary***

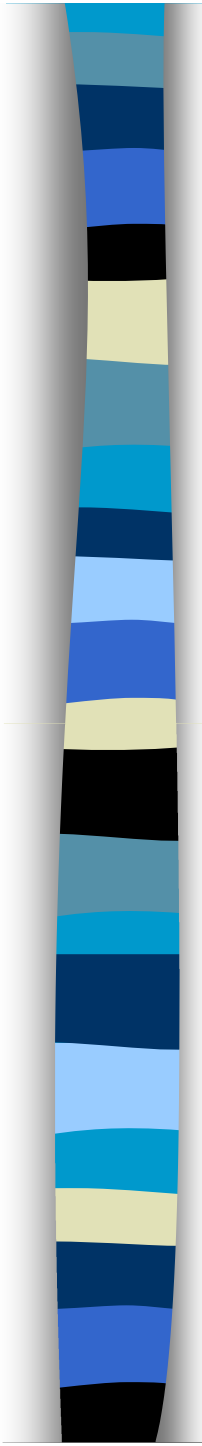
### **Reinventing continuing medical education**

C. Clancy

**“ CME is a time-honored but questionable strategy by which physicians update their knowledge...and in turn apply this knowledge to patient care.....**The passive acquisition of information results in only modest – if any – measurable improvements in care.”****

<http://www.bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7445/E291>

**Luigi Conte - Udine**

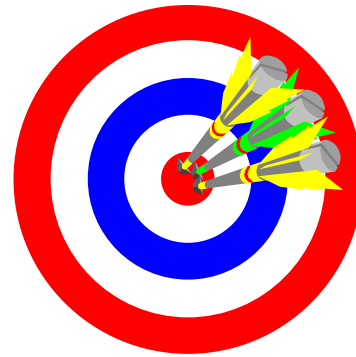


Quindi la **Formazione Continua** ECM non può essere pensata solo un banale trasferimento di conoscenze più o meno aggiornate né come semplice “manutenzione tecnica” ma deve essere **intesa come**

**supporto allo sviluppo di “sistemi di competenze”,**

che è riduttivo connotare esclusivamente come “tecnico-professionali”, ma deve ricomprendere tutta la gamma delle attività richieste in contesti sociali continuamente mutevoli e che **deve sfociare nello sviluppo professionale continuo.**





- Va invece riconosciuto al **sistema ECM** il **grande merito** di aver prima sollecitato e poi mantenuta alta l'attenzione del management e dei professionisti sul valore della formazione permanente





Inoltre.....

■ L'aumento dei soggetti che si occupano del problema ECM ha consentito che nuove soluzioni intelligenti vengano proposte e sviluppate



■ **La pedagogia o meglio l'andragogia medica si è arricchita ed aperta alle nuove tecnologie**

( la C.N. ECM ha bandito un concorso per lo sviluppo e la ricerca sulle metodologie innovative nella formazione continua che scade il 20/12/10 )

■ E' stato fatto un tentativo di collocare nella sua giusta dimensione un "didatticismo" esasperato , astratto, "fine a se stesso", autoreferenziale

**Luigi Conte - Udine**

Ma l'apertura al mercato in senso lato può comportare alcuni rischi

- Inevitabile riduzione del livello medio
- Forte tendenza all'omologazione
- Standardizzazione acritica dei processi



**La vigilanza che si vuole perseguire con le nuove regole deve mirare a valorizzare “l’andragogismo”**



- Un formatore deve avere competenze didattiche (“i ferri del mestiere”), ma deve essere anche ben consapevole che queste vanno subordinate alla capacità prioritaria e cruciale, di saper individuare, esplicitare e quindi lavorare sugli obiettivi formativi, generali e specifici e sui contesti.
- Per cancellare una standardizzazione acefala dei formatori di massa o, peggio ancora, distributori di crediti

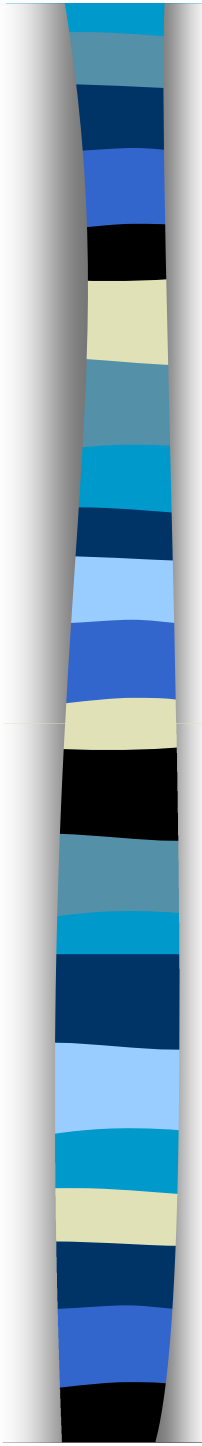
(Bertolini 2010)



# Ecco perché.....



- **L'accREDITAMENTO diretto dei provider *non identifica una diversa procedura burocratica* ma *ribalta il principio di responsabilità ed autonomia dei produttori di formazione*, chiamati a garantire non su singoli eventi ma su tutta la propria attività, profili consoni di organizzazione (statuti, contabilità, centri di responsabilità), di offerta formativa (piani formativi), di trasparenza (contratti di sponsorizzazione).**

- 
- ***Questo significa in prospettiva offrire al bisogno di formazione continua dei medici e di tutti i professionisti sanitari non un frammentato e disorganico universo di soggetti a vocazione formativa, non sempre trasparenti , efficaci ed indipendenti, ma solo quanti possono invece garantire lo sviluppo e la continuità di un sistema affidabile di offerta di attività formative.***





Ed ecco quindi la necessità di :

- Regole certe e stringenti per l'accreditamento dei Provider Nazionali e Regionali
- Obbligo di rendere **trasparenti i rapporti di sponsorizzazione**
- Obbligo di evitare o rendere pubblici eventuali **conflitti di interesse**
- Obbligo della **valutazione** non solo dei discenti , ma anche **dei docenti e degli approcci didattici** (in un'ottica epidemiologica)



Ed ecco la necessità :

- Che ogni Provider accreditato allestisca un progetto formativo annuale / pluriennale quale frutto di un'autentica progettazione educativa ed un'attenta riflessione sui processi formativi
- NON PIU' FORMAZIONE OCCASIONALE , A "SPOT"
- E NON PIU' chiedersi prima di tutto.....

Luigi Conte - Udine



# Qual è l'approccio didattico da utilizzare.....ma :

- Quale medico vogliamo formare ?
- **Con quali competenze ?**
- In quale contesto ?
- **Perché ?**

**Ed è in questa opera che trova realizzazione la vera missione degli Ordini**

- e poi possiamo chiederci **anche** con **quali mezzi didattici**



Luigi Conte - Udine





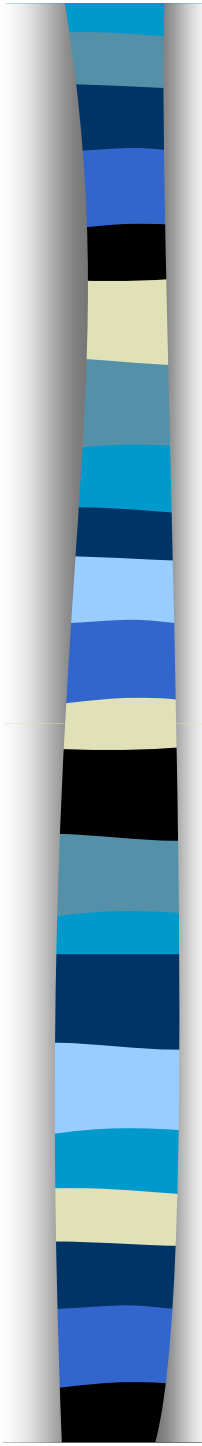
Con queste premesse.....  
il credito ECM diventa.....

Lo strumento per attestare  
l'avvenuta formazione  
e non il fine stesso della  
formazione

**Luigi Conte - Udine**







*Abbiamo detto “No” a modelli burocratici, inquisitori e sanzionatori di controllo, ma.....*

- Osservatorio nazionale e regionale per la valutazione dei provider e degli eventi al fine di garantire qualità, efficacia ed efficienza al sistema ed è stata data la disponibilità della Professione (Ordini) a dare i suoi osservatori



FNOMCeO



# E' stato creato il Cogeaps

( Consorzio delle anagrafiche delle Professioni sanitarie)

- I provider nazionali e regionali trasmettono i crediti erogati all'ente accreditante ed al COGEAPS
- L'Ordine si collega al Cogeaps , verifica la posizione del singolo professionista ed emette la certificazione di legge

**Luigi Conte - Udine**



# Valorizzazione di FAD e FSC

- Non tutto e non solo residenziale
- Adattare le metodologie didattiche ai bisogni formativi ed ai contenuti

**Luigi Conte - Udine**



# 29 NUOVI obiettivi formativi

- tarati sulle esigenze dei singoli professionisti e delle organizzazioni nelle quali operano

**Luigi Conte - Udine**



# La proposta del **DOSSIER FORMATIVO**



**Definizione nell'Accordo Stato Regioni del**

1/8/2007: “**strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (individuale) o del gruppo di cui fa parte** (equipe o network professionale). Non è, quindi, un portfolio delle competenze, ma ne può essere considerato un precursore ed è comunque **correlato al profilo professionale e alla posizione organizzativa**”.

L.Conte - Udine



Il DF si avvale di quattro specifiche sezioni documentabili:

**1<sup>a</sup> sezione. Anagrafica:** il **profilo anagrafico** con l'indicazione del **profilo professionale**, della **collocazione lavorativa** (posizione organizzativa) e del **curriculum** dell'operatore

**2<sup>a</sup> sezione. Programmazione:** il **fabbisogno formativo individuale** definito

**a) in rapporto al profilo e alle aree di competenza dell'operatore e**  
**b) alle caratteristiche dell'attività clinico-assistenziale svolta**

**3<sup>a</sup> sezione. Realizzazione/Evidenze:** le evidenze relative all'attività di formazione effettuata (documentazione, crediti, tipologie di attività) e alle altre attività considerate rilevanti (docenza, tutoraggio, ricerca).

**4<sup>a</sup> sezione. Valutazione:** la **valutazione periodica** (da parte del singolo professionista, dell'Azienda, degli Ordini etc.)



# Dossier Formativo I. (1)



## ■ **COMPETENZE TECNICO SPECIALISTICHE**

- Competenze medico-specialistiche e delle diverse professioni sanitarie esercitate sia individualmente (come liberi professionisti) sia negli ambiti organizzativi previsti dal 229/99, dai CCNLL delle diverse aree contrattuali, e dagli atti aziendali
- In questo ambito vanno ricomprese le **COMPETENZE GENERALI SANITARIE** cliniche ed assistenziali relative al proprio profilo professionale e al codice deontologico, alla conoscenza delle norme generali, e del contesto organizzativo nel quale si opera.

L.Conte - Udine

## ■ **ATTIVITA' FORMATIVA (e Crediti formativi)**

- Effettuate in accordo a linee guida stabilite dalle Società Scientifiche relative agli specifici ambiti professionali e in rapporto all'evoluzione tecnologica e scientifica.
- Relative al mantenimento/aggiornamento delle competenze cliniche e assistenziali di base del proprio "core" professionale, alla deontologia e all'etica professionale, alla conoscenza della legislazione e del contesto
- **RESIDENZIALE (?)**

# Dossier Formativo I. (2)



- **COMPETENZE DI PROCESSO RELAZIONALI/COMUNICATIVE**

- Competenze relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione (colleghi e Direzioni), con soggetti esterni (istituzioni), con i cittadini e con gruppi di lavoro.

- **ATTIVITA' FORMATIVA (e Crediti formativi)**

- Relative al lavoro in équipe, ai processi di integrazione e comunicazione interna ed esterna, alla comunicazione con i parenti, i pazienti etc.
- FSC (?)



# Dossier Formativo I.(3)



- **COMPETENZE DI SISTEMA ORGANIZZATIVO/ GESTIONALI**
- **SITUAZIONALI E DI RUOLO**
- Competenze relative alle modalità con cui le competenze tecnico professionali vengono applicate nel proprio contesto di lavoro.
- **ATTIVITA' FORMATIVA (e Crediti formativi)**
- Relative alla declinazione del proprio agire professionale nei contesti operativi, relative alla gestione della sicurezza del paziente, all'appropriatezza, alla organizzazione e gestione dei contesti organizzativi e finalizzate alla qualità dei servizi e delle cure.
- Razionale allocazione delle risorse.
- FAD / FAD BLENDED (?)

## L'Ordine quindi si propone prima di tutto



- ***Al governo dell'unico patrimonio sociale in possesso della Professione : le specifiche competenze e conoscenze***
- Di essere il punto di “garanzia terza” tra i diversi attori dell'ECM
- Di essere il controllore dell'equità, dell'efficacia e della trasparenza dell'ECM
- Di monitorare l'efficienza del sistema e proporre le modifiche necessarie in itinere
- E poi si potrà anche organizzare eventi in casi particolari facendo attenzione a garantire trasparenza ed efficienza

## Conclusioni 2

Una formazione che alimenta la multidimensionalità delle competenze del professionista può :

- 1. costituire il punto di incontro tra individuo (bisogni, aspirazioni, profilo professionale ecc.) e organizzazione (appropriatezza, efficienza ed efficacia dell'offerta sanitaria);
- 2. garantire la continuità tra lavoro e formazione, non separando, secondo vecchi modelli scolastici, la formazione da una parte e l'applicazione lavorativa dall'altra



## Conclusioni 3



**La formazione è un valore professionale ancorato nella deontologia dei codici di tutti i professionisti sanitari che va trasferito nella realtà delle organizzazioni preposte alla tutela della salute ponendosi come prezioso strumento di sviluppo della qualità, efficacia e sicurezza dei professionisti, delle organizzazioni e dei servizi resi.**

Luigi Conte - Udine



Grazie per l'attenzione

