

# L'educazione medica continua

G. Quintaliani<sup>1</sup> e C. Zoccali<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Silvestrini di Perugia

<sup>2</sup>CNR-IBIM e UO di Nefrologia, Dialisi e Trapianto Renale, Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria

## Continuous medical education

*Continuing medical education is an essential element of state-of-the-art medical practice. Continuing medical education as structured today in most countries, must be able to guarantee the quality of continuing medical education and its independence. There should, therefore, be an independent professional body at national level responsible for assessing and guaranteeing both quality and independence. This body will also have the power to oversee the participation of medical specialists in continuing medical education. A system of credits should be developed to express the professional value of continuing medical education activities. Each activity is credited with a certain score, which can be awarded to the participating specialist. Continuing medical education should remain an ethical obligation subject to the disciplinary authority of the profession itself. Continuing medical education should be both an individual and also a collective obligation of the profession; in order to promote and make it effective, each member state must provide the means of making continuing medical education available to all physicians. For the above reason the CME is a strategic way to improve the quality of the health system. In Italy new ways to obtain CME credits are going to be issued in the near future. (G Ital Nefrol 2004; 21: 355-61)*

**KEY WORDS:** Continuous medical education, Quality in clinical management, Improvement in professional standard

**PAROLE CHIAVE:** Educazione medica continua, Qualità nell'assistenza clinica, Miglioramento dello standard professionale

La letteratura scientifica è cresciuta in maniera esponenziale in questi ultimi anni e nei grandi data base scientifici come MEDLINE sono conservati milioni di articoli (oltre 10 milioni). Si calcola che dal 1940 ad oggi sono stati pubblicati oltre 100.000 trial clinici e studi controllati mentre è stimabile che almeno altrettanti articoli non arrivino alla pubblicazione. Nell'ultima decade gli articoli di revisione critica della letteratura sono aumentati circa 500 volte. Un medico che voglia quindi essere informato regolarmente dovrebbe leggere circa 20 articoli al giorno (catturandone il messaggio e depositandoli nella memoria...). La strategia di aggiornamento necessita pertanto di un cambiamento radicale che indirizzi l'aggiornamento verso fonti che compattano e distillano l'informazione come le "systematic reviews" e letture di vasto respiro clinicamente orientate e registrate su CD o depositate su siti educazionali in Internet. Tuttavia questo può anche essere fonte di problemi: molte volte la letteratura è discordante, confusa e disorganizzata, i libri sono generalmente poco aggiornati, mentre l'aggiornamento elettronico, che è il più ricco e articolato, è relativamente poco utilizzato. In un'indagine dell'Ottobre 2001 solo il 20%-25% dei nefro-

logi italiani avevano un indirizzo e-mail. Attualmente è stimabile che almeno il 60% dei nefrologi abbiano un indirizzo e-mail anche se non consultato regolarmente. Peraltro anche una buona padronanza degli strumenti elettronici non è garanzia di un'aggiornamento puntuale ed efficace. È ben noto infatti che spesso i medici hanno poco tempo, scarso interesse per la ricerca bibliografica e che talvolta l'aggiornamento viene considerato una perdita di tempo anche da parte delle istituzioni (1). Aggiornarsi o consultare fonti di conoscenza per stabilire la terapia più appropriata per un malato degente in corsia, il cui quadro clinico ci risulta di difficile comprensione non è considerata una reale priorità.

## L'EMC (Educazione Medica Continua)

L'EMC è un sistema per facilitare i cambiamenti nella pratica clinica e migliorarne la qualità. Questo sistema privilegia l'adeguamento delle competenze piuttosto che l'acquisizione generica di conoscenze. Scopo della EMC è il cambiamento delle pratiche cliniche obsolete e la diffu-

sione delle nuove conoscenze rilevanti per la pratica clinica. Nella pagina iniziale del sito dei medici specialisti europei (2) si legge che la EMC è un obbligo e un dovere morale nei confronti dei pazienti. I pazienti hanno il diritto di aspettarsi che i medici siano in grado di somministrare la giusta cura secondo lo stato dell'arte. Idealmente l'EMC è un continuo processo di aggiornamento delle conoscenze che arricchisce e raffina l'esperienza clinica. La sola pratica clinica infatti non può essere sufficiente perché l'esperienza individuale deve essere sottoposta a continui confronti con i risultati degli studi clinici diagnostici, prognostici e terapeutici che arricchiscono le basi conoscitive sulle quali si fonda la medicina moderna. L'aggiornamento e la competenza devono risultare ben "visibili" ai pazienti e l'aggiornamento deve essere effettuato secondo regole e principi ben definiti.

In molti paesi Europei sono stati avviati validi programmi di EMC; in altri sono in via di attuazione sotto la supervisione dell'European Accreditation Council for EMC (EACEMC) il cui scopo principale è rendere la EMC trasparente e ben focalizzata sui problemi clinici. I principi a cui ispirarsi sono:

- La EMC è un obbligo morale
- La EMC è una responsabilità nazionale
- Le organizzazioni partecipanti usano, per uniformare l'unità di misura, "l'ora di EMC" (credit hour)
- Tra le organizzazioni nazionali che partecipano a programmi di EMC vige il principio della reciprocità garantita.

I principi della EMC si sono andati sviluppando nel tempo ed hanno portato, da parte della Standing Committee of European Doctors, alla formulazione della Dichiarazione di Dublino del 1993 che recepisce alcuni di questi criteri. La EMC non è un mero aggiornamento compiuto in maniera sporadica e occasionale ma un vero e proprio "sistema" di valorizzazione della professione medica. I pazienti hanno fiducia nella professionalità dei medici che li curano e nella loro capacità di garantire un servizio di interesse pubblico prioritario. Tale fiducia si basa sull'assunzione che la professionalità medica pone in essere meccanismi in grado di identificare e correggere pratiche cliniche inefficaci e/o superate. Per mantenere questo essenziale anello sfiduciale che lega pazienti e medici è quindi necessario che tali meccanismi siano implementati dagli organi di governo della sanità in cooperazione con organismi professionali i cui membri sono i soli in grado di valutare in maniera appropriata la qualità della pratica professionale. Un buon sistema, con garanzie di trasparenza sia per il pubblico che per i professionisti, è in grado di mantenere alti standard di qualità professionale e di meritare la fiducia degli utenti.

In Italia la EMC è divenuta uno degli obiettivi strategici che il P.S.N. 2001/2003 propone affermando che il programma di formazione continua persegue il costante adeguamento al progresso scientifico e tecnologico delle competenze professionali e delle abilità cliniche e tecniche di

tutti gli operatori sanitari con la finalità di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alle prestazioni sanitarie. Lo scopo è quello di determinare una generale elevazione della qualità dell'assistenza sanitaria con evidenti ricadute positive sul cittadino e sul S.S.N.

La EMC è soprattutto:

- Un obbligo istituzionale
- Un sistema per valutare le conoscenze
- Un sistema per facilitare i cambiamenti nella pratica clinica e migliorare la qualità clinica.

### **Lo Sviluppo Professionale Continuo (CPD: Continuous Professional Development)**

L'aggiornamento più proficuo è quello costruito a partire dal confronto con i problemi clinici identificati nel contatto con il paziente: è qui che il medico prende coscienza della necessità di acquisire ulteriori conoscenze. I vantaggi dell'apprendimento basato su problemi sono numerosi. Questo tipo di apprendimento è più approfondito, aumenta e consolida l'esperienza, è più agevole perché ben focalizzato, promuove la collaborazione interdisciplinare, è più piacevole ed aumenta la motivazione.

L'apprendimento basato su stimoli che originano nella pratica clinica è autodiretto, quindi particolarmente adatto a professionisti, e ha il vantaggio di essere immediatamente messo in pratica. Esso comporta cicli di attività e riflessione. Un professionista è infatti in grado di giudicare la sua performance e di porre in essere azioni correttive per colmare il "gap" tra livello reale e desiderato di conoscenza.

In un interessante editoriale apparso sul BMJ (3) si afferma che la vecchia visione che il medico deve conoscere tutto e sapere tutto è sbagliata. "Io non so": questa è la formula giusta per avere la spinta e la voglia di apprendere. L'apprendimento si basa sulla consapevolezza di non sapere e sulla capacità di trovare le opportune fonti di informazioni.

Il mezzo dell'aggiornamento è di cruciale importanza per ottenere buoni risultati, ma dipende dalle abitudini del singolo medico. In teoria anche la sola lettura di letteratura medica può servire allo scopo se perseguita con costanza e regolarità (4, 5). Il modo scelto dipende dalle preferenze personali. Anche la lettura di riviste e libri, discussione di casi clinici e altri modi tradizionali di aggiornamento sono di qualche utilità, analisi dettagliate del valore di questo tipo di aggiornamento hanno evidenziato che esso ha un impatto scarso o nullo sui risultati (outcome) clinici.

### **L'aggiornamento per eccellenza: quotidiano e orientato alla soluzione di problemi**

L'aggiornamento più solido e produttivo è quello legato alla soluzione di problemi clinici. Quando un medico si

confronta con un problema clinico - diagnostico, prognostico o terapeutico che sia - spesso emergono problemi per i quali egli non ha una risposta o per i quali non ha sufficienti conoscenze.

Il medico può risolvere i suoi dubbi in vari modi, dal consultare fonti di conoscenza a consultare colleghi esperti. L'enorme espansione delle fonti di conoscenza attraverso Internet e le possibilità di accesso alle stesse a costo molto basso è un'opportunità unica per integrare l'aggiornamento del medico nella pratica clinica quotidiana.

Telecomunicazioni sempre più rapide e strumenti portatili e "user friendly" come i palmtop consentono al medico di consultare al letto del malato o negli ambulatori i grandi data-base della letteratura medica come PubMed e i manuali "evidence-based" di medicina interna e nefrologia come UpToDate. La rapida consultazione di questi database permette di ottenere risposte a specifici problemi clinici in tempi brevissimi, secondi o minuti, e di stabilire grazie a queste informazioni decisioni cliniche tempestive, ben orientate e valide. Purtroppo questi strumenti non sono ancora abbastanza diffusi nel nostro paese e attualmente le strategie di ricerca delle informazioni sono poco conosciute dai medici. Su questo terreno la formazione sulla "ricerca delle informazioni" può produrre risultati di grande portata.

Sfortunatamente a questo tipo di aggiornamento ancora non è stata data alcuna rilevanza dagli enti di accreditamento dell'EMC. Una delle possibili ragioni per aver trascurato questo fondamentale tipo di miglioramento delle conoscenze professionali basto sui problemi e i modi proposti dal mondo reale è che è difficilmente controllabile e verificabile.

Tuttavia gli strumenti software e hardware per documentare l'accesso, l'uso e la durata dei contatti a fonti di conoscenza di alto valore (PubMed, Embase o manuali evidence-based on line) sono ora disponibili e le società scientifiche hanno l'arduo compito di convincere gli organi di governo che investimenti in questo settore offrono un'opportunità senza pari per migliorare la qualità delle prestazioni professionali a costi bassi.

## Test di Verifica

### 1) Cosa s'intende per EMC ?

(indicare quale delle seguenti affermazioni è errata)

- È un sistema per facilitare i cambiamenti nella pratica clinica e migliorare la qualità delle prestazioni, privilegiando l'adeguamento delle competenze
- È un aggiornamento compiuto in maniera sporadica ed occasionale e del tutto facoltativo
- È un continuo processo di aggiornamento delle conoscenze che arricchisce e raffina l'esperienza clinica
- È un obbligo morale ed istituzionale
- È un sistema di valorizzazione della professione medica.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet [www.sin-italy.org/gin](http://www.sin-italy.org/gin) e sul prossimo numero del Giornale cartaceo

## Strategie di apprendimento

Nella maggior parte dei casi il medico lavora a contatto con colleghi e con personale sanitario; la qualità della pratica medica dipende prima di tutto dal buon funzionamento dell'intero team. È ben documentato che un ambiente di lavoro conflittuale e mal organizzato si riflette in maniera negativa sul processo della guarigione anche quando il trattamento clinico di per sé è ineccepibile. Il tempo riservato alla EMC è importantissimo: i medici dovrebbero usufruire di periodi liberi da problemi clinici impegnativi in modo da poter riflettere in maniera esauriente sulla necessità di cambiare strategie ed approcci terapeutici. La EMC ha poche possibilità di successo se viene svolta all'interno dell'orario di servizio quando il medico è impegnato nella risoluzione di problemi complessi ed impegnativi. In un ambiente in cui domina il conflitto e l'incertezza decisionale è più rassicurante ancorarsi a pratiche inveterate (e spesso superate) piuttosto che introdurre approcci nuovi ma ancora poco conosciuti e praticati. È innegabile che spesso i medici tendono ad adagiarsi sui risultati ottenuti e finiscono per aggiornarsi sempre meno. Nei sistemi sanitari maturi l'aggiornamento non è più discrezionale ma è parte di un sistema obbligatorio di riqualificazione professionale. La EMC deve essere obbligatoria per rispondere alle necessità e agli standard sanitari dei vari servizi sanitari nazionali (8, 9). L'obbligatorietà tuttavia non è in contrasto con il principio che il singolo medico deve essere il protagonista nel controllo del processo. Il medico identifica infatti l'area di miglioramento, disegna il processo, lo persegue, ne valuta il risultato e mantiene la responsabilità di ridefinire il processo se necessario. Ciò configura un vero e proprio processo di PDSA (Plan-Do-Study-Check-Act): Programma, Fai, Valuta, Agisci.

## I Provider

Una importanza del tutto particolare rivestono i provider (fornitori) della EMC, siano essi pubblici (università, società scientifiche, ospedali, etc.) che privati. I provider dovrebbero facilitare l'auto-apprendimento fornendo possibilità di autovalutazione, permettere l'acquisizione di conoscenze e tecniche e l'opportunità di riflettere sulla pratica clinica, offrire possibilità educative di alta qualità, individuali e di gruppo, informazioni autorevoli, conoscenze e tecniche basate su esperienza ed evidenza.

In Italia il ruolo dei provider è in via di definizione. Ad una prima fase dove la possibilità di proporsi come provi-

der è rimasta aperta sta seguendo una fase, ancora in atto, dove solo agenzie e istituzioni con caratteristiche ben definite saranno accreditate. Mentre l'educazione medica continua è stata trascurata se non screditata fino a qualche anno fa, attualmente il numero di agenzie che ambiscono a fornirla segna una crescita che ha raggiunto dimensioni spropositate. Questo desta preoccupazione soprattutto alla luce del fatto che buona parte di queste agenzie non hanno alcuna esperienza sul problema e basano le loro proposte su consulenti di facciata o su improbabili proposte formative, spesso di basso profilo o solo di facciata. Il Provider, secondo il dettato e le attese del Ministero della Salute, deve possedere strutture formative di qualità (possibilmente certificate), deve avere nel suo statuto ben specificata la "mission" della formazione, deve avere capacità organizzative proprie, deve avere strutture didattiche adeguate, deve avere la possibilità di implementare un programma di Formazione a distanza (FAD) metodologia alla quale il ministero attribuisce molta importanza.

Provider può essere qualsiasi soggetto pubblico o privato che possa garantire:

- Competenze clinico-assistenziali, tecniche e scientifiche nel settore disciplinare degli eventi residenziali e dei programmi FAD che intende produrre
- Competenze andragogiche ("andragogia" = insegnamento agli adulti)
- Capacità organizzative, disponibilità di strutture e mezzi didattici idonei e competenze editoriali relative alle tecnologie di trasmissione dell'informazione (nel caso dei Provider FAD)
- Avere stabile organizzazione in Italia ed essere residente nei Paesi UE
- Possedere e mantenere la certificazione di qualità per le procedure della sua attività formativa
- Quest'ultima caratteristica introduce per la prima volta un criterio oggettivo di valutazione nella scelta in quanto la certificazione in parte terza (tipica dell'ISO 9000) è una tutela a favore di chi dovrà poi utilizzare tale servizio e svincola le varie amministrazioni pubbliche dal garantire e/o imporre soluzioni create ad hoc e in maniera estemporanea.

Attualmente solo poche organizzazioni hanno queste caratteristiche ed infatti il Ministero della Salute ha avviato, proprio in questo periodo, un periodo di sperimentazione bandendo una gara per individuare 40 provider che abbiano queste caratteristiche. A questo periodo sperimentale farà seguito un periodo di lieve ampliamento del numero di provider che però dovranno caratteristiche ben definite che verranno stabilite in base ai risultati della fase sperimentale. L'obiettivo finale è quello di avere un gruppo di provider altamente qualificati e in grado di soddisfare le esigenze formative dell'alto numero di utenti (circa 800 mila operatori) che operano nella sanità italiana. Ai provider sarà richiesto, in futuro, anche la valutazione e la individuazione dei punteggi da assegnare agli eventi

con una graduale "decentrazione" anche di questo compito/privilegio che attualmente è centralizzato a livello del ministero della salute. È presumibile che solo grandi organizzazioni come gli assessorati alla sanità, le agenzie sanitarie, le facoltà di medicina e pochi altri potranno aspirare ad assumere il ruolo di provider.

I provider sono organizzazioni che:

- Organizzano eventi formativi EMC
- Organizzano eventi formativi EMC avendo una struttura organizzativa e culturale adeguata
- Organizzano eventi autorizzati EMC e per conto dal ministero.

## **L'EMC come strumento formativo e strumento strategico aziendale**

La EMC come abbiamo visto, parte dal presupposto che ogni singolo professionista valuti le proprie carenze professionali e vi ponga rimedio con un adeguato aggiornamento. Ciò è non solo corretto ma auspicabile. Tuttavia, poichè la EMC è anche obbligatoria e impegna importanti risorse economiche, potrebbe essere utilizzata come strumento formativo a disposizione delle organizzazioni che, ponendone l'onere a loro carico, la utilizzino come strumento strategico.

Abbiamo già ricordato infatti che scopo della EMC è il cambiamento delle pratiche cliniche obsolete e la diffusione delle nuove conoscenze rilevanti per la pratica clinica, concetto che è alla base dei programmi di formazione delle organizzazioni sanitarie in cui la conoscenza viene data per acquisita dai corsi universitari e certificata al momento del concorso di assunzione, mentre l'adeguamento delle pratiche cliniche obsolete è ancora un grosso problema strutturale.

È questo un concetto che ancora stenta a divenire un "sistema" ma che dovrà comunque portare ad una nuova gestione della formazione e dell'aggiornamento all'interno dei nostri ospedali.

Nel sito del ministero si può già leggere quali sono gli obiettivi strategici della EMC, obiettivi formativi di interesse nazionale che sono stati stabiliti dalla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.

Lo stesso percorso dovrebbe essere seguito anche dalle singole Aziende Ospedaliere che potrebbero sviluppare programmi EMC strategici per la formazione dei propri operatori. Tipici esempi sono lo sviluppo di conoscenze sul consenso informato, sulla legge sulla privacy, sulla comunicazione in senso lato, sull'uso delle risorse informatiche, sulla EBM, sul management sanitario. Questi corsi servono, e sono serviti, non solo a coprire le esigenze formative di un gran numero di professionisti ma anche ad omogeneizzare alcuni problemi a livello aziendale permettendo all'alta direzione di dirigere le risorse formative

dove ce ne fosse più bisogno per colmare lacune che difficilmente, senza il pungolo dell'EMC, avrebbero potuto così capillarmente ed uniformemente raggiungere tutte le figure professionali all'interno delle singole aziende.

A questo proposito lo sviluppo della EMC come assetto strategico per implementare nuove conoscenze è uno dei punti cardine dello sviluppo delle risorse umane all'interno anche delle singole Strutture Complesse. I responsabili delle strutture complesse potrebbero (e dovrebbero) infatti utilizzare l'EMC come strumento di programmazione e di sviluppo dal capitale umano implementando un sistema di Knowledge Management.

È ben noto che la frequenza a corsi, congressi, studi e trial è un buon strumento di crescita culturale. Spesso però il sistema viene lasciato a se stesso con criteri di rotazione o di sviluppo di interessi singoli. Sarebbe opportuno che un buon programma EMC comportasse una visione strategica sul ruolo della formazione e dell'aggiornamento. Lo strumento EMC permetterebbe, se gestito come una risorsa ed una opportunità, di sviluppare ed implementare progetti e programmi clinici di indubbio spessore professionale. I programmi di accreditamento e certificazione prevedono infatti che la formazione debba essere attuata secondo uno schema e con criteri noti, condivisi e formalizzati. L'organizzazione è quindi tenuta a formare in conformità ai suoi interessi e scopi nell'ambito di una visione strategica della risorsa "aggiornamento".

Questo concetto apre alcuni dibattiti sul significato della EMC e sui costi per ottenere i crediti.

In altre parole un professionista potrebbe aver colmato il suo debito con un programma EMC organizzato dalla propria azienda magari su competenze informatiche ma non aver colmato proprie lacune professionali. Nel primo caso a fronte di un punteggio EMC assolto del tutto gratuitamente si ha la non scelta e quindi il perdurare di lacune professionali. Nel secondo caso, per colmare le lacune professionali, il professionista dovrebbe pagarsi di tasca sua le spese dell'aggiornamento. È questo un grosso dibattito che coinvolge gli ordini professionali, le aziende sanitarie, i singoli professionisti.

Uno dei sistemi che potrebbe aiutare a dirimere la questione e da poter utilizzare per l'aggiornamento individuale è la FAD. Il sistema, in vigore in quasi tutti i paesi dove sono stati sviluppati programmi EMC, permette il raggiungimento di crediti EMC con sistemi che possono andare dal rispondere a quiz sulle riviste a cui il singolo è abbonato, a programmi di conferenze on line come nel caso di HDCN e NDT educational. Il ministero ha intenzione di sviluppare fortemente questo aspetto con un obiettivo di portare la FAD ad una percentuale di circa l'80% di tutta la EMC.

Appare comunque chiaro che, qualunque sia la scelta delle organizzazioni chiamate a svolgere programmi di EMC, sarà necessario riservare e ricavare uno spazio alla attività di apprendimento da effettuare nell'ambiente di lavoro.

## Test di verifica

### 1) Quale è il ruolo dei PROVIDER nell'EMC ?

(indicare quale delle seguenti affermazioni è errata)

- Il ruolo dei Provider è orientato ad organizzare eventi formativi EMC con lo scopo di facilitare l'auto-apprendimento e l'auto-valorizzazione e di permettere l'acquisizione di conoscenze sulla base delle esperienze e delle evidenze disponibili
- Sono soggetti pubblici o privati che organizzano eventi formativi EMC
- Sono esclusivamente soggetti pubblici con competenze clinico assistenziali ben riconosciute come università ed ospedali che organizzano eventi formativi EMC
- Sono soggetti pubblici o privati che sono di supporto all'attività educativa del Ministero della Sanità
- Sono enti pubblici o privati in possesso di strutture formative di qualità possibilmente certificate e devono avere la possibilità di implementare un programma di formazione a distanza.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet [www.sin-italy.org/gin](http://www.sin-italy.org/gin) e sul prossimo numero del Giornale cartaceo

## Il programma europeo dei medici specialisti per l'aggiornamento in Nefrologia (UEMS)

L'UEMS ha sviluppato delle raccomandazioni per la EMC in Nefrologia. Le specifiche possono essere consultate al sito della organizzazione (11), Qui basterà ricordare che sono state sviluppate 17 raccomandazioni, che il ciclo formativo viene posto in 5 anni, che si propone un sistema formativo per crediti come quello vigente negli USA con due tipi di crediti e un minimo obbligatorio di ore-crediti. In Europa e più in generale a livello internazionale l'EMC è in stadi di sviluppo molto diversi.

ITALIA: Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 ha istituzionalizzato anche nel nostro Paese la EMC. Nel decreto legislativo 5 luglio 2000 è stata costituita la commissione per la EMC34. Nel giro di 5 anni il sistema dovrà arrivare a regime con l'acquisizione, per ogni anno, di 50 crediti. Con l'accREDITamento dei Provider saranno presenti numerose novità rispetto a quanto avviene ad oggi. In particolare tutte le tipologie di eventi residenziali dovranno essere valutate in modo simile (1 ora di apprendimento = 1 credito). La sola limitazione posta è per le tipologie educazionali meno efficaci (didattica frontale con numero di partecipanti elevato, superiore a 200, o senza valutazione dell'apprendimento). I crediti acquisiti in questo tipo di eventi EMC (crediti C) non potranno

costituire più del 20% dei crediti acquisiti nel triennio dal professionista della Sanità.

La verifica dell'apprendimento ha una doppia funzione che consiste nella verifica di partecipazione e nella verifica d'efficacia formativa del programma per il singolo utilizzatore (raggiungimento degli obiettivi formativi). I programmi EMC dovranno quindi prevedere di

- Predisporre quesiti relativi agli obiettivi formativi dichiarati
- Predisporre un numero di quesiti pari a 5 per ogni credito assegnato
- Indicare che il livello minimo di risposte esatte richiesto è pari ad almeno 4/5 dei quesiti proposti
- Per i programmi FAD, il Provider dovrà indicare che il test può essere ripetuto in caso di esito negativo.

La verifica dell'apprendimento costituisce un momento essenziale dell'attività EMC. Consente infatti di valutare l'efficacia formativa complessiva del programma ed anche le singole aree in cui l'efficacia formativa è stata minore. Consente quindi eventuali correzioni della forma con cui i contenuti sono presentati, delle procedure e della strutturazione del programma. I dati della verifica devono pertanto essere conservati dal Provider EMC e resi disponibili in forma di tabulato per la Commissione EMC con l'indicazione di coloro che hanno utilizzato il programma e di coloro che abbiano superato il test nell'ambito del monitoraggio dei programmi EMC

La valutazione, oltre che attraverso quesiti a scelta multipla (quintupla) o a risposta aperta, potrà prevedere anche interazione diretta con tutor (esame orale, esame pratico), produzione di un documento sulle informazioni acquisite nel corso del programma, realizzazione di un progetto di corretta applicazione dei contenuti oggetto del programma, etc. Andrà cioè realizzato un sistema riconosciuto di valutazione, idoneo ad accertare il raggiungimento degli obiettivi formativi da parte dell'utilizzatore.

La certificazione dell'avvenuto espletamento dell'attività EMC (150 crediti per gli anni 2001-2006, e quindi 150 crediti ogni triennio) per i professionisti della Sanità, sarà rilasciata dagli Ordini Professionali, Collegi e/o Associazioni Professionali cui la relativa documentazione sarà trasmessa a carico dello stesso professionista della Sanità che ha ricevuto l'attestato dal Provider.

## Il futuro e le attività formative a distanza

È innegabile che il futuro corre sulle linee dell'informazione elettronica e a nessuno sfugge che sul WEB si è già stabilita una base conoscitiva in continuo rinnovamento per tutte le attività direttamente e indirettamente connesse alla Medicina e più in generale ai problemi della salute.

Attualmente i congressi e i seminari sono la fonte principale dell'aggiornamento medico ed è probabile che queste modalità di erogazione dell'informazione rimarranno

dominanti anche nel prossimo futuro. Tuttavia già ora si delineano nuove articolazioni dell'aggiornamento medico basata su siti educazionali e newsletter in continuo arricchimento. Esempio paradigmatico di questo nuovo modo di organizzare l'educazione medica sono due iniziative di grande impatto realizzate nell'ambito delle malattie renali e dell'ipertensione arteriosa: Hypertension Dialysis and Clinical Nephrology (HDCN) (<http://www.hdcn.com>) e Nephrology, Dialysis and Transplantation-educational for kidney and blood pressure disorders (NDT-E) (<http://www.ndt-educational.org/>) Queste risorse educazionali elettroniche offrono un vasto panorama di opzioni di aggiornamento: presentazioni scientifiche congressuali in forma di diapositive commentate (commento scritto e/o audio), registrazioni audio di letture congressuali, segnalazioni di articoli scientifici di alto impatto clinico, articoli ripresi integralmente dalle principali riviste di settore. Alcune presentazioni ed alcuni articoli sono accompagnati da una serie articolata di quesiti che consentono un'autoverifica dell'apprendimento. Mentre HDCN è una risorsa CME riconosciuta che eroga da circa 4 anni crediti riconosciuti negli USA, in Europa non esiste ancora un riconoscimento ufficiale per le risorse educazionali che operano via internet. L'UEMS da tempo sta valutando l'opzione elettronica ma è prevedibile che forse anche per il 2004 non si arriverà in Europa a un sistema paragonabile a quello statunitense. In Italia sembra esserci la positiva volontà di iniziare una sperimentazione sull'aggiornamento professionale basato su risorse internet.

Il successo di queste risorse elettroniche è crescente. HDCN ha oltre 24000 abbonati (13000 dei quali hanno accesso a pagamento al sito in versione completa) mentre NDT-E sta registrato una continua espansione dell'utenza ed ha superato i 10.000 contatti/mese. NDT-E è una risorsa matura per erogare WEB-education in Nefrologia in Europa e il suo impatto potrà crescere in maniera ancor più spiccata quando l'UEMS riconoscerà i crediti distribuiti per via elettronica.

Nel nostro paese la società italiana di nefrologia ha iniziato un'attività analoga che appare ricca e ben congegnata e che è accessibile attraverso il sito della società italiana di nefrologia (<http://www.sin-italia.org/sinphony/>). Renalgate è un'altra interessante proposta per l'aggiornamento in nefrologia (<http://www.renalgate.it/>). Indubbiamente queste fonti di aggiornamento hanno grandi spazi applicativi soprattutto perché si basano su immagini commentate. L'uso delle immagini amplifica l'impatto comunicativo ed è un gradevole stimolo per chi si aggiorna. Un'altra grande potenzialità di queste risorse è che esse sono anche pronte a trasformarsi in giornali elettronici che accolgano proposte di articoli originali. Si prevede che nel prossimo futuro le presentazioni costruite con il software Power Point (o con software analoghi) diverranno il nuovo standard per proporre articoli scientifici alle riviste biomediche (13). HDCN e NDT-E sono già risorse educazionali in larga

parte costruite su presentazioni power-point e NDT-E ha già iniziato a sperimentare sulla pubblicazione di pubblicazioni proposte da autori esterni allo staff editoriale. La possibilità di valutare opportunamente la produzione scientifica nell'ambito dell'EMC renderà ancora più attrattive queste risorse elettroniche che potranno così offrire una gamma completa di crediti educazionali sia a coloro i quali utilizzano il WEB journal in forma "recettiva" (visione di presentazioni basate su diapositive e lettura di articoli scientifici accompagnati da quiz), sia in forma "creativa" sottoponendo articoli originali al WEB journal.

## Test di verifica

### 1) Cosa prevedono i programmi EMC ?

(indicare quale delle seguenti affermazioni è errata)

- Predisporre quesiti relativi agli obiettivi formativi dichiarati.
- Predisporre un numero di quesiti pari a 5 per ogni credito assegnato
- Indicare che il livello minimo di risposte esatte richiesto è pari ad almeno 4/5 dei quesiti proposti.
- Predisporre un numero di numero di quesiti pari a 10 per ogni credito assegnato.
- Predisporre un apposito sistema di rilevazione delle presenze.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet [www.sin-italy.org/gin](http://www.sin-italy.org/gin) e sul prossimo numero del Giornale cartaceo

## Riassunto

L'EMC è un sistema per facilitare i cambiamenti nella pratica clinica e migliorarne la qualità. Questo sistema privilegia l'adeguamento delle competenze piuttosto che l'acquisizione generica di conoscenze. Scopo della EMC è il cambiamento delle pratiche cliniche obsolete e la diffusione delle nuove conoscenze rilevanti per la pratica clinica. L'EMC è un continuo processo di aggiornamento delle conoscenze che arricchisce e raffina l'esperienza clinica. La sola pratica clinica infatti non può essere sufficiente perché l'esperienza individuale deve essere sottoposta a continui confronti con i risultati degli studi clinici diagnostici, prognostici e terapeutici che arricchiscono le basi conoscitive sulle quali si fonda la medicina moderna. In Italia si è avviato un programma ECM che ha coinvolto tutele figure professionali che operano in sanità. Tuttavia alcune rilevanti novità sono alle porte con l'introduzione della FAD (Formazione a Distanza) e con le nuove regole sui crediti. Inoltre la EMC acquista sempre più un ruolo strategico nelle mani delle direzioni sia aziendali che delle Strutture Complesse per orientare le attività cliniche verso la appropriatezza e la efficacia

Indirizzo degli Autori:

Prof. Giuseppe Quintaliani  
Ospedale Silvestrini UO Nefrologia - Dialisi - Trapianto  
S. Andrea delle Fratte  
06156 Perugia

Prof. Carmine Zoccali  
CNR-IBIM e UO di Nefrologia e Dialisi (6° piano)  
Ospedali Riuniti - Via Vallone Petrara  
89100 Reggio Calabria  
e-mail: [carmine.zoccali@tin.it](mailto:carmine.zoccali@tin.it)

## Allegato 1

L'Articolo 16-bis D.L. 19 giugno 1999, n° 229 specifica: " ...la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma... diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale".

## Bibliografia

- Bignall J. EMC: shibboleth or necessity? The Lancet 1998; 351: 1004.
- <http://www.uems.be/EMC.htm>
- "I don't know": the three most important words in education BMJ 1999; A.
- Should doctors get EMC points for reading? BMJ 2000; 320: 394-5.
- du Boulay C: From EMC to CPD: getting better at getting better? BMJ 2000; 320: 393-4.
- Editor Choice: How best to learn BMJ 2000; 320: A.
- Davis DA, Thompson MA, Oxman AD, Haynes B. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA 1995; 274: 700-5.
- Chastonay P, Brenner E, Peel S, Guilbert J-J. The need for more efficacy and relevance in medical education. Med Educ 1996; 30: 235-8.
- Sally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ 1998; 317: 61-5.
- Simon C. Building a learning organization: communities of practice, self directed learning and EMC. J Continuing Educ Health Professions 1997; 17: 5-11.
- [www.uems.be/neph-EMC.htm](http://www.uems.be/neph-EMC.htm)
- <http://EMC.sanita.it/>
- La Porte RE, Linkov F, Villasenor T, et al .Papyrus to Power-Point (P 2 P): metamorphosis of scientific communication BMJ 2002; 325: 1478-81.