

Sulle spalle dei giganti

No to mandatory continuing medical education, Yes to mandatory practice auditing and professional educational development

No alla educazione continua in medicina obbligatoria, sì all'audit obbligatorio della pratica professionale e allo sviluppo formativo professionale

(NEIL DONEN. CMAJ 1998 APR 21;158(8):1044-6.)

A CURA DI PALMIERI VO¹, CARBONARA V¹.

¹ Clinica Medica "A. Murri" – Università di Bari

INTRODUZIONE

Nel 1998, oltre dieci anni fa, Neil Donen è Preside Associato e Direttore del *Department of Continuing Medical Education* nell'Università di Minnetoba, collocata nella cittadina di Winnipeg, nel Canada Occidentale. Egli è autore ampiamente celebrato di diverse ricerche nel campo della pedagogia medica, molte delle quali recensite sulla banca dati di PubMed e pertanto indicizzate e con *impact factor*, evenienza affatto frequente nel campo della ricerca in pedagogia delle scienze della salute, espressione di un modo molto rigoroso di intendere il proprio impegno professionale: la formazione nel campo medico, suo principale campo di interesse, deve basarsi sui risultati di attività di ricerca condotti con il metodo scientifico in maniera per nulla diversa da quello utilizzato nel campo della ricerca biomedica e clinica in generale.

Fra le sue pubblicazioni, ricordiamo ad esempio:

- Davis P, Kvern B, Donen N, Andrews E, Nixon O. Evaluation of a problem-based learning workshop using pre- and post-test objective structured clinical examinations and standardized patients. *J Contin Educ Health Prof.* 2000 Summer;20(3):164-70.
- Davis P, Andrews E, Donen N, Fitzgerald A, Hughes S, Juby A, et al. Case studies in osteoporosis: a problem based learning intervention for family physicians. *J Rheumatol.* 1999 Nov;26(11):2418-22.
- Donen N. Mandatory practice self-appraisal: moving towards outcomes based continuing education. *J Eval Clin Pract.* 1999 Aug;5(3):297-303.
- Donen N. Caring for an aging population. *CMAJ.* 1998 Sep 22;159(6):648.
- Donen N. The experiential curriculum: an alternate model for anaesthesia education. *Tweed WA, Can J Anaesth.* 1994 Dec;41(12):1227-33.
- Walton DN, Donen N. Ethical decision making and the critical care team. *Crit Care Clin.* 1986 Jan;2(1):101-9.

Il suo impegno sui temi della formazione, inizialmente nel campo dell'anestesiologia, lo portano ad estendere esperienze innovative dal punto di vista pedagogico all'intero curriculum di formazione universitaria con l'incarico di responsabile del Dipartimento per la Formazione Medica Continua nella sua Università.

Da questa posizione privilegiata, egli pubblica un articolo molto interessante sul tema della *Continuing Medical Education*, per tanti versi anticipatore dei problemi che l'estensione e l'obbligatorietà dell'aggiornamento cosiddetto ECM ha comportato in particolare nel nostro Paese nel corso degli ultimi anni.

L'articolo si intitola significativamente: "*No to mandatory continuing medical education, yes to mandatory practice auditing and professional educational development.*" (No alla educazione continua in medicina obbligatoria, sì alla pratica obbligatoria dell'audit e allo sviluppo formativo professionale) (CMAJ. 1998 Apr 21;158(8):1044-6).

IL PROGRAMMA ECM IN ITALIA

Per singolare coincidenza cronologica, in quegli anni, anzi in quei mesi, viene introdotto in Italia il programma ECM. Per l'esattezza, il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, ha voluto istituzionalizzare anche nel nostro Paese la E.C.M. Il decreto stabilisce che "partecipare ai programmi di E.M.C. è un dovere degli operatori della Sanità, richiamato anche dal Codice Deontologico, ma è anche - naturalmente - un diritto dei cittadini, che giustamente richiedono operatori attenti, aggiornati e sensibili. Ciò è oggi particolarmente importante ove si pensi che il cittadino è sempre più informato sulle possibilità della medicina di rispondere, oltre che a domande di cura, a domande più complessive di salute. Il programma nazionale di E.C.M. riguarda tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella Sanità, sia privata che pubblica. Il programma nazionale prevede che l'E.C.M. deve essere controllata, verificata e misurabile; inoltre, deve essere incoraggiata, promossa ed organizzata" [5].

Uno degli elementi più innovativi introdotti con il programma ECM e che ha realmente modificato l'atteggiamento degli operatori della sanità nei confronti della problematica dell'aggiornamento, è rappresentato dall'introduzione dei cosiddetti crediti formativi. "I Crediti formativi E.C.M. sono una misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della Sanità ha dedicato annualmente all'aggiornamento ed al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità. Il credito è riconosciuto in funzione sia della qualità dell'attività formativa che del tempo ad essa dedicato in ragione delle specifiche professionalità. A titolo esemplificativo, per quanto concerne i medici, una giornata di formazione completamente dedicata alla E.C.M. - ai massimi livelli qualitativi riconosciuti dalla Commissione nazionale - corrisponde a circa a 10 crediti formativi E.C.M." [5].

I crediti sono attribuiti agli eventi formativi, residenziali o a distanza, da un'apposita Commissione che si avvale del contributo di una rete di *referee* che, sulla base di una serie di elementi propri di un evento formativo, propongono un numero di crediti, che corrisponde ai crediti che l'operatore che segue quell'evento acquisirà al termine dell'evento formativo stesso dopo aver superato una prova di valutazione.

Esistono dei limiti in questo sistema di ECM? Quali sono, per altro verso, i pregi di tale sofisticato programma ECM che ha determinato una crescita notevole degli eventi di aggiornamento, anche a vantaggio di categorie professionali tradizionalmente escluse, o quasi, dai programmi di formazione continua (come ad esempio gli infermieri) e ha determinato notevoli conseguenze dal punto di vista organizzativo a livello di aziende ed ospedali (creazione di voci apposite di spese; commissioni nazionali, regionali, aziendali; codifica e regolamentazione dei rapporti con sponsor commerciali e non; programmazione dell'aggiornamento del personale su base non più solo individuale, ma di unità operativa, di azienda sanitaria od ospedaliera o addirittura di regione; ecc.)? Infine, la domanda più cruciale, credo: questo sistema ECM ha realmente migliorato la pratica professionale degli operatori sanitari? Come pensiamo di misurare tale ipotetico ed auspicabile cambiamento evolutivo delle scelte professionali?

La risposta a questa domanda è complessa ed esula dai limiti di questa rassegna: un'attenta rilettura del lavoro, oramai storico ma, crediamo, attualissimo, di Donen, consentirà di avere qualche risposta.

D'altra parte, un altro autore canadese, Paul Malik, cardiologo, autore di numerose pubblicazioni sul tema della formazione, in un editoriale sintetico quanto efficace comparso nel 2005 sul Giornale Canadese di Cardiologia, dal titolo suggestivo "La creatività della medicina clinica", al termine di una disamina veloce sulla metodologia per assicurare il miglioramento della qualità nel campo della medicina clinica, conclude che l'audit della propria pratica professionale consenta di raggiungere un doppio obiettivo: assicurare elementi concreti per migliorare la pratica professionale e consentire l'educazione continua in quanto i partecipanti all'attività di *auditing* sono attivamente coinvolti nell'apprendimento della migliore gestione del problema di salute che viene preso in esame [2]. Gli audit della pratica professionale sono ritenuti decisamente più utili per modificare il comportamento professionale degli operatori di quanto non facciano visite e letture che assicurano una certa presenza ma non l'apprendimento, come sostenuto nell'articolo di Donen. L'autore mette in evidenza, infine, che durante il *training* post-laurea, la maggior parte dell'apprendimento è il frutto del *feedback* che si riceve dai docenti clinici. Non vi è allora nessuna ragione per cui questo atteggiamento debba modificarsi con la pratica professionale. Il *feedback* in questo caso deriva soprattutto dai nostri stessi pazienti, ma è importante che si impari ad ascoltarli.

Donen articola queste considerazioni in maniera ancora più radicale, se si vuole.

ECM OBBLIGATORIA?

Partendo dall'esperienza canadese, egli sostiene in primo luogo che l'intento dichiarato della ECM obbligatoria è rappresentato dal fatto di assicurare una performance soddisfacente continuativa da parte del personale sanitario.

È acclarato che in una percentuale stimata intorno al 20-50% di medici a seconda dei casi non è consapevole delle nuove evidenze scientifiche relative a pratiche professionali, anche comuni. Diversi studi, inoltre, sostiene Donen, hanno documentato un progressivo decremento nel livello delle conoscenze correntemente applicate dopo più di dieci anni di pratica professionale. Questi dati implicano la necessità per i medici di impegnarsi per lo sviluppo delle conoscenze e delle capacità professionali per assicurare la pertinenza continua delle proprie scelte professionali con i bisogni di salute

della popolazione.

Purtroppo, ci dice Donen, gli attuali interventi governativi per assicurare la ECM sono incentrati soprattutto sul processo e non sull'esito degli approcci formativi.

Ci sono almeno tre principali limiti del tradizionale approccio di ECM basato sulla registrazione delle presenze o sull'acquisizione di crediti come strumento per affermare che viene assicurato il mantenimento della competenza dei medici (o di altro personale sanitario, aggiungiamo noi).

In primo luogo, si possono registrare le presenze, ma non l'apprendimento (e gli strumenti di valutazione correntemente utilizzati nella maggior parte delle attività ECM non sono certo pertinenti, come ha insegnato JJ Guilbert, con gli obiettivi della formazione stessa).

In secondo luogo, vi è una mancanza di *end-point* misurabili della performance.

In terzo luogo, i requisiti ECM sono differenti per medici in fasi differenti della loro carriera.

Nella Tabella 1, sono riassunti i principali argomenti a favore e contro la ECM obbligatoria.

AUDIT E SVILUPPO FORMATIVO PROFESSIONALE

Donen si sofferma in particolare sul fatto che nella pianificazione delle attività di formazione bisogna fare riferimento all'applicazione dei principi dell'apprendimento dell'adulto, riassumibili essenzialmente nella identificazione dei bisogni di formazione, identificazione delle soluzioni ai problemi incontrati, apprendimento basato sull'esperienza, formazione auto-diretta basata sulla responsabilità percepita e impiego dei più efficienti metodi di apprendimento risultanti dalle esperienze cumulative. È necessario inoltre distinguere l'apprendimento che si ha in ambiti formali (ad esempio, la partecipazione a meeting organizzati) e quello che si realizza in contesti informali (ad esempio, la discussione intorno ad un problema di un paziente).

L'analisi di revisioni sistematiche sull'efficacia di varie strategie di ECM sulla pratica professionale dimostra che, per quanto si ottengano modificazioni nel comportamento professionale, non esiste una singola strategia efficace in tutti i contesti.

Questa osservazione di Donen è stata molto recentemente confermata da un'indagine estensiva condotta dalle *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) e *American College of Chest Physicians* (ACCP) che, attraverso la revisione sistematica della letteratura pubblicata su diverse banche dati, ha voluto rispondere alla domanda sull'efficacia della ECM e su quali strumenti e tecniche utilizzate siano più efficaci per disseminare e mantenere le conoscenze e ridurre in tal modo il gap esistente fra evidenze scientifiche e pratica professionale.

Nonostante la bassa qualità delle evidenze disponibili, gli autori concludono che la ECM sembra essere efficace nell'acquisizione e nel mantenimento delle conoscenze, delle attitudini, delle abilità, dei comportamenti e degli esiti clinici. È necessaria un'attività di ricerca più sistematica per determinare con un qualche grado di certezza quali tipi di media, di tecniche e volumi di esposizione ai processi formativi sono associati a reali miglioramenti degli outcomes come della formazione.

Analoghe conclusioni sono state raggiunte recentemente in un lavoro appena pubblicato sulla rivista *Chest*, in cui si sostiene che la ECM è efficace per migliorare l'applicazione delle conoscenze da parte dei medici specialmente nel caso di ripetute e prolungate se-

dute di formazione. Anche gli autori di questo lavoro, concludono che non è sempre possibile identificare una strategia efficace per ogni contesto.

Un aspetto interessante che deriva dalle conclusioni di questi lavori e dalle osservazioni dello stesso Donen è che è comunque necessario mettere in atto delle attività di completamento della ECM sotto forma di valutazione regolare delle competenze degli operatori sanitari che esercitano la pratica professionale. Questo richiede una qualche forma di sviluppo educativo professionale e la definizione di un *core* di criteri che tutti i medici devono completare come parte della loro ECM.

Donen propone che un modo valido per raggiungere questo obiettivo è l'audit obbligatorio delle pratiche degli operatori professionali, un argomento sul quale desidero rimandare i lettori alla revisione sistematica sull'argomento fatta da Wienand [4].

Donen propone i seguenti principi da includere in un modello per l'audit obbligatorio della pratica professionale e lo sviluppo formativo professionale:

- il medico, e la professione medica, hanno l'obbligo di assicurare lo sviluppo professionale continuo al fine di mantenere a livelli adeguati di conoscenza e competenza la pratica professionale;
- i principi dell'apprendimento dell'adulto devono essere tenuti in conto nell'ambito di tale sistema;
- la società e le sue emanazioni istituzionali incluse gli ordini abilitanti hanno l'obbligo di identificare regolarmente aree di nuove conoscenze e competenze pratiche che i medici devono coprire nella loro attività professionale;
- i medici devono essere capaci di dimostrare che qualunque sviluppo professionale intrapreso confermi che la loro pratica professionale sia in linea con gli standard accettabili di comportamento professionale o che vi è stato un cambiamento nel comportamento clinico coerente con le conoscenze biomediche e cliniche.

Sembra di intravedere nella proposta di Donen un ruolo particolarmente forte da parte degli Ordini professionali che dovrebbero partecipare a definire gli standard di conoscenze o competenze da inserire nell'ambito dei requisiti ECM.

La responsabilità professionale dei medici dovrebbe essere di assicurare che siano raggiunti quei requisiti in aggiunta a quelli richiesti dall'ECM. Questo modello dovrebbe permettere ai medici di sviluppare delle nicchie di esperienza professionale pratica, o ancora di restringere l'assistenza medica fornita ad aree di competenze fortemente consolidate. Ciascun medico dovrebbe mantenere una sorta di portafoglio di sviluppo continuo professionale, che dovrebbe enfatizzare non solo l'apprendimento ma anche se l'apprendimento ha avuto un qualche effetto.

In pratica, da esso si dovrebbe poter documentare:

- il processo di apprendimento, cioè la documentazione delle fonti di apprendimento (formale o informale),
- il piano di formazione e di valutazione, cioè la documentazione dell'effetto del processo di apprendimento sulla pratica corrente del medico (es.: la pratica corrente di lavoro è accettabile o vi è la necessità di modificare il comportamento pratico?),
- l'*outcome* formativo, cioè la documentazione dell'effetto attuale dell'apprendimento sulla pratica clinica assicurata dal professionista.

I medici dovrebbero mantenere la documentazione delle valutazioni dei processi di apprendimento cui hanno partecipato, ciò che consente di avere qualche informazione sul tipo di conoscenze

acquisite. Inoltre, dovrebbero realizzare regolarmente degli "auto-audit" della loro pratica documentando l'*outcome* del piano formativo descritto nel portafoglio formativo. Questo darebbe una misura del cambiamento correlato ad una nuova conoscenza.

Le istituzioni responsabili dei programmi di ECM e gli ordini professionali possono usare i portafogli formativi come una base per audit della pratica professionale orientati su obiettivi precisi, nonché valutare la performance professionale e gli esiti sui pazienti.

Per i medici questo processo dovrebbe essere usato come uno strumento per incoraggiare l'apprendimento continuo e la riflessione sulla propria pratica professionale.

CONCLUSIONE

La proposta di Donen, che focalizza l'interesse sulla necessità di prestare attenzione agli esiti della ECM piuttosto che al processo della stessa, nonostante sia stata formulata oltre dieci anni fa, è di particolare attualità ai nostri giorni in cui le iniziative di ECM proliferano in una maniera impressionante e talora senza un'evidente pertinenza con i bisogni di salute della popolazione e i bisogni di formazione degli stessi operatori sanitari. L'autore presta, inoltre, una forte attenzione al tema della responsabilità individuale nella formazione e nell'aggiornamento, un elemento che nei programmi ECM consueti è spesso trascurato o comunque non adeguatamente valorizzato.

La riflessione di questo autore, pertanto, può essere un valido punto di partenza per una discussione corale all'interno delle Società scientifiche, degli Ordini professionali e delle Aziende per migliorare la qualità dei processi dell'educazione continua in medicina e la qualità della competenze e delle prestazioni degli operatori sanitari.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

01. Kevin M. O'Neil KM, Addrizzo-Harris DJ. Continuing Medical Education Effect on Physician Application Knowledge and Psychomotor Skills. *Chest* 2009;135;37S-41S.
02. Malik P. The creativity of clinical medicine. *Can J Cardiol.* 2005 May 1;21(6):483.
03. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of Continuing Medical Education. Evidence Report/Technology Assessment No. 149 (Prepared by the Johns Hopkins Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0018.) AHRQ Publication No. 07-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2007.
04. Wienand U. Audit Clinico: che cosa è e che cosa non è. L'uso inappropriato del termine depaupera il metodo. *QA* 2009;19(2):82-90.
05. Ministero della Salute. Il programma nazionale di Educazione Continua in Medicina. [Ultima consultazione: 28 settembre 2009]. Disponibile su: <http://www.ministerosalute.it/ecm/presentazione/presentazione.jsp?sez=pro#programma>

Tabella 1 - Argomenti contro e argomenti a favore dell'Educazione Continua in Medicina obbligatoria

Argomenti contro	Argomenti a favore
I professionisti dovrebbero essere responsabili per la loro effettiva performance, non per la partecipazione; l'ECM obbligatoria rimuove di fatto tale responsabilità individuale.	L'educazione continua degli operatori professionali è necessaria per proteggere la popolazione.
L'unica cosa che può essere documentata per certo è la presenza; l'ECM obbligatoria non garantisce modifiche delle attitudini, della motivazione, dalla capacità di apprendere o modificazioni degli schemi di pratica professionale.	È garantita la partecipazione di ogni singolo operatore ai programmi formativi.
I principi dell'apprendimento dell'adulto sono violati; l'ECM obbligatoria è punitiva nei confronti di coloro che partecipano volontariamente.	È garantita la responsabilità per la licenza della pratica professionale.
Gli operatori sanitari dipenderanno da programmi tradizionali piuttosto che dall'auto-responsabilità per l'apprendimento.	L'ECM obbligatoria è una fase di transizione verso più efficaci sistemi di responsabilità professionale.
L'ECM obbligatoria è necessaria solo per pochi professionisti "liberi" (cioè cani sciolti); la maggior parte dei medici prosegue il proprio apprendimento in modo autonomo.	È mantenuta una consapevolezza professionale informata.
La performance dei medici incompetenti non migliorerà.	I medici e gli altri operatori sono coinvolti in attività di formazione per soddisfare bisogni di cui non sono consapevoli.
Non vi è evidenza che essa determini un miglioramento della pratica.	Programmi di formazione ben disegnati possono influenzare la pratica effettiva.
I programmi sviluppati sono poco consistenti e possono mancare di pertinenza con i bisogni di formazione degli operatori.	Sono minimizzati l'isolamento geografico e quello professionale.
Può esserci il rischio della proliferazione di programmi di dubbia qualità.	Viene migliorata la performance dei medici riluttanti.
La politica dell'ECM obbligatoria è costosa.	
È ridotto di fatto il ricorso a misure di valutazione delle competenze di validità e precisione maggiore	