

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

N. 1607

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **CONDORELLI, MARINUCCI MARIANI, PERINA, MARTELLI, MINUCCI Daria, CARRARA, ZOTTI, GARRAFFA, NAPOLI, VENTRE, MURATORE, PULLI, SIGNORELLI, ZAPPASODI, MININNI-JANNUZZI, RUSSO Raffaele, RAPISARDA, FONTANA Albino, DI STEFANO, GIOVANNIELLO, FONTANA Elio, FAVILLA, IANNI, DE MATTEO, POLENTA, DI BENEDETTO, DONATO, PINTO, ROBOL, GRASSI BERTAZZI, DE COSMO, D'AMELIO, RABINO, TANI e INNOCENTI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 29 OTTOBRE 1993

Norme per la formazione permanente del medico e del personale del Servizio sanitario nazionale

INDICE

Relazione	Pag.	3
Disegno di legge	»	19

ONOREVOLI SENATORI. - Malgrado la diffusa convinzione in tutti i settori del Servizio sanitario nazionale della necessità di un adeguato sistema di formazione permanente del medico e del personale sanitario, la qualità e l'efficacia delle iniziative di formazione post-laurea e post-diploma di specializzazione e di ogni altra attività sanitaria continuano ad essere nel nostro Paese insoddisfacenti, tanto che si può dire che l'educazione continua del personale sanitario in Italia oggi è inesistente o praticata senza alcuna regola e soprattutto senza alcuna valutazione delle competenze cliniche, quest'ultima indispensabile per aumentare il livello di qualità.

La risposta ai reali bisogni di formazione, la scelta delle aree nelle quali operare e le metodologie di aggiornamento sono in gran parte inadeguate, mentre l'elevazione del livello culturale del nostro personale sanitario è determinante ai fini del miglioramento della qualità delle prestazioni professionali, dell'organizzazione e dell'uso razionale delle risorse del Servizio sanitario nazionale, nonché della stessa deontologia professionale del personale sanitario. Siamo peraltro in grave ritardo rispetto ad altri Stati membri della CEE e ad altri Paesi - in particolare gli USA dove l'aggiornamento è obbligatorio - nei quali il processo di educazione permanente del medico è disciplinato da norme legislative ed ha già dimostrato la sua efficacia. D'altra parte, la necessità di un documento legislativo inteso a programmare l'educazione permanente del medico e del personale sanitario in Italia si rende urgente perchè le norme legislative recentemente approvate riguardano la formazione dei medici di medicina generale e dei medici specialisti, mentre nessuna attenzione è stata finora rivolta all'importante aspetto dell'aggiornamento

culturale continuo di tutto il personale sanitario, che non comprende soltanto i medici, ma si estende anche al personale amministrativo, al personale infermieristico, ai farmacisti e al personale con diploma universitario in discipline sanitarie.

Il presente disegno di legge, elaborato sulla base delle esperienze che altri Stati hanno da tempo acquisite, intende offrire un contributo alla soluzione di questo importante aspetto della formazione permanente del personale sanitario del nostro Paese, proponendo un assetto organizzativo che dovrebbe operare sulla base di un *mix* di programmazione e di libera scelta concernente una pluralità di soggetti istituzionali addetti alla formazione permanente ed al suo finanziamento. La libera scelta dovrebbe incentivare l'efficienza mediante il confronto competitivo dei soggetti che producono la formazione; la programmazione dovrebbe orientare il processo di formazione verso le finalità più utili al miglioramento della qualità delle prestazioni professionali e della organizzazione del nostro Servizio sanitario.

L'educazione permanente del medico

In medicina, così come in tutte le professioni, il processo educativo deve perdurare per tutta la vita con l'obiettivo primario di mantenere una sufficiente competenza professionale per l'intera carriera professionale del medico. Al giorno d'oggi più che mai i concetti delle malattie ed i caratteri della conoscenza delle malattie si rinnovano ad una velocità estremamente rapida. Per essere informati di queste nuove conoscenze e dello sviluppo tecnologico collegato alla medicina, i medici generalmente scelgono quei sistemi di apprendi-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

mento che ritengono più efficaci in rapporto alle esigenze individuali. Pertanto l'educazione medica continua in gran parte del mondo è stata negli ultimi decenni un processo sostanzialmente volontario. Recentemente, in risposta alla pressione esercitata dalla necessità della professione medica di rendere conto alla popolazione della sua competenza, alcuni comitati od organizzazioni di controllo medico statali, in particolar modo negli Stati Uniti, hanno cominciato a richiedere ai medici la documentazione di una certa quantità di educazione medica continua al momento di riottenere l'iscrizione periodica all'ordine professionale. Ciò nonostante sia piuttosto difficile documentare una correlazione positiva tra la partecipazione del medico a programmi di educazione medica continua e una migliore cura del paziente. La giustificazione che è stata addotta per rendere obbligatoria l'educazione medica continua negli Stati Uniti, richiesta allo scopo di ottenere una nuova licenza o ricertificazione, è probabilmente sproporzionata all'obiettivo di ottenere un miglioramento della cura dell'ammalato. Infatti, sottoporre i medici ad un obbligo del genere non permette certamente di identificare l'esiguo sottogruppo di medici che più facilmente commette errori dovuti a disinformazione o arretratezza del bagaglio culturale. D'altra parte, la preoccupazione del pubblico è rappresentata da un problema estremamente pratico, e, cioè, se un particolare medico sta in realtà praticando la sua professione in maniera competente ed in accordo con quelli che possono essere considerati gli *standard* aggiornati accettabili. Il problema quindi che si pone alla professione medica è quello di mantenere *standard* accettabili nella pratica corrente e di cercare metodi di rilevazione e validi per definire la *performance* o la prestazione del medico nella pratica. La partecipazione di un medico al programma di educazione medica continua non fornisce di per sé un metodo attendibile per la definizione della sua competenza professionale. La competenza è infatti correlata sia alle conoscenze del medico che alla sua prestazione. Nella

pratica clinica la qualità della prestazione di un medico è valutata da numerosi individui: supervisor o dirigenti, *staff* professionale, altri professionisti coinvolti nel campo della salute e infine dai pazienti. La valutazione del medico è ottenuta al momento attuale largamente attraverso metodi soggettivi, sebbene siano stati fatti sforzi per sviluppare degli strumenti e dei *test* obiettivi almeno durante il corso degli studi pre-laurea e di specializzazione. La valutazione della prestazione nella pratica medica rappresenta largamente materia da definire, in particolare per quanto riguarda *standard* accettabili e criteri per determinare tale requisito. Vi è grande necessità al momento attuale di sviluppare strumenti che consentano la valutazione della competenza e che mostrino un alto livello di attendibilità e di validità. Diversi studi hanno dimostrato che le interviste ottenute dai medici non sono sempre attendibili come misura della competenza del medico. D'altra parte, come sopra accennato, l'osservazione diretta è compromessa dall'alto grado di soggettività. Gli esami scritti così detti oggettivi non hanno ancora dimostrato una validità per caratterizzare la reale *performance*. Infatti, la determinazione o la predizione della prestazione clinica coinvolge non soltanto la misurazione della conoscenza di un individuo, ma anche il modo in cui quell'individuo applica la conoscenza a specifici problemi clinici, il giudizio che egli impiega nello scegliere fra diverse opzioni disponibili e le qualità di abilità personale, psicomotoria, comportamentale oltre che le relazioni interpersonali del medico stesso. Occorre quindi considerare il processo complessivo impiegato dal medico nella cura dei pazienti oltre che vantare la riuscita della cura stessa. I problemi iniziali nella definizione dei programmi di educazione medica continua sono quindi rappresentati dallo sviluppo di sistemi educativi efficienti e da meccanismi validi per la definizione appropriata della competenza; ancora, di definire i criteri attraverso cui la competenza può essere determinata e di impiegare strumenti oggettivi di valutazione che forniscano un alto grado di validità. È chiaro che la correlazio-

ne tra l'educazione e la prestazione clinica non può essere ancora misurata con accuratezza scientifica; comunque vi è un certo consenso tra i medici riguardo al fatto che l'educazione medica continua nelle sue diverse modalità sia un pre-requisito importante per una competente pratica della medicina. Pertanto, gli organi istituzionalmente preposti alla regolarizzazione della pratica medica dovrebbero continuare a incoraggiare la partecipazione dei medici alla formazione continua collegata alle necessità ed alle attività professionali del medico.

L'educazione medica post-laurea in Italia

L'educazione medica post-laurea è sinonimo di aggiornamento continuo come delineato nella parte introduttiva. Essa è un'attività che ormai è resa assolutamente necessaria dal fatto che a distanza di dieci-venti o più anni dalla laurea, molte delle conoscenze e delle competenze acquisite nel corso degli studi va perduto per difetto di memoria o per essere divenuto obsoleto. Si tratta quindi di delineare un ampio e dinamico settore di insegnamento che dovrebbe avere carattere sistematico e finalità formatrice oltre che informativa. Le finalità di un aggiornamento medico pubblico post-laurea dovrebbero essere infatti:

1) consentire la massima circolazione di dati e di notizie sui progressi più recenti della ricerca;

2) aggiornare gli specialisti di una materia sullo sviluppo delle conoscenze in campi meno familiari;

3) favorire il dialogo tra specialisti universitari e ospedalieri da una parte e liberi professionisti o medici di base dall'altra;

4) limitare o comunque indirizzare e regolamentare il fenomeno dell'aggiornamento pilotato dall'industria biomedica. Le linee-guida di un tale programma dovrebbero essere presentate dal Ministero della sanità e gestite dalle facoltà mediche, dagli ospedali, o comunque da strutture pubbliche e private qualificate della Sanità o

specializzate nel settore della formazione continua del personale sanitario.

Come abbiamo precedentemente citato, negli Stati Uniti un programma di educazione medica permanente è ormai richiesto come requisito indispensabile per ottenere la ricertificazione periodica della propria licenza. In questa ottica ogni medico abilitato alla professione, è obbligato a documentare 300 ore annuali di frequenza a riunioni scientifiche e corsi di aggiornamento approvato dal programma nazionale di *Continuous Medical Education* (CME). La non ottemperanza a questo obbligo comporta la sospensione temporanea o permanente dall'ordine professionale. Parte del monte-ore può essere coperto da riunioni settimanali obbligatorie tra clinici e liberi professionisti con discussioni di casi clinici e di risultati di indagini strumentali o di altro genere come ad esempio indagini diagnostiche o preparazioni istologiche. La partecipazione a congressi organizzati da società scientifiche (e non da privati) viene valutata in 20-30 ore di crediti CME annuali.

In Italia, viceversa, a differenza di molti altri Paesi, l'aggiornamento del medico non è obbligatorio, né disciplinato da una apposita legislazione. Data la completa assenza di un regolamento in materia, l'aggiornamento è spesso frammentario ed affidato all'iniziativa personale del medico. I veicoli di informazione sono in massima parte rappresentati da testi di medicina, riviste mediche, congressi e corsi di aggiornamento. Di questi ultimi, molti sono finanziati attraverso iniziative private o da case farmaceutiche e, spesso, in queste iniziative non è diffuso il costume di separare in maniera chiara e netta la sponsorizzazione dalla promozione. Sponsorizzazione significa unicamente supporto economico; diversa è la definizione dell'area scientifica del programma, l'indicazione dell'istituzione indipendente cioè, università, ospedale, società scientifica, accademia, agenzia, fondazione, cui deve essere devoluta l'intera responsabilità di gestione scientifica, organizzativa e finanziaria del programma stesso. Un esempio di questo tipo di iniziativa è dato da IPP92, un programma post-laurea internazionale per l'Italia dal titolo «Morbilità e clinica

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

delle malattie digestive» finanziato da una casa farmaceutica multinazionale ed organizzato e gestito dalla Fondazione italiana per le malattie dell'apparato digerente, del fegato e del pancreas (FIMAD).

Per molti medici italiani il primo contatto con un nuovo farmaco o una procedura diagnostica è legato alla visita di un informatore medico scientifico. Nonostante la qualità e l'importanza del servizio dall'industria privata in questo campo, non si può non convenire che il rigore scientifico dell'informazione esige fonti indipendenti da interesse di parte. Inoltre è necessaria una mediazione culturale e critica del medico stesso, che può venire solo attraverso la consultazione personale della letteratura scientifica. A questo ultimo proposito va detto che l'aggiornamento del medico è spesso esclusivamente limitato alla lettura di riviste periodiche o di giornali spesso non accreditati di sufficiente rigore scientifico nelle quali le notizie e le informazioni non sempre corrispondono a quei criteri di obiettività e di rigorosità, che sono viceversa prerogative indispensabili per la formazione culturale del medico nel periodo successivo alla laurea. È quindi fortemente auspicabile che si abbia quanto prima una legislazione o almeno una direttiva comune europea che renda anche l'educazione post-laurea uniforme nell'area della Comunità europea.

Per quanto riguarda il sistema dell'aggiornamento volontario attualmente utilizzato nel nostro Paese, è necessario inquadrare preliminarmente il problema relativo a congressi, riunioni e materiale scientifico di lettura e definire quali possono essere attualmente i criteri di organizzazione e di valutazione di tale iniziativa. Per quello che riguarda i congressi e le riunioni scientifiche, l'inflazione di iniziative esistente in Italia, e anche più in generale in Europa, non ha certamente favorito il progresso e la scintillarità di tale area di aggiornamento. Nel 1990 si sono tenuti in Italia circa 3.500 manifestazioni di interesse medico pari a circa il 14 per cento del totale mondiale che è rappresentato da una cifra intorno a 25.000. Circa l'opportunità e l'utilità di tanti incontri le opinioni sono divergenti. Il fenomeno ha

indubbiamente il merito di agevolare la diffusione dei risultati della ricerca e il dibattito scientifico. Tuttavia è difficile stabilire se si sarebbero potuti ottenere risultati analoghi o anche più efficaci attraverso un numero minore di iniziative caratterizzate da maggiore spessore ed anche favorendo un'ampia circolazione di materiale scritto o video di sufficiente rigorosità scientifica. La pleora di riunioni scientifiche suggerisce varie considerazioni. La prima riguarda la loro organizzazione, i contenuti ed i costi. I notevoli costi sono sostenuti in buona parte dall'industria biomedica per scopi promozionali e si riflettono in qualche modo sui prezzi dei farmaci e quindi sulla collettività. Il ritorno di tali investimenti in termini di qualità dell'assistenza sanitaria è spesso quanto meno dubbio. Non si può tuttavia trascurare l'opinione opposta secondo la quale l'industria biomedica è la sola istituzione in Italia che dedica grandi risorse all'incontro, al dibattito e all'educazione medica. Il nodo cruciale in Italia così come in altri Paesi, riguarda piuttosto il modo con il quale queste risorse vengono impiegate, se cioè congressi e riunioni professionali privilegiano l'aspetto scientifico e professionale in modo sufficiente, se la promozione aperta debba essere consentita, se questa interferisca o meno con il disegno del programma scientifico, se vengono o meno consentiti all'industria mezzi di promozione incompatibili con la dignità della professione medica, come per esempio viaggi familiari, pranzi, doni, *gadget*, eccetera, ed alla fine con quella dell'industria stessa. Lo sciogliere questo nodo è soprattutto compito dei medici che organizzano congressi, riunioni e/o vi partecipano in modo attivo con letture e comunicazioni. Dipendono primariamente dagli organizzatori medici la scelta degli argomenti di un congresso, la selezione degli oratori e l'uso di rigorosi criteri di gestione. I medici dovrebbero evitare di venire implicati in sede scientifica in iniziative di promozione industriale diretta. Possono invece senz'altro partecipare a ricerche e a incontri scientifici indipendenti riguardanti farmaci, strumenti, o ad iniziative che promuovono l'immagine istituzionale dell'industria.

Il problema dei rapporti tra organizzatori di congressi medici ed industria è divenuto ormai di tale importanza da aver portato alla elaborazione di veri e propri codici i cui contenuti sono stati sanciti da organizzazioni nazionali ed internazionali. È da prevedere che, adeguandosi a criteri del genere, il ruolo delle due parti possa essere in futuro meglio definito e inteso più correttamente.

I criteri destinati ad un codice europeo per l'organizzazione di manifestazioni scientifiche dovrebbero essere basati su alcuni principi fondamentali. In primo luogo, la partecipazione e la promozione industriale dei congressi debbono essere tali da aumentare, se è possibile, e, comunque, da non ridurre il prestigio dell'industria biomedica e la fiducia riposta in essa da parte dei medici e della comunità civile. Il contributo dei medici alle attività promozionali dell'industria può essere ampiamente giustificato nel caso della promozione istituzionale, riguardante, cioè, l'immagine dell'industria piuttosto che i suoi prodotti. Il secondo criterio fondamentale è che gli organizzatori medici dei congressi dovrebbero collaborare attivamente con i rappresentanti dell'industria biomedica per facilitare il loro lavoro ed assicurare il successo delle loro iniziative, allorchè queste siano compatibili con le linee-guida concordate in un codice. Per quello che riguarda la partecipazione dell'industria, ad esempio l'esposizione tecnico scientifica ed i contenuti degli *stand*, questi dovrebbero essere sottoposti ed approvati in anticipo dagli organizzatori medici dei congressi, così come dovrebbe essere approvata preventivamente la lista del materiale che ciascuna casa intende distribuire agli *stand*. Può essere considerata accettabile l'inserzione di pagine pubblicitarie nelle pubblicazioni ufficiali dei congressi o delle riviste purchè i contenuti e la locazione siano approvate dal comitato scientifico-editoriale. Eventuali simposi organizzati direttamente dall'industria dovrebbero aver luogo subito prima o immediatamente dopo le giornate dedicate specificamente alle sessioni scientifiche e non durante queste ultime. La responsabilità di questi simposi satelliti potrebbe rimanere alle industrie farmaceutiche o elettromedica-

li purchè vengano approvati i contenuti: titolo, data, luogo, nome del *chairman*, oratori, argomenti e dimensione prevista della sessione.

Per quel che riguarda il sostegno finanziario dell'industria ai convegni scientifici che possono avere valore per l'educazione continua del medico, il contributo finanziario dell'industria destinato all'organizzazione scientifica congressuale può essere accettato dagli organizzatori medici ai quali peraltro spetta insindacabilmente il ruolo di stabilire i criteri di utilizzazione dei fondi. Molti altri aspetti relativi alle sistemazioni alberghiere, alle borse di studio speciali, al programma sociale, al *copyright* del congresso, ai dati di informazione sul congresso, ai trasporti, ai ringraziamenti, all'adeguamento al codice deontologico e infine alle infrazioni, dovrebbero essere valutati e indicati chiaramente in una regolamentazione possibilmente valida per tutta la CEE sull'organizzazione dei congressi medici che abbiano valenza dal punto di vista della educazione permanente del medico. Per quello che riguarda l'Italia, va fatto presente che il Ministero della sanità ha di recente introdotto notevoli vincoli circa la configurazione dei congressi. Il valore di questo intervento del Ministero della sanità è certamente significativo sul piano politico, anche se implica una centralizzazione delle decisioni che appare fuori della portata gestionale e professionale dell'Amministrazione. Molto meno significativo appare il contributo di questo intervento sotto il profilo dell'educazione medica, dal momento che l'Amministrazione statale non promuove alcuna iniziativa educativa post-laurea.

Sotto certi aspetti tali vincoli sembrano addirittura eccessivi o sproporzionati al pur nobile obiettivo di contribuire alla moralizzazione dei congressi stessi.

Un altro importante aspetto riguarda il tempo che il medico dedica alla partecipazione a congressi e riunioni. Una riduzione delle manifestazioni e in particolare una riduzione degli eventi minori che spesso si sovrappongono gli uni agli altri avrebbe il vantaggio di ottimizzare l'energia e il tempo

dei medici e dei ricercatori verso poche qualificate occasioni di discussione. La perdita di tempo derivante da viaggi e soggiorni tanto numerosi, ed a volte prolungati, rischia ormai di avere pesanti riflessi sulla più genuina attività medica sia pratica che scientifica. La scelta dei congressi cui partecipare dovrebbe essere esclusivamente legata all'opportunità di comunicare i risultati di eventuali studi e all'appartenenza a società scientifiche nazionali ed internazionali. Dal punto di vista dell'educazione medica continua, in linea di principio le riunioni ristrette cioè *workshops* e seminari, dal punto di vista strettamente scientifico, sono più utili dei grandi congressi e, per questo motivo, bisognerebbe riservare nella elaborazione di un programma di titoli di credito un numero maggiore di ore a queste piccole manifestazioni di aggiornamento piuttosto che ai congressi nazionali. D'altra parte, il congresso annuale della rispettiva società italiana dovrebbe essere seguito anche per motivi di politica professionale e per gli aspetti giuridico-legislativi solitamente affrontati in questo tipo di convegni, anche se nel nostro Paese le società scientifiche non hanno in genere rilevanza politica, gestionale e di opinione. È anche raccomandabile la partecipazione ai congressi della società internazionale per la propria disciplina per i quali la conoscenza dell'inglese è ovviamente necessaria. Tuttavia va precisato che un congresso, per il solo fatto di essere internazionale, non è necessariamente di buona qualità. L'organizzazione dei grandi convegni internazionali risente non di rado di considerazioni geo-politiche ed anche di rapporti personali o di scuola. Viceversa, il livello scientifico di alcuni congressi di società nazionali, ad esempio negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, è spesso molto superiore a quello delle rispettive manifestazioni a carattere internazionale o mondiale.

Per quanto riguarda i libri e le rassegne critiche, l'invecchiamento della letteratura medica era nozione universalmente accettata, anche quando la gamma di tecnologie disponibili e il ritmo del progresso erano

molto inferiori agli attuali. Oggi, ogni nuova edizione di un trattato di medicina allestita con cadenza mediamente quadriennale richiede la completa riscrittura di intere sezioni. Il principale limite del trattato classico di medicina è proprio la lentezza dell'allestimento con capitoli lunghi la cui bibliografia è aggiornata nel migliore dei casi all'anno precedente di pubblicazione. Aggiungendo un intervallo di quattro anni tra due edizioni successive si può vedere come la consultazione di un trattato può lasciare scoperti progressi fondamentali nella diagnosi e nella terapia. Si pensi solamente al caso della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ancora oggi solo marginalmente trattata in recenti edizioni di testi molto popolari. Questo *gap* temporale si può allungare raggiungendo dimensioni inaccettabili per un aggiornamento sufficiente quando si tratti di traduzioni italiane di testi anglosassoni. Anche l'impiego dei rimandi bibliografici è insufficiente per approfondire un determinato argomento. Nella maggior parte dei casi il lettore interessato deve condurre una propria ricerca mediante il sistema *med-line* o affini, orientandosi verso la più recente rassegna dell'argomento come fonte bibliografica aggiornata. Le rassegne critiche offrono il vantaggio di una maggiore tempestività di pubblicazione, di una bibliografia aggiornata a sei mesi dalla distribuzione, e quello della funzione di filtro esercitata dagli autori sulla mole di informazioni disponibili. Il risparmio di tempo rispetto alla consultazione diretta della letteratura è intuitivo. L'esperienza personale degli autori garantisce la rilevanza delle informazioni contenute anche se va considerata la possibilità di un *biais* verso certe ipotesi o linee sperimentali. L'inconveniente è ottemperato dalla politica delle migliori riviste scientifiche di sottoporre anche questi articoli ad una ulteriore revisione indipendente o di commissionarli a gruppi internazionali di studio. Alcune pubblicazioni sono specializzate in questi termini. Per contro il trattato classico di medicina presenta solo uno strumento di consultazione nel riepilogo sistematico di

nozioni già possedute dal medico, oltre che di primo approccio ad aree estranee alla personale pratica clinica e non può essere quindi considerato come elemento fondamentale nell'ambito dell'educazione permanente del medico.

Diverso, infine, è l'impiego dei manuali di consultazione rapida e di guida procedurale. Le dimensioni più agili, la frequente multitematicità, i tempi editoriali più brevi, e il basso costo consentono un aggiornamento soddisfacente ai fini della pratica medica quotidiana. Più critico il problema dei libri monotematici che raccolgono gli atti di un congresso o di un simposio. La qualità dei manoscritti è spesso disomogenea data la tendenza dell'autore a riservare i propri dati originali a pubblicazioni su giornali con adeguati controlli editoriali.

Per quanto riguarda la utilizzazione dei periodici scientifici, un numero crescente di periodici viene incontro alle necessità culturali del medico. Si distingue tradizionalmente fra riviste destinate a ricerche scientifiche originali e riviste di informazione, le quali ultime tendono a proliferare. Ne sono motivo considerazioni di ordine pratico ed economico. Le riviste scientifiche destinate a studi originali hanno spazi pubblicitari in genere limitati ed un pubblico ristretto ai cultori della materia. Gli elevati costi che ne derivano le rendono per lo più accessibili solo alle biblioteche delle istituzioni pubbliche o private. La circolazione di materiale di ricerca originale è tuttavia incentivata dalle società scientifiche che sempre più frequentemente adottano un loro giornale da inviare in abbonamento ai soci. I testi di tipo informativo hanno il vantaggio di rivolgersi ad un vasto pubblico medico e quindi di fruire di notevoli risorse finanziarie derivanti anche dal forte supporto pubblicitario. La sempre maggiore richiesta di questo tipo di riviste, d'altra parte, ha una sua ragione d'essere nel fatto che i progressi della conoscenza sono sempre più legati a ricerche selettive e sub-specialistiche. Sorgono così riviste di alto livello che sfruttano nuovi metodi di fare informazione fondati sulla discussione di gruppo piuttosto che sui contributi

individuali. Questo tipo di attività informatica offre maggiori garanzie di oggettività e consente di misurare il consenso e il dissenso di esperti su argomenti in discussione, favorendo anche il progressivo accostamento di opinioni puntualmente divergenti.

Il criterio fondamentale per la validità di qualsiasi giornale scientifico è, comunque, la valutazione di ciascun manoscritto da parte di due-tre revisori indipendenti che forniscono giudizi motivati sull'originalità, l'interesse e la correttezza metodologica dello studio. Questo sistema detto *peer review* ha un'importante valenza morale ed educativa. Valenza morale perchè stabilisce che indipendentemente dall'autorevolezza e dal rilievo accademico dell'autore, qualsiasi scritto da pubblicare debba essere sottoposto a revisione; valenza educativa perchè i giudizi dei revisori chiariscono l'eventuale inconsistenza o non correttezza di una ricerca o suggeriscono modifiche che in genere migliorano il testo finale da pubblicare. Un corollario del sistema di *peer-review* è che l'articolo pubblicato costituisce merito scientifico non solo in ragione dell'interesse e della novità del contenuto ma in quanto tali caratteristiche gli sono esplicitamente riconosciute da esperti indipendenti. Il fatto che le sue conclusioni siano eventualmente smentite da ricerche successive non toglie all'articolo il suo valore di titolo. Il sistema, d'altra parte, ha conseguenze giustamente negative per la letteratura medica di scarso peso. Dato che la qualità delle riviste scientifiche è legata da un lato alla serietà del processo di revisione e dell'altro al numero degli autori potenziali ne segue una sorta di circolo vizioso: uno scarso numero di manoscritti inviati per la pubblicazione determina una riduzione della selettività con conseguente peggioramento qualitativo della rivista che a sua volta distoglie potenziali lettori ed autori. È quanto avviene per molte riviste mediche nel nostro Paese, si direbbe per la maggior parte delle riviste mediche nel nostro Paese. Gli autori di altre nazioni vi pubblicano raramente anche se si tratta di riviste in lingua inglese.

Purtroppo, esiste anche una decisa preferenza per i periodici stranieri da parte di gruppi italiani, pur in grado di condurre studi di alta qualità, quasi non si comprendesse l'essenziale importanza di creare a poco a poco anche in Italia testate di rilievo internazionale. Ancora una volta si tratta di un circolo vizioso. Un comportamento del genere, tuttavia, è in qualche misura giustificato dall'attuale insufficiente qualità media di questo settore della stampa nazionale e da un maggior ritorno dell'immagine delle pubblicazioni sulle riviste estere prestigiose a fronte degli alti investimenti necessari alla ricerca.

Contrasta apparentemente con quanto detto sopra il fatto che in Italia, a parte un piccolo numero di giornali recensiti internazionalmente e per lo più pubblicati in inglese, esiste una vera e propria pletora di riviste, nel 1976 oltre 500, un numero superiore a quello degli Stati Uniti. In realtà gran parte di esse non esercita alcun controllo di qualità sul materiale da pubblicare. Ci sono persino imprese commerciali specializzate nella stampa con contributi insignificanti destinati soltanto ad ingrossare l'elenco delle pubblicazioni che i candidati presenteranno ai concorsi pubblici. In linea teorica le verifiche concorsuali dovrebbero svuotare di significato tali iniziative ma così non avviene. Una simile degenerazione del sistema editoriale può essere evitata o ridotta adottando determinati criteri. Sono ben conosciuti, ad esempio, i principi del *Science Citation Index* (ISI di Philadelphia, Pennsylvania, USA) che analizza il numero di citazioni di un manoscritto nella letteratura successiva e costruisce in tal modo una gerarchia delle riviste in base al numero di articoli con un alto indice di visibilità pubblicati nell'anno. Questo consente l'assegnazione di un *impact-factor* a ciascuna rivista e permette di valutare presuntivamente la qualità di un articolo in base al veicolo di pubblicazione. È importante notare che la tiratura della rivista è irrilevante ai fini di questa analisi. L'applicazione dei criteri del genere alle procedure concorsuali consentirebbe una maggiore obiettività

nella valutazione dei titoli professionali. Un ultimo punto da rilevare nel problema del nostro Paese concerne la difficoltà di accesso a riviste di alta qualità, ma presenti solo in certe biblioteche. Di fronte al grande numero di piccole biblioteche incomplete, sta il piccolo numero di grandi biblioteche aventi un alto indice di completezza, ma anche in queste ultime i servizi sono spesso inadeguati; la semplice consultazione di una fonte e la richiesta di una fotocopia finiscono talvolta per rivelarsi traumaticamente frustranti.

Questo panorama relativo a congressi, riunioni scientifiche, libri e periodici scientifici fa comprendere lo stato di gravissima inconsistenza dei sistemi di aggiornamento medico in Italia oltre che l'arretratezza della mentalità del medico italiano nei confronti della necessità di aggiornarsi in maniera corretta rispetto ai medici sia nord-americani sia degli altri Paesi europei. Queste difficoltà o inconsistenze del sistema informativo-educazionale devono necessariamente essere rimosse contestualmente al varo di un programma legislativo di educazione medica continua, per poter favorire una effettiva realizzazione e per evitare che il programma resti al contrario un contenitore vuoto o, peggio, pieno di sistemi «diseducativi».

Istituzione di un meccanismo legislativo per l'educazione medica continua in Italia

La premessa sviluppata nella parte introduttiva di questo testo sottolinea la necessità di sviluppare nel nostro Paese un forte movimento per una rivalutazione culturale della formazione continua della classe medica, le cui finalità sono rappresentate dal tentativo di aggiornare e migliorare le prestazioni cliniche, nonchè di avvicinare la classe medica ad una maggiore rigosità e scientificità della propria informazione e del proprio profilo culturale in rapporto alle sviluppate esigenze della popolazione. A parte la necessità di un aggiornamento come conseguenza dello sviluppo delle tecnologie, delle metodolo-

gie diagnostiche e degli approcci terapeutici alle differenti malattie, che come detto precedentemente si evolvono rapidamente, il sistema di educazione medica continua post-laurea sviluppato sulla base di un rigido programma scientifico può avere anche un forte impatto di moralizzazione della classe medica. Una finalità addizionale di un tale programma potrebbe essere costituita dal raggiungimento di una maturazione e di una maggiore consapevolezza nel processo della prescrizione dei farmaci e delle indagini diagnostiche, ottenendo in tal modo un risparmio notevole per la collettività.

I problemi connessi con lo sviluppo di un programma di educazione permanente post-laurea del medico sono numerosi. Essi riguardano principalmente:

a) la definizione dell'istituzione responsabile della erogazione dei criteri necessari per l'educazione permanente del medico;

b) le organizzazioni o enti istituzionali di controllo che debbono cooperare con il Ministero per la definizione dei programmi di educazione permanente;

c) il numero di ore ritenute necessarie per una educazione minima adeguata e permanente del medico che sia rapportata agli orari e ai sistemi di lavoro dei medici nel nostro Paese nonché agli *standard* dei Paesi *partner* europei;

d) un sistema di valutazione periodica dell'adeguatezza dell'educazione del lavoro di aggiornamento svolto da ciascun medico e, simultaneamente, la definizione delle sanzioni previste per i medici inadempienti nonché per i soggetti attivi e passivi del programma che commettono vistose infrazioni nel loro programma di aggiornamento.

Naturalmente alla base del programma di aggiornamento occorre ipotizzare una vasta campagna svolta su scala nazionale ad opera del Ministero della sanità per sensibilizzare i medici verso un adeguamento o il continuo aggiornamento della formazione professionale. Un tale programma potrebbe incontrare il favore della classe medica, particolarmente

se venissero fissate con chiarezza le regole del programma stesso attraverso un riconoscimento rapido delle strutture, delle organizzazioni e delle manifestazioni o attività che possono rappresentare la base per l'aggiornamento continuo del medico. Accanto a queste regole chiare di natura organizzativa e a queste disposizioni che potrebbero anche modificare in maniera meno restrittiva l'attuale atteggiamento generalizzato del Ministero verso le manifestazioni biomediche, si potrebbe facilitare il sistema dell'intervento delle aziende e delle industrie limitando il numero di restrizioni poste attualmente ed anzi facilitando il loro intervento sulla base di quel codice di regolamentazione della sponsorizzazione industriale cui si è fatto cenno nella parte introduttiva. Si potrebbe ipotizzare inoltre la defiscalizzazione parziale o totale delle spese sostenute sia dai promotori che dai medici nell'ambito delle attività volte a conseguire le ore di CME (*Continuous Medical Education*) che sono necessarie per il mantenimento di un aggiornamento sufficiente. Per quello che riguarda questo ultimo aspetto esso certamente non graverebbe più di tanto sui bilanci statali perchè il ritorno sia in immagine della classe medica in Italia, sia per gli aspetti benefici sulla salute della popolazione, sarebbe senza dubbio enorme, se si tiene conto delle attuali carenze professionali di alcune categorie della classe medica, in particolar modo dei medici più anziani o dell'enorme numero dei medici di base che attualmente trascurano totalmente sia la lettura di periodici che i corsi di aggiornamento, sia la frequenza a congressi scientifici, a meno che essi non siano accompagnati da ampi e faticosi programmi sociali o addirittura esclusivamente rappresentati da attività di svago o di turismo.

Per quello che riguarda l'aspetto delle sanzioni amministrative si tratta senza dubbio di un territorio molto delicato che comunque andrebbe anche esso affrontato in maniera molto netta, rappresentando ai medici la possibilità di esclusione dall'albo professionale a meno che annualmente essi non conseguano un numero minimo di ore di lavoro di aggiornamento. Queste ore di lavoro di aggiornamento debbono ovvia-

mente essere documentate in maniera adeguata e questa documentazione non può avvenire altrimenti che per la frequenza a *work-shop* di tipo clinico a seminari o a congressi nazionali che abbiano appunto ricevuto il CME dalle organizzazioni preposte. Per quello che riguarda queste organizzazioni in Italia si può pensare senz'altro che il Ministro della sanità, attraverso una commissione di esperti, possa presiedere e predisporre le regole per il conseguimento dei crediti dei programmi di educazione continua post-laurea per i medici e che in questo il Ministero della sanità possa essere affiancato o possa utilizzare una serie di organismi di controllo fra cui è inevitabile pensare al contributo che possono dare in ambito locale le facoltà mediche, le aziende ospedaliere, gli ordini professionali, in accordo con una programmazione predisposta dal Comitato nazionale per l'educazione medica continua, dalle società scientifiche nazionali o di apposite agenzie, accademie o fondazioni. A tale proposito, l'istituzione di commissioni regionali preposte al controllo istituzionale dell'educazione post-laurea, eventualmente inclusa la concessione del diploma di specializzazione, previo esame di verifica del lavoro svolto e della preparazione acquisita nelle singole scuole di specializzazione, potrebbero rappresentare l'organo periferico di consulenza del Comitato nazionale per l'educazione medica continua. Una tale commissione, rinnovata con cadenza annuale o al massimo triennale e composta da almeno dieci esperti della materia, potrebbe interagire con competenza alla definizione dei programmi educativi (commissioni regionali ispettivi per l'accreditamento ed il controllo dei centri di formazione professionale). Per quello che riguarda il numero di ore, il sistema di conseguimento dei crediti e il sistema della sanzioni alle eventuali infrazioni o agli eventuali programmi di aggiornamento inadeguati, il Ministero dovrà agire di concerto con la Federazione nazionale dell'ordine dei medici, con le organizzazioni sindacali al fine di determinare con chiarezza tali programmi. Per quello che riguarda le società medico-

scientifiche italiane, un organismo che eventualmente ne potrebbe coordinare lo sviluppo e l'attività è rappresentato dalla Federazione delle società medico scientifiche italiane (FISM), già denominata CCS, che potrebbe appunto coordinare l'attività e la regolamentazione delle varie società scientifiche.

Va tenuto presente che per una efficacia del sistema di aggiornamento continuo del medico è necessario che siano sviluppate quelle iniziative culturali che consentono effettivamente l'aggiornamento del medico. In considerazione della latitanza di manifestazioni del genere a livello istituzionale o per così dire statali, se si esclude quello che è il programma normale del corso di laurea o di specializzazione post-laurea delle facoltà mediche, occorre pensare inevitabilmente al potenziale ruolo svolto da sponsor industriali per sostenere l'educazione medica continua. A questo scopo, è necessario prestabilire, come detto precedentemente, delle linee-guida iniziali per poter accreditare tali *sponsor* nell'organizzazione di manifestazioni che ricevano il supporto giuridico del Ministero della sanità e dei comitati regionali. Tali linee-guida sono state indicate con una certa precisione in un documento denominato ACCME ed elaborato nel gennaio dell'84, cioè *Accreditation Council for Continuous Medical Education*. A tale proposito, può essere interessante rilevare che l'ACCME è una organizzazione volontaria per determinare programmi di credito per le istituzioni e le organizzazioni che forniscono educazione medica continua. Attraverso la valutazione ed il riconoscimento alle istituzioni o all'organizzazione i cui programmi sostanzialmente rispettano gli *standard* dell'educazione medica continua, la ACCME ha inteso migliorare la qualità di tale programma assistendo i medici nell'identificare i programmi che aderiscono a codesti *standard*. La ACCME ritiene che la responsabilità professionale dei medici richiede appunto un apprendimento continuo nel corso della carriera, La ACCME ritiene altresì che i medici sono responsabili della scelta del loro programma di educazione continua ed

è coinvolta nella valutazione dei livelli di apprendimento raggiunti. Le regole, fissate praticamente dall'ACCME, sono state diseg-nate allo scopo di incoraggiare la parteci-pazione del medico a questi programmi in modo che essi assumano piena responsabi-lità per la loro scelta in accordo con quelle che ritengono siano le loro possibilità, le preferenze individuali sui metodi di appren-dimento e i sistemi di pratica. Gli *sponsor* industriali dovrebbero considerare prima-riamente le necessità e gli interessi dei potenziali partecipanti medici nel pianifica-re le loro attività connesse con il program-ma di educazione medica continua, incoraggiando i medici ad assumere ruoli attivi in questo processo di pianificazione. La ACCME ha identificato alcuni elementi organizzativi di strutture e di metodo che sembrano poter contribuire significativa-mente allo sviluppo dell'educazione medica continua. Questi elementi essenziali di cui si dirà più avanti, devono essere sostanzial-mente rispettati dagli *sponsor* che desidera-no ottenere il credito.

La linea guida più importante prestabilita dalla ACCME è che essa non accredita attività individuali educazionali ma piutto-sto istituzioni e organizzazioni per il loro programma complessivo. L'esperienza dimo-s-tristra che il controllo e l'accreditamento di ogni singolo corso sono abbastanza problematici e che la strada da percorrere è quella dell'accreditamento delle strutture che fanno formazione permanente. Il pro-gramma complessivo deve consistere, al-meno in parte, in una o più attività educazionali sviluppate in accordo alle linee-guida previste che provvedano ad una interazione diretta fra insegnante e parteci-pante. In questa ottica è evidente il possibi-le ruolo svolto dalle facoltà mediche, dagli ospedali più qualificati e da agenzie specia-lizzate per sviluppare programmi CME post-laurea che possano interagire efficace-mente con i programmi messi a punto dagli *sponsor*, o, più in generale, dalle industrie biomediche. La seguente definizione può essere utilizzata per comprendere il proces-s-o di accredito: «L'educazione medica con-tinua consiste in una serie di attività

educazionali che servono a mantenere, sviluppare o aumentare la conoscenza e l'abilità della prestazione professionale e le nozioni che un medico utilizza per fornire servizi ai pazienti, al pubblico e alla profes-sione, nonchè a migliorare le capacità decisionali del personale sanitario nelle scelte diagnostiche, terapeutiche ed orga-nizzative secondo l'analisi costo-beneficio per una favorevole ricaduta sulla spesa sa-nitaria».

«Il contenuto dell'attività educazionale è il complesso delle conoscenze e delle attività generalmente riconosciute e accet-tate dalla professione all'interno delle scienze mediche di base, delle discipline cliniche e delle cure mediche generali fornite al pubblico». Questa definizione allargata di educazione medica continua riconosce che tutte le attività educazionali che assistono i medici nel continuare le loro attività professionali più efficacemente e più efficientemente sono collegate alla loro educazione medica.

Per esempio, un corso di aggiornamento in *management* sarebbe appropriato per quei medici responsabili della direzione di un servizio di cure mediche. Viceversa, un corso di CME in metodologia educazionale sarebbe appropriato per quei medici che insegnano nelle scuole mediche.

Ancora un corso di ecocardiografia prati-ca sarebbe appropriato per i medici coin-volti professionalmente in strutture ad orientamento o con servizio cardiologico. Di conseguenza, non tutte le attività educa-zionali continue che i medici possono intraprendere sono da ritenersi educazione medica continua. I medici non dovrebbero partecipare ad attività di educazione medi-ca non correlate direttamente al loro lavoro professionale, o, quanto meno, nel rispetto delle libertà culturali individuali, queste attività non dovrebbero essere rico-nosciute al fine dell'acquisizione di crediti per l'educazione medica continua. Le attivi-tà educazionali che rispondono ad una necessità o un interesse non professionale del medico, così come la pianificazione finanziaria e l'apprendimento della lettera-tura, della musica, sono ovviamente da

ritenersi non educazione medica continua. Qui di seguito sono riportate alcune precisazioni sulle caratteristiche e le figure istituzionali del processo CME.

Lo scopo del processo CME è quello di assicurare ai medici e al pubblico che nelle attività di CME incontrino degli *standard* accettabili di educazione.

Il programma complessivo CME di uno *sponsor* consiste in una o più attività educazionali in accordo con le linee-guida del programma CME.

L'attività CME è un programma educativo coerente che è basato su necessità definite, su obiettivi espliciti, su un contenuto educativo e su metodi. Lo *sponsor* è un'istituzione che organizza o assume responsabilità per un corso CME. Il partecipante è un medico che ha bisogno di conseguire CME.

Le linee-guida sono rappresentate dal documento che fornisce le osservazioni riguardo i sistemi di accredito degli *standard* che devono essere sostanzialmente rispettati dallo *sponsor*. Il programma dell'ACCME consiste nella definizione delle linee-guida essenziali e delle regole che devono essere rispettate dallo *sponsor*, dalle istituzioni o organizzazioni che aderiscono al programma del CME al fine di ottenere un credito sufficiente dalla stessa ACCME. È necessaria tuttavia che sia garantita una «verifica *in loco*» per accertare non solo l'impegno per una formazione di qualità e la responsabilità effettiva per la sua pianificazione ed attuazione e la disponibilità di strutture ed organizzazione idonea, ma anche per verificare la rispondenza delle singole attività di formazione con le esigenze professionali dei singoli operatori che vi si sottopongono ed il rispetto di una metodologia adeguata. A tal fine gli «elementi essenziali» o criteri per l'accreditamento possono così essere brevemente riassunti:

Elemento essenziale 1

Il promotore deve avere una propria disposizione statutaria in cui si descrivono

gli obiettivi del programma globale, si indica la portata delle attività, si delineano le caratteristiche dei potenziali partecipanti e si descrivono i tipi generali di attività e servizi forniti.

Elemento essenziale 2

Il promotore deve avere delle procedure definite per la individuazione e l'analisi delle necessità di formazione permanente e degli interessi dei potenziali partecipanti. Il promotore deve documentare i procedimenti usati e dichiarare le esigenze globali individuate ed indicare come tale valutazione viene usata nella pianificazione delle attività didattiche.

Questo elemento essenziale richiede che un promotore consideri con attenzione le conoscenze, le attitudini e le capacità che i medici devono o vogliono acquisire, sviluppare o potenziare per evitare che si insegnino ciò che si vuole insegnare e non ciò che realmente i medici desiderano apprendere.

Elemento essenziale 3

Il promotore deve avere obiettivi espliciti per ciascuna attività di formazione permanente. La messa a punto degli obiettivi:

aiuta i promotori nella pianificazione, sviluppo ed attuazione delle attività formative;

aiuta i promotori a valutare la qualità delle iniziative di formazione permanente;

aiuta i partecipanti a giudicare se l'iniziativa di formazione permanente risponde ai suoi bisogni.

Elemento essenziale 4

Il promotore deve elaborare ed attuare attività didattiche adeguate per contenuto e metodo agli obiettivi dichiarati.

Definiti gli obiettivi occorre stabilire per conseguenza i contenuti ed i metodi che consentano di raggiungere gli obiettivi stessi, privilegiando quelli che consentono

un coinvolgimento attivo dei partecipanti nell'apprendimento.

Elemento essenziale 5

Il promotore deve valutare l'efficacia del suo programma globale di formazione permanente e delle attività che lo compongono e valutare se ed in quale misura gli obiettivi sono stati raggiunti dai partecipanti. I dati raccolti con la valutazione devono essere utilizzati per la pianificazione futura.

Elemento essenziale 6

Il promotore deve dare prova di avere a disposizione e di poter usare efficientemente sia procedure organizzative sia risorse necessarie per realizzare i suoi compiti di formazione permanente. Il promotore deve documentare l'esistenza di una struttura organizzativa di formazione permanente e la sua amministrazione. Questo elemento essenziale si riferisce a quella che viene considerata una sana pratica di *management*, per la continuità, la stabilità e l'uso efficace delle risorse.

Quanto finora detto per la formazione permanente del medico deve essere esteso a tutto il personale sanitario (farmacisti, tecnici, infermieri, diplomati in discipline sanitarie, amministratori), il livello culturale del quale - in gran parte dipendente da un adeguato aggiornamento continuo - è determinante ai fini della qualità dell'intero Servizio sanitario nazionale.

La nostra proposta legislativa

La nostra proposta legislativa prevede che l'aggiornamento continuo, di cui vengono precisati definizione, contenuti e tipologie, sia rivolto non soltanto ai medici, ma a tutto il personale sanitario laureato o diplomato, agli infermieri, al personale amministrativo sanitario ed ai farmacisti. Esso è un dovere di tutto il personale sanitario (articolo 1).

L'aggiornamento continuo è obbligatorio sino a che viene esercitata l'attività professionale per i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta del Servizio sanitario nazionale, per i medici di guardia medica, per i medici di medicina dei servizi, per i medici specialisti con i quali l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti per le prestazioni sanitarie rese, per i medici di medicina generale e specialisti libero-professionisti, per i medici e per il personale sanitario tecnico dipendenti dell'amministrazione universitaria, delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, per il personale infermieristico delle strutture sanitarie pubbliche e private, per il personale con diploma universitario in discipline sanitarie dipendente del Servizio sanitario nazionale e dell'amministrazione universitaria nonché delle strutture sanitarie private, per il personale amministrativo del Servizio sanitario nazionale, mentre è facoltativo per i medici in formazione specialistica, per i medici in formazione specifica in medicina generale, per i medici iscritti ai corsi di dottorato di ricerca o che usufruiscono di borse di studio in strutture sanitarie italiane o estere (articolo 2). Per queste ultime categorie di professionisti l'aggiornamento culturale è intrinsecamente connaturato all'attività di formazione; per esse, comunque, l'aggiornamento continuo è un diritto che può essere esercitato con le stesse facilitazioni e gli stessi incentivi previsti per le categorie professionali per le quali l'aggiornamento è obbligatorio. Gli esami di verifica dei livelli di apprendimento alla fine dei programmi sono facoltativi, ma la votazione ottenuta costituisce titolo ai fini della carriera ospedaliera e di una più congrua remunerazione professionale da parte del Servizio sanitario nazionale.

L'organizzazione generale dell'aggiornamento continuo del personale sanitario prevede (articolo 3):

1. Il Comitato nazionale per l'educazione medica continua, presieduto dal Ministro della sanità o da un suo delegato e composto di dieci esperti italiani e, se del caso, stranieri, il quale, anche attraverso

organismi italiani ed esteri qualificati nel settore della formazione, indica le linee-guida dell'attività educativa per quanto concerne gli argomenti, le tipologie, il monte ore annuale che ciascuna categoria professionale ha l'obbligo di dedicare all'aggiornamento ed il massimo delle ore che possono essere utilizzate per alcune tipologie di aggiornamento; controlla le istituzioni pubbliche e private addette alla formazione continua del personale sanitario, al rilascio dei crediti e agli esami di verifica dell'apprendimento; accredita giornali specializzati nell'informazione rigorosa ed obiettiva sulle attività dei farmaci, indipendente da ogni eventuale interferenza delle imprese farmaceutiche, nonché indica criteri editoriali per le pubblicazioni destinate alla formazione permanente del personale sanitario; funge da organo di appello nei casi di contestazione fra ordini e collegi professionali, tirocinanti ed istituzioni accreditate alla formazione permanente; commina le sanzioni in caso di infrazioni ai centri di formazione permanente (articolo 4).

2. Le commissioni regionali per l'educazione medica continua con lo scopo di applicare i principi, le politiche e gli *standard* dell'accREDITAMENTO definiti dalla Commissione nazionale; sensibilizzare le istituzioni verso programmi di formazione continua che diano garanzia di pertinenza e validità; sensibilizzare i medici ed il personale sanitario a partecipare a programmi di formazione continua accreditati; agire come ente di accREDITAMENTO preventivo delle istituzioni pubbliche e private addette alla formazione continua del personale sanitario; verificare direttamente il rispetto dei principi e degli *standard* di accREDITAMENTO da parte degli enti (articolo 5).

3. L'ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, l'ordine provinciale dei farmacisti ed i collegi professionali i quali, d'intesa con i rappresentanti di ciascuna categoria professionale destinataria dell'aggiornamento controllano la correttezza nella partecipazione alla formazione continua del personale sanitario e propongono le sanzioni per le infrazioni

commesse dai soggetti attivi e passivi dell'aggiornamento continuo (articolo 6).

4. Le istituzioni pubbliche e private autorizzate alla realizzazione dei programmi di aggiornamento, al rilascio delle certificazioni e dei crediti e alla verifica dei livelli di apprendimento. Esse organizzano corsi teorico-pratici di aggiornamento di propria iniziativa o su richiesta degli ordini e dei collegi professionali o delle categorie dei professionisti interessati. Alle medesime organizzazioni è affidato il compito del rilascio della certificazione di partecipazione al programma formativo e degli esami di verifica dei livelli di apprendimento ed altresì il compito di provvedere ai corsi di riqualificazione del personale sanitario, destinato ad altre mansioni per esigenze di mobilità delle strutture del Servizio sanitario nazionale (articolo 7). La scelta dei programmi di aggiornamento o di parti specifiche di essi è per il personale sanitario libera, purchè compiuta nell'ambito degli interessi professionali e delle possibili opzioni, degli *standard*, delle tipologie e della durata indicati dai programmi delineati dal Comitato nazionale per l'educazione medica continua (articolo 8). Nel rispetto delle libertà culturali individuali è anche consentito ai singoli professionisti di progettare un piano personale di studio che per essere valido ai fini dell'aggiornamento continuo deve avere l'approvazione della commissione regionale per l'educazione continua del personale sanitario (articolo 8).

Ai fini di un più efficace controllo della regolarità di partecipazione ai programmi di aggiornamento continuo, gli ordini ed i collegi professionali provinciali rilasciano a ciascun professionista un libretto personale di formazione nel quale vengono annotati i programmi di aggiornamento, le certificazioni rilasciate dalle istituzioni accreditate all'aggiornamento, la validazione degli ordini e dei collegi professionali e le eventuali sanzioni amministrative (articolo 9); la non osservanza della cura del libretto personale di formazione comporta, previa diffida a non persistere in tale inadempienza, la temporanea sospensione della iscrizione all'albo professionale (articolo 13).

Non sussiste alcun obbligo di retribuzione dei tirocinanti per la loro frequenza nei reparti clinici e nei laboratori finalizzata alla formazione; tale frequenza non determina comunque la costituzione di alcun rapporto di impiego o di lavoro autonomo con la struttura sanitaria presso la quale il tirocinio viene effettuato (articolo 10).

Per quanto concerne il finanziamento della formazione permanente del personale sanitario (articolo 11) va innanzitutto precisato che l'attività educativa post-laurea e post-diploma rientra nei compiti istituzionali dell'università, delle aziende ospedaliere, delle scuole di specializzazione e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Tali istituzioni, pertanto, hanno l'obbligo di svolgere attività educativa post-laurea e post-diploma, compatibilmente con le disponibilità di bilancio, di personale docente e di mezzi didattici. Tuttavia, le istituzioni accreditate alla formazione permanente del personale sanitario possono ricevere contributi finanziari dallo Stato - attraverso il finanziamento di progetti-obiettivo specificamente contemplati dal Piano sanitario nazionale o fondi destinati alla formazione professionale dalla CEE e dal Ministero del lavoro - dalle regioni, da fondazioni nazionali, internazionali ed estere per il sostegno della ricerca scientifica o specificamente dedicate alla formazione del personale sanitario, dalle imprese biomediche, da altre imprese industriali e dagli istituti di credito. I programmi personali di aggiornamento sono finanziati dagli stessi interessati, oppure da fondazioni, imprese biomediche ed altre imprese industriali o da istituti di credito, sempre che si tratti di programmi approvati dalle commissioni regionali per l'educazione continua del personale sanitario. È infine prevista, con l'autorizzazione della commissione regionale per l'educazione medica continua, l'istituzione di fondi collettivi finalizzati al finanziamento di programmi di formazione permanente del personale sanitario, sulla base di accordi e di contratti collettivi promossi in sede nazionale, regionale o provinciale da sindacati o da associazioni degli stessi professio-

nisti. Alla costituzione di tali fondi possono partecipare aziende, imprese biomediche, altre imprese industriali, istituti di credito. Il fondo collettivo può essere autogestito dalla categoria interessata o può essere affidato in gestione ad una o più istituzioni accreditate alla formazione permanente del personale sanitario.

Premesso che la corretta partecipazione all'aggiornamento medico continuo è requisito indispensabile per svolgere l'attività professionale per tutto il personale sanitario senza alcuna eccezione, sono previsti incentivi (articolo 12) per il personale medico che partecipa ai programmi di formazione continua e che consistono per i medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale in un aumento della quota variabile del compenso delle prestazioni nella misura da concordare in sede regionale con l'assessore alla sanità, il direttore generale della unità sanitaria locale e le organizzazioni sindacali in occasione del rinnovo del contratto. Similmente, viene aumentato il compenso per la prestazione professionale resa ai medici specialisti con i quali l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti. Inoltre, i crediti conseguiti per la partecipazione ai programmi di formazione permanente fanno titolo ai fini del curriculum professionale per i concorsi di ammissione al primo livello dirigenziale e di idoneità nazionale per l'accesso al secondo livello dirigenziale del Servizio sanitario nazionale. Sono previsti, infine, sgravi fiscali sia per il personale sanitario che partecipa ai programmi di formazione permanente che per tutti i soggetti giuridici che sovvenzionano programmi accreditati.

Il controllo della corretta partecipazione alla formazione permanente della formazione continua del personale sanitario spetta agli ordini ed ai collegi professionali provinciali. Le sanzioni per i professionisti che non si attengono alle norme previste dalla legge sono comminate dagli ordini e dai collegi provinciali professionali e consistono, per la prima volta, nella diffida a non persistere in tale inadempienza. La non ottemperanza alla diffida comporta la sospensione temporanea della iscrizione al-

l'albo professionale o al collegio professionale sino al completo espletamento di un programma accreditato di formazione. Le irregolarità e le inadempienze delle attività di formazione permanente del personale sanitario da parte delle istituzioni accreditate vengono denunciate dalle commissioni regionali al Comitato nazionale per l'educazione medica continua, al quale spetta il compito di comminare le sanzioni consistenti nella sospensione temporanea o definitiva dell'autorizzazione a svolgere attività educazionali (articolo 13).

Il valore legale dei crediti e l'impiego di denaro pubblico e privato ai fini delle attività educazionali impongono un'attenta sorveglianza dei soggetti promotori di formazione continua. A tale scopo sono necessari meccanismi di controllo della qualità della formazione e della gestione dei crediti sia a livello periferico che a livello centrale. Il primo compito è affidato alle stesse commissioni regionali che accreditano gli enti di formazione continua (articolo 5, comma 1, lettera e)); il secondo compito spetta al Comitato nazionale per l'educazione medica continua, il quale, oltre a raccogliere da parte delle commissioni regionali le denunce delle infrazioni commesse dai promotori di formazione permanente (articolo 13, comma 2), riceve trimestralmente dagli stessi enti pro-

motori di formazione permanente l'elenco delle attività educazionali realizzate al fine di attuare controlli a campione per la verifica di scientificità (articolo 7, comma 5), servendosi per quest'ultimo scopo anche di appositi comitati ispettivi (articolo 4, comma 1, lettera c), numero 12).

Come è stato detto all'inizio di questa relazione, l'assetto organizzativo generale della formazione permanente del personale sanitario che noi proponiamo nel disegno di legge che sottoponiamo all'esame del Parlamento dovrebbe operare sulla base di un *mix* di libera scelta e di programmazione, concernente una pluralità di soggetti istituzionali addetti alla formazione e al suo finanziamento. La libera scelta - pur nell'ambito della obbligatorietà del processo della formazione permanente - dovrebbe incentivare l'efficienza mediante il confronto competitivo dei soggetti che producono formazione; la programmazione dovrebbe invece orientare il processo di formazione verso tutte le finalità volte a migliorare le prestazioni professionali del personale sanitario e l'organizzazione dell'intero Servizio sanitario nazionale.

Alla realizzazione di tali obiettivi è diretto il presente disegno di legge che si compone di 13 articoli, la cui illustrazione risiede nelle considerazioni sin qui esposte.

DISEGNO DI LEGGE**Art. 1.***(Definizione e contenuti)*

1. L'aggiornamento continuo costituisce un dovere del personale sanitario e consiste in una serie di attività educazionali intese a mantenere e sviluppare le conoscenze e l'abilità delle prestazioni professionali e le nozioni che il personale sanitario utilizza per fornire servizi ai pazienti, al pubblico e alla professione, nonché a migliorare le capacità decisionali del personale sanitario nelle scelte diagnostiche, terapeutiche ed organizzative secondo l'analisi costo-beneficio per una favorevole ricaduta sulla spesa sanitaria.

2. Il contenuto dell'attività educazionale è il complesso delle conoscenze e delle attività generalmente riconosciute ed accettate dalla professione all'interno delle scienze mediche di base, delle discipline cliniche, delle cure mediche generali e specialistiche fornite al pubblico ed ai medici.

3. Oggetti dell'attività educazionale continua del personale sanitario sono: la fisiopatologia, la clinica, la diagnostica, la terapia delle malattie, la bioetica, l'epidemiologia, la medicina preventiva, la prevenzione e la terapia delle tossicodipendenze, le attività dei consultori familiari, la prevenzione e l'assistenza ai malati anziani, l'assistenza materno-infantile, l'assistenza ai malati di mente, l'assistenza ai malati in fase terminale, le relazioni medico-paziente, elementi di farmacologia, la lettura critica dei lavori clinici sui farmaci, l'organizzazione e il *management* dei servizi sanitari, l'economia e la statistica sanitaria, l'informatica, la telematica, l'igiene e la sanità pubblica, la medicina scolastica, l'educazione sanitaria nelle scuole e negli ambienti della famiglia, l'educazione alla procreazione, l'educazione sanitaria per l'età evolutiva, la prescri-

zione dei farmaci e delle indagini diagnostiche, la prevenzione ambientale, la prevenzione e la sicurezza degli ambienti di lavoro, la funzione dei farmacisti nelle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria ed ogni altro argomento utile al miglioramento delle prestazioni professionali del personale sanitario e dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale.

4. Le tipologie dell'aggiornamento continuo nel settore medico comprendono attività cliniche guidate ed attività didattiche con seminari, discussioni su casi clinici tra medici ospedalieri e liberi professionisti, programmi di simulazione di casi o problemi clinici assistiti dal *computer*, partecipazione a congressi di società scientifiche nazionali ed estere, a corsi di aggiornamento nazionali e regionali, a programmi di formazione a distanza ed altre metodologie autorizzate dal Comitato nazionale per l'educazione medica continua di cui agli articoli 3 e 4, nonchè partecipazione a studi epidemologici, osservazionali, clinici e di farmacovigilanza purchè autorizzati dal Ministero della sanità.

Art. 2.

*(Categorie professionali
per le quali l'aggiornamento continuo
è obbligatorio o facoltativo)*

1. L'aggiornamento continuo è obbligatorio sin tanto che viene esercitata l'attività professionale per i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta del Servizio sanitario nazionale, per i medici di guardia medica, per i medici di medicina dei servizi, per i medici delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, per i professori di ruolo, per i ricercatori e per il personale tecnico laureato delle facoltà di medicina e chirurgia, per il personale infermieristico e per il personale sanitario con diploma universitario che operano in strutture sanitarie pubbliche e private, per i medici specialisti con i quali l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti per le presta-

zioni sanitarie rese, per i medici generali e specialisti libero-professionisti, per il personale amministrativo delle strutture sanitarie pubbliche, per i farmacisti.

2. L'aggiornamento continuo è facoltativo per i medici in formazione specialistica, per i medici in formazione specifica in medicina generale, per i medici iscritti a corsi di dottorato di ricerca e per i medici che usufruiscono di borse di studio in Italia e all'estero.

3. Gli esami di verifica dei livelli di apprendimento conseguiti con la partecipazione ai programmi di formazione permanente sono facoltativi. La votazione ottenuta costituisce titolo ai fini dei benefici previsti dall'articolo 11.

4. I corsi di riqualificazione del personale sanitario per esigenze del Servizio sanitario nazionale sono assimilati, agli effetti della presente legge, ai programmi di aggiornamento continuo.

Art. 3.

(Organizzazione generale dell'aggiornamento continuo)

1. L'aggiornamento continuo del personale sanitario è attuato attraverso:

a) il Comitato nazionale per l'educazione continua del personale sanitario, nominato e presieduto dal Ministro della sanità e composto di dieci esperti italiani e, se del caso, stranieri, designati dalle società scientifiche con modalità da definirsi con apposito decreto del Ministro della sanità di concerto col Ministro dell'università e della ricerca scientifica, il quale, avvalendosi, anche attraverso apposite convenzioni, di apporti collaborativi di organismi italiani e stranieri qualificati nel settore della formazione e di rappresentanti delle categorie dei soggetti interessati alla formazione continua svolge i compiti di programmazione generale previsti dall'articolo 4;

b) le commissioni regionali per l'educazione continua del personale sanitario, composte di dieci esperti nel settore della formazione nominati dall'assessore regionale alla sanità, con compiti di attuazione,

anche con l'apporto di organismi qualificati nel campo della formazione e di rappresentanti delle categorie dei professionisti interessati alla formazione continua del personale sanitario, delle direttive del Comitato nazionale per l'educazione continua del personale sanitario secondo le modalità previste dall'articolo 5;

c) l'ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, l'ordine provinciale dei farmacisti ed i collegi professionali, ai quali spetta il compito di controllo a livello provinciale della corretta partecipazione all'aggiornamento continuo del personale sanitario e di comminare le sanzioni amministrative, rispettivamente previste dall'articolo 13 della presente legge;

d) istituzioni pubbliche e private, previste dall'articolo 7 addette alla realizzazione dei programmi di formazione continua, al rilascio dei relativi crediti e certificazioni ed agli esami di verifica dell'apprendimento;

e) le società scientifiche individuate con decreto del Ministro della sanità di concerto col Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

Art. 4.

(Compiti del Comitato nazionale per l'educazione medica continua)

1. Il Comitato nazionale per l'educazione medica continua ha lo scopo di:

a) promuovere ed incoraggiare l'elaborazione di principi, politiche e *standard* per la formazione permanente del personale sanitario che diano garanzie di continuità, programmazione e validità;

b) instaurare e garantire un rapporto stretto fra formazione e professione, fra formazione e programmazione sanitaria, fra formazione e servizio;

c) svolgere opera di informazione presso gli enti interessati ai fini dell'ottenimento dell'accreditamento a svolgere compiti di aggiornamento ed in particolare:

1) indicare le linee-guida dei programmi, degli *standard* e delle tipologie

dell'aggiornamento continuo per ciascuna categoria del personale sanitario;

2) stabilire il monte ore annuale da destinare ai programmi di aggiornamento e da ripartire a parti specifiche di essi e alle diverse tipologie, per ciascuna categoria del personale sanitario;

3) dettare norme sui criteri da adottare per il rilascio dei crediti e delle certificazioni di partecipazione ai programmi di formazione, nonché sui criteri di valutazione dell'apprendimento;

4) accreditare corsi, convegni e congressi di livello nazionale validi ai fini dell'aggiornamento;

5) accreditare giornali, riviste e bollettini specializzati nell'informazione obiettiva ed imparziale sulle attività dei farmaci ed indicare criteri editoriali per le pubblicazioni destinate alla formazione continua del personale sanitario;

6) curare con la collaborazione degli ordini e dei collegi provinciali professionali e delle associazioni e società scientifiche la campagna nazionale per sensibilizzare il personale sanitario all'adeguamento continuo della formazione professionale e per raccomandare agli enti che fanno formazione permanente la politica dell'analisi dei bisogni dei cittadini, del servizio e dei medici;

7) curare la pubblicazione annuale di un volume con gli elenchi dei programmi e dei centri di formazione continua del personale sanitario;

8) curare gli scambi di informazione con le autorità competenti degli Stati membri della CEE e di altri Stati per la parte della formazione continua che può essere svolta in quegli Stati e per adeguare i programmi italiani di formazione permanente agli *standard* degli altri Stati membri della CEE;

9) regolamentare i programmi di aggiornamento continuo del personale sanitario promossi dall'industria biomedica;

10) promuovere ricerche e convegni sulle metodologie educazionali e di valutazione delle capacità di apprendimento e della efficacia della formazione attraverso la verifica preventiva e successiva della

validità dei metodi impiegati e dei risultati delle attività di formazione, nonché attività editoriali di testi e di altro materiale didattico utili alla formazione permanente;

11) fungere da organo d'appello nei casi di contestazione tra ordini e collegi professionali, tirocinanti ed istituzioni accreditate alla formazione permanente;

12) costituire, se necessario, comitati ispettivi per il controllo degli enti pubblici e privati di formazione permanente;

13) autorizzare l'istituzione di fondi collettivi, di cui al comma 4 dell'articolo 11, finalizzati al finanziamento di programmi di formazione permanente;

14) comminare le sanzioni previste dalla presente legge agli enti pubblici e privati di formazione permanente nel caso di infrazioni.

Art. 5.

*(Compiti delle commissioni regionali
per l'educazione continua
del personale sanitario)*

1. Le commissioni regionali per l'educazione continua del personale sanitario provvedono a:

a) applicare i principi, le politiche e gli *standard*, definiti dal Comitato nazionale per l'educazione medica continua, accreditando le strutture pubbliche e private che svolgono attività di aggiornamento;

b) sensibilizzare le istituzioni verso programmi di formazione continua che diano garanzia di pertinenza e validità;

c) sensibilizzare i medici ed il personale sanitario a partecipare a programmi di formazione permanente accreditati;

d) agire come ente di accreditamento preventivo delle istituzioni pubbliche e private addette alla formazione permanente del personale sanitario;

e) verificare direttamente il rispetto dei principi e degli *standard* di accreditamento da parte degli enti promotori di formazione permanente.

Art. 6.

(Compiti degli ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri e degli Ordini provinciali dei farmacisti e dei collegi professionali)

1. Gli ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri e gli ordini provinciali dei farmacisti ed i collegi professionali controllano a livello provinciale la correttezza nella partecipazione del personale sanitario ai corsi di formazione continua, anche attraverso l'adozione di un libretto personale di formazione, di cui all'articolo 9, nonchè propongono nei casi di infrazione delle norme regolamentari le sanzioni amministrative previste dall'articolo 13.

Art. 7.

(Istituzioni addette all'aggiornamento continuo)

1. La formazione permanente del personale sanitario può essere svolta dalle seguenti istituzioni, da sole o in collaborazione tra di loro, di propria iniziativa o su richiesta degli ordini e dei collegi professionali o delle categorie dei professionisti interessati:

- a) facoltà universitarie;
- b) aziende ospedaliere;
- c) scuole di specializzazione riconosciute nell'ambito della CEE;
- d) istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
- e) istituzioni sanitarie di riconosciuta elevata qualificazione dei Paesi membri della CEE e di altri Paesi;
- f) società ed associazioni scientifiche nazionali ed estere;
- g) imprese biomediche;
- h) agenzie, accademie, fondazioni nazionali, internazionali ed estere, qualificate nel settore della formazione sanitaria;
- i) istituti di credito.

2. Per i soggetti giuridici di cui alle lettere g) ed i) del comma 1, lo svolgimento

di attività nel campo dell'aggiornamento culturale del personale sanitario, quando non gestite in collaborazione con i soggetti giuridici di cui alle lettere *a)*, *b)*, *c)*, *d)*, *e)*, *f)* e *h)*, del comma 1, è subordinato all'autorizzazione delle commissioni regionali per l'educazione medica continua.

3. Il rilascio della certificazione di partecipazione ai programmi di formazione continua e gli esami di verifica dei livelli di apprendimento sono affidati alle medesime organizzazioni accreditate alla esecuzione dei programmi. Nell'ambito delle attribuzioni di cui alla lettera *c)* del comma 1 dell'articolo 4, il Comitato nazionale per l'educazione medica continua, fissa i criteri per la determinazione delle prove da sostenere al termine dei programmi di aggiornamento.

4. Le istituzioni di cui alle lettere *a)*, *b)*, *c)*, *d)*, *f)*, *g)*, *h)* e *i)* del comma 1 devono comunicare trimestralmente al Comitato nazionale per l'educazione medica continua l'elenco delle attività realizzate al fine di consentire a detto Comitato un controllo a campione per la verifica di scientificità.

5. Le istituzioni di cui alle lettere *a)*, *b)*, *c)*, *d)* ed *e)* del comma 1 provvedono, su richiesta delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, ad effettuare corsi di riqualificazione per il personale sanitario infermieristico, tecnico ed amministrativo destinato per esigenze di mobilità a compiti e mansioni differenti da quelli precedentemente espletati.

Art. 8.

(Libertà di scelta dei programmi di aggiornamento)

1. La scelta dei programmi di aggiornamento continuo o di parti specifiche di essi è libera, purchè mantenuta nell'ambito delle opzioni offerte dalle istituzioni autorizzate e delle attività professionali dell'interessato, nonchè degli *standard*, delle tipologie e della durata stabiliti dai criteri generali per ciascuna categoria professionale indicati dal Comitato nazionale per l'educazione medica continua.

2. Per esigenze inerenti alle proprie attività professionali e nel rispetto delle libertà culturali individuali possono essere proposti dai singoli professionisti piani di studio personali, validi ai fini dell'aggiornamento continuo purchè approvati dalle commissioni regionali per l'educazione continua del personale sanitario di cui alla lettera *b*) del comma 1 dell'articolo 3.

Art. 9.

(Libretto personale di formazione permanente)

1. Gli ordini ed i collegi professionali provinciali rilasciano a ciascun tirocinante un libretto personale di formazione permanente nel quale vengono annualmente annotati:

- a*) i programmi di aggiornamento continuo;
- b*) la certificazione con i relativi crediti e l'eventuale punteggio dell'esame di verifica;
- c*) la vidimazione degli ordini e dei collegi professionali provinciali;
- d*) le eventuali sanzioni amministrative.

2. Il libretto è compilato sulla base di una schema predisposto dal Comitato nazionale per l'educazione medica continua.

Art. 10.

(Diritti e doveri dei tirocinanti)

1. Non sussiste alcun obbligo di retribuzione dei tirocinanti per la loro frequenza nei reparti clinici e nei laboratori finalizzata alla formazione permanente. Tale frequenza non determina comunque la costituzione di alcun rapporto di impiego o di lavoro autonomo con le strutture sanitarie presso le quali il tirocinio viene svolto.

Art. 11.

(Finanziamento delle attività educazionali)

1. Le attività nel settore della formazione permanente del personale sanitario costitui-

scie parte integrante dei doveri istituzionali dei soggetti giuridici di cui alle lettere *a)*, *b)*, *c)* e *d)*, del comma 1 dell'articolo 7 e da tali soggetti devono essere svolti anche senza alcun specifico contributo finanziario, nell'ambito delle disponibilità di bilancio, di personale docente e di mezzi didattici.

2. Le istituzioni accreditate alla organizzazione dei programmi di aggiornamento continuo del personale sanitario possono ricevere contributi finanziari da:

a) lo Stato, attraverso finanziamenti di progetti-obiettivo sulla formazione permanente del personale sanitario specificamente previsti dal Piano sanitario nazionale ed attraverso fondi CEE e fondi del Ministero del lavoro e della previdenza sociale destinati alla formazione professionale;

b) le regioni, in rapporto alle proprie disponibilità di bilancio;

c) le fondazioni nazionali, internazionali ed estere per il sostegno della ricerca scientifica o specificamente dedicate alla formazione del personale sanitario;

d) le imprese che esercitano la loro attività nel campo della biologia e della medicina ed altre imprese industriali;

e) gli istituti di credito.

3. I piani di studio personali di aggiornamento, di cui al comma 2 dell'articolo 8, possono essere finanziati dai soggetti giuridici di cui alle lettere *d)* ed *e)* del comma 2 del presente articolo, purchè approvati dalla Commissione regionale per l'educazione continua del personale sanitario.

4. Possono essere istituiti, previa autorizzazione del Comitato nazionale per l'educazione medica, fondi collettivi finalizzati al finanziamento di programmi di formazione permanente del personale sanitario. Le fonti istitutive dei suddetti fondi sono le seguenti:

a) contratti e accordi collettivi regionali od anche nell'ambito di una o più unità sanitarie locali o aziende ospedaliere, ovvero accordi promossi da sindacati firmatari di contratti collettivi nazionali di lavoro;

b) accordi tra categorie di professionisti promossi da loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale o da società

ed associazioni scientifiche nazionali o regionali;

c) regolamenti di enti o aziende o enti locali o associazioni o da società scientifiche nazionali e regionali senza scopo di lucro o fondazioni, accademie ed agenzie;

d) imprese biomediche ed altre imprese industriali;

e) istituti di credito.

5. Il fondo collettivo è autogestito ovvero può essere affidato in gestione mediante convenzione ad una o più istituzioni accreditate alla formazione permanente del personale sanitario.

Art. 12.

(Incentivi e facilitazioni fiscali)

1. La corretta partecipazione all'aggiornamento continuo è requisito indispensabile per essere assunti nel Servizio sanitario nazionale o per intrattenere appositi rapporti con quest'ultimo e per svolgere attività di medico di medicina generale e di pediatria di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, di medico di guardia medica e di medicina dei servizi, di medico specialista libero-professionista o con il quale l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un compenso predeterminato a fronte della prestazione resa, di personale sanitario laureato dipendente delle aziende ospedaliere, delle università e dei presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, di farmacista.

2. Per i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale e per i medici di guardia medica e di medicina dei servizi, i crediti conseguiti per la partecipazione ai programmi di formazione permanente costituiscono titolo in sede di rinnovo triennale del contratto ai fini dell'incremento della quota variabile del compenso delle prestazioni professionali, in misura da concordare a livello regionale, compatibilmente con le risorse a disposizione del bilancio, con l'assessore alla sanità, il direttore generale dell'unità sanitaria locale e le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative

in campo nazionale. Con le medesime modalità, i crediti ottenuti per la partecipazione ai programmi di formazione continua costituiscono titoli per l'aumento del compenso per prestazione dei medici specialisti con i quali l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un compenso predeterminato a fronte della prestazione resa.

3. I crediti conseguiti con la partecipazione ai programmi di formazione permanente sono valutati ai fini del *curriculum* professionale nei concorsi di ammissione al primo livello dirigenziale e di idoneità nazionale per l'accesso al secondo livello dirigenziale, secondo criteri fissati dal decreto del Ministro della sanità previsto al comma 5 dell'articolo 17 del decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche.

4. Alle spese sostenute dal personale sanitario per la partecipazione a corsi accreditati di formazione permanente - comprendenti spese di soggiorno, di viaggio, di acquisto di libri e materiale didattico - si applica l'articolo 65 del testo unico delle imposte sui redditi approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.

5. Ai contributi liberali elargiti dalle imprese biomediche e da tutti i soggetti giuridici privati che finanziano programmi di formazione permanente accreditati si applica l'articolo 65 del testo unico delle imposte sui redditi approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni. Si applicano inoltre i contributi a fondo perduto, i contributi in conto interessi, nonché i benefici fiscali previsti dalle leggi statali per le imprese che operano nel Mezzogiorno. Tali benefici sono cumulabili con quelli derivanti dalle normative comunitarie.

6. Sono esonerate dall'obbligo di cui al comma 3 dell'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 541, le istituzioni scientifiche non a fine di lucro, comprese le accademie, le agenzie, le fondazioni, le università e le aziende ospe-

daliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico che organizzano attività di aggiornamento continuo in campo sanitario, incluse quelle previste dall'articolo 8 della legge 19 novembre 1990, n. 341.

7. Ai fondi collettivi di cui al comma 4 dell'articolo 11 si applica il regime tributario previsto dall'articolo 14 del decreto legislativo del 21 aprile 1993, n. 124, per i fondi di pensione. Ai contributi versati dagli aderenti al fondo si applica l'articolo 10, comma 1, lettera *m*) del testo unico delle imposte sui redditi approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, nonchè la disposizione di cui all'articolo 48, comma 2, lettera *a*) del medesimo testo unico, e successive modificazioni.

Art. 13.

(Sanzioni)

1. Gli ordini professionali ed i collegi professionali sono tenuti a controllare la corretta partecipazione del personale sanitario ai corsi di formazione continua, nonchè a comminare le sanzioni ai professionisti inadempienti. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli ordini o dai collegi professionali sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

2. Le commissioni regionali per l'educazione continua del personale sanitario controllano il corretto svolgimento delle attività delle istituzioni pubbliche e private accreditate alla formazione permanente ed informano il Comitato nazionale per l'educazione medica circa le eventuali infrazioni.

3. I professionisti con obbligo di partecipazione ai programmi di formazione permanente, nel caso di non ottemperanza a tale obbligo, sono diffidati dagli ordini provinciali o dai collegi professionali a continuare ad astenersi dalla partecipazione ai programmi di formazione. In caso di persistenza nell'inadempienza, si applica la sospensione alla iscrizione all'albo o al collegio sino al completo espletamento del

programma annuale accreditato di formazione.

4. Le infrazioni commesse dalle istituzioni addette alla organizzazione dei programmi di informazione permanente sono comminate dal Comitato nazionale per l'educazione medica continua e consistono nella sospensione temporanea o definitiva dell'accreditamento allo svolgimento di attività di formazione oltre che dei benefici di cui ai commi 5 e 6 dell'articolo 12 per cinque anni.

5. La non ottemperanza alla cura del libretto personale di formazione di cui all'articolo 9, senza motivate giustificazioni, comporta, previo invito al rispetto di tale obbligo, la sospensione temporanea della iscrizione all'albo professionale.