

Alla Stato Regioni l'Accordo che rinnova la Formazione continua in medicina

Ecm: le novità

Il provvedimento all'esame dei tecnici nasce dalla necessità di dare uniformità alla disciplina del settore e una chiara ripartizione delle competenze amministrative tra Stato e Regioni. Attesi "Manuali" ad hoc stilati dalla Commissione nazionale che completeranno l'operazione di restyling

Meno burocrazia, definizione chiara su chi deve fare cosa, uniformità su tutto il territorio nazionale dell'offerta formativa e della qualità dell'assistenza nell'interesse dei pazienti e della collettività. L'Educazione continua in medicina si rifà il look in 97 articoli che ne ridefiniscono i "connotati" a 12 anni dalla sua istituzione. A fine gennaio è stato trasmesso alla Conferenza Stato Regioni lo schema di Accordo sul documento "La formazione continua nel settore salute" che sarà discusso dai tecnici per poi ricevere il via libera definitivo nella prima seduta utile. Un provvedimento che, sottolinea nella premessa il ministro della Salute, nasce dall'esigenza di dare da un lato "organicità alla disciplina del settore" e dall'altro una "chiara ripartizione delle competenze amministrative tra Stato e Regioni per creare un sistema coerente di regolamentazione amministrativa che assicuri un uniforme miglioramento qua-



litativo dell'assistenza e della formazione continua su tutto il territorio nazionale".

Le novità. Con l'Accordo, e con i "Manuali" ad hoc che completeranno l'operazione di restyling (saranno ultimati nelle prossime settimane dalla Commissione nazionale Ecm, ma possiamo anticipare alcuni contenuti), si snelliscono procedure e si eleva la qualità della formazione, rispondendo così alle istanze di provider e professionisti. Grazie al provvedimento, saranno alleggeriti alcuni degli obblighi dei provider nelle procedure di presentazione di documenti. Mentre ci saranno nuovi criteri per l'attribuzione dei crediti agli eventi (ad esempio, un'ora di formazione potrebbe ricevere maggiore credito rispetto all'attuale se i corsi avranno un numero di partecipanti inferiore a 100).

I professionisti potranno invece fare affidamento sul "Dossier formativo", che andrà a regime con l'Accordo, e grazie la quale sarà possibile, per chi lo vorrà, transitare da una formazione basata solo sulla quantità dei crediti cumulati, a quella sulla qualità dei crediti (saranno legati alla professione, alla disciplina e alla specializzazione esercitata dal professionista). In sostanza, all'inizio di ogni triennio di formazione, il professionista potrà costruire il proprio Dossier indicando quali sono le sue specifiche necessità formative. Tutti gli eventi ai quali parteciperà saranno registrati dal sistema Cogeaps e verificati dal professionista, che al termine del percorso, riceverà dei bonus, o meglio degli "sconti" sul numero dei crediti da totalizzare. Non solo, il Dossier sarà utile anche ai provider per capi-

re quali sono le esigenze formative dei professionisti.

Ma entriamo nello specifico del provvedimento. Sono due i livelli su cui si giocherà la partita: nazionale e regionale. Questo per assicurare omogeneità sul territorio e una chiara definizione di compiti e ambiti di azione.

La governance del sistema sarà prerogativa della Commissione nazionale Ecm (presieduta dal ministro della Salute coadiuvato

dal coordinatore della Commissione salute e dal Presidente Fnomceo) e alla quale spetta il compito di determinare standard minimi di qualità e molto altro ancora. La bibbia è il "Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi Ecm" che la Commissione sta portando a termine e che conterrà requisiti e regole alle quali attenersi per l'accREDITAMENTO dei provider e la disciplina degli eventi formativi. A supporto del Manuale nazionale ci saranno poi i "Manuali regionali di accreditamento per l'erogazione di eventi Ecm", il "Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario" e quello per "le verifiche dei provider" che dovranno sempre essere approvati dalla Commissione.

Mentre l'attuazione amministrativa sarà in capo alle Regioni e alle Province autonome che dovranno programmare la formazione continua in base alle esigenze territoriali "assicurando il raggiungimento e promuovendo il miglioramento dei livelli di qualità formativa definiti quale standard minimo a livello nazionale". Ma non solo, le Regioni potranno prevedere requisiti di accreditamento ulteriori rispetto agli standard minimi stabiliti nel "Manuale nazionale" purché "oggettivamente idonei a elevare la qualità dell'offerta formativa".

A verificare che si rispettino le regole, ci saranno l'Osservatorio nazionale Ecm e un Comitato di garanzia (che potranno, tra l'altro, anche effettuare visite direttamente nel luogo di svolgimento

to dell'evento formativo) - oltre alla Segreteria della Commissione nazionale - che a loro volta dovranno attenersi a quanto previsto nel "Manuale delle verifiche". Anche le Regioni potranno istituire propri organi di verifica o in alternativa stipulare con Agenas accordi a titolo oneroso per lo svolgimento di attività di verifica. Ma sempre previa l'approvazione della Commissione nazionale.

Prevista infine una Consulta nazionale che darà alla Commissione nazionale pareri non vincolanti su questioni di carattere generale.

Le violazioni sono classificate e disciplinate in "molto gravi", "gravi" e "lievi". Al provider che incapperà in violazioni molto gravi verrà revocato l'accREDITAMENTO e dovrà rimanere in stand by per due anni prima di ripresentare istanza di accREDITAMENTO provvisorio. La violazione grave comporterà la temporanea sospensione dell'accREDITAMENTO (da un minimo di 15 giorni ad un massimo di un anno in caso di più violazioni). La "pena" per la violazione lieve si limiterà ad un ammonimento.

I crediti formativi. I criteri per determinare il numero dei crediti da attribuire ai singoli eventi formativi saranno stabiliti nel "Manuale"; il numero dei crediti che i professionisti dovranno conseguire nel triennio formativo saranno stabiliti dalla Commissione nazionale e continueranno a essere registrati in un'unica anagrafe nazionale gestita dal Cogeaps. **Y**

Di Mezzogiorno e coesione sociale: via libera dalla Camera

Stanziati 100 mln per radioterapie al Sud, 50 mln in più per non autosufficienze e 70 mln alla sanità di Taranto

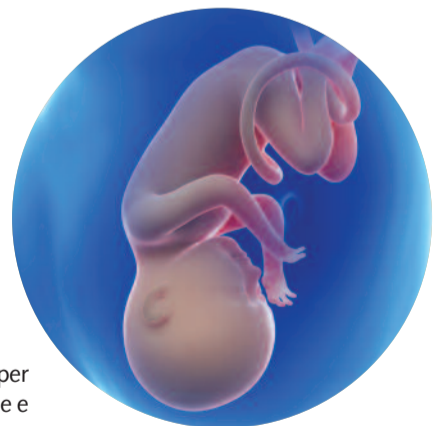
L'8 febbraio scorso l'Aula della Camera ha approvato il decreto legge sulla coesione sociale e il mezzogiorno. Il testo contiene al suo interno alcune importanti misure di carattere sanitario, a cominciare dall'autorizzazione all'utilizzo di una quota di 100 milioni di euro, per la riqualificazione e l'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle regioni Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Basilicata, Sicilia e Sardegna. Una misura, questa, ottenuta grazie all'approvazione in Commissione Affari costituzionali di un emendamento a prima firma Maria Amato (Pd). Si prevede poi uno stanziamento nel limite di 50 milioni nel 2017 e di 20 milioni nel 2018 alla regione Puglia per la realizzazione di interventi in favore delle strutture sanitarie pubbliche dei Comuni di Taranto, Statte, Crispiano, Massafra e Montemesola. Infine, viene incrementato di 50 milioni, per il 2017, lo stanziamento del Fondo per le non autosufficienze. Il testo è passato ora all'esame del Senato.

Camera. Approvate 9 mozioni bipartisan contro il citomegalovirus

Nei testi delle mozioni presentate da quasi tutti i gruppi parlamentari, e approvate il 9 febbraio scorso dall'Assemblea, si chiede al Governo un impegno su diversi fronti: dall'avvio di campagne informative, alla possibilità di predisporre un censimento nazionale dei casi, fino alla ricerca e alla prevenzione

La Camera scende in campo contro il citomegalovirus. Il 9 febbraio scorso l'Assemblea di Montecitorio ha approvato nove mozioni bipartisan sul tema che impegnano il Governo su diversi fronti: dalla prevenzione alla corretta informazione fino alla ricerca. L'infezione da citomegalovirus, si legge nelle premesse alle mozioni, è "un problema poco conosciuto e sottodiagnosticato, che colpisce un bambino su sette neonati nel nostro Paese". Si stima che l'infezione da citomegalovirus sia talmente diffusa (soprattutto tra portatori inconsa-

pevoli) da interessare tra il 60 per cento e il 90% della popolazione e che in Italia vi siano, ogni anno, 5.000 casi d'infezione congenita di neonati, ossia casi d'infezione in cui una donna incinta infetta trasmette l'infezione al feto. Su mezzo milione di nati: 2.750 hanno sintomi alla nascita; 800 circa nascono ogni anno con disabilità permanenti di vario tipo e 1 bambino al giorno nasce con disabilità molto gravi: neurologiche, sordità, malformazioni, difetti di sviluppo cerebrale fino a cecità". Difficile fare diagnosi retrospettive, si evidenzia, per cui molte disabilità



non sono attribuite al citomegalovirus anche perché il virus può dare conseguenze tardive, avendo sintomi specifici, complicando ulteriormente l'inquadramento diagnostico. Anche i pediatri hanno, infatti, grande difficoltà a stabilire i danni attribuibili al citomegalovirus. Inoltre "i medici di base e anche molti ginecologi non informano le gestanti della necessità di sottoporsi ai test

► Segue a pagina 28

► Segue da pagina 6

Camera. Approvate 9 mozioni bipartisan contro il citomegalovirus

e delle eventuali conseguenze per il feto se il virus è contratto in gravidanza".

"A questo proposito non esiste un reale coordinamento informativo che aiuti alla prevenzione del citomegalovirus; con riferimento a questo dannosissimo virus lo Stato italiano non riconosce lo screening obbligatorio gratuito in gravidanza, comportando de facto uno screening spontaneo e disomogeneo nelle varie realtà regionali con la conduzione ovvia di iter procedurali non corretti".

Tra le iniziative per contrastare l'infezione da citomegalovirus e i rischi di conseguenze per il nascituro alcune mozioni sottolineano in particolare l'importanza di: "facilitare la conoscenza dei rischi dell'infezione da citomegalovirus, in particolare tra medici di base, pediatri e ginecologi, attraverso una corretta e capillare informazione sulla patologia in questione, in modo da non sottovalutare i sintomi che

spesso di presentano in forma molto lieve, ma non per questo meno insidiosa per il feto"; "sensibilizzare i medici ginecologi e le future madri affinché si sottopongano ad uno screening, in fase preconcezionale o al massimo entro le primissime settimane di gravidanza, in modo da accertarsi se è stato contratto in passato il virus"; la realizzazione di "programmi di formazione dei medici e in particolare dei medici di base e dei ginecologi".

Ai fini di un eventuale screening sistematico delle donne gravide (attualmente non universalmente raccomandato), la mozione a prima firma **Pierpaolo Vargiu (Ci)**, impegna il Governo "a valutare l'opportunità di incaricare l'Istituto superiore di sanità, con la possibile collaborazione delle società scientifiche, di effettuare una accurata valutazione dei migliori protocolli scientifici internazionali per verificare se esistano evidenze certe che inducano ad introdurre in Italia un sistema di screening sistematico e di diagnosi precoce della eventuale sieroconversione per il citomegalovirus delle donne in gravidanza, da cui conseguano eventuali diagnosi precoci sul feto ed eventuali interventi profilattici o terapeutici in grado di ridurre significativamente il rischio di danni temporanei o permanenti al prodotto del concepimento".

Sul sito www.aogoi.it, in allegato all'articolo, il testo delle mozioni a prima firma: Valentina Vezzali (Ala); Marco Rondini (Ln); Rocco Palese (CoR); Paola Binetti (Udc); Maria Amato (Pd); Beatrice Brignone (Possibile); Maria Gullo (Fi); Pierpaolo Vargiu (Ci)

Il rischio di trasmissione del CMV per via verticale materno-fetale, secondo dati dell'Iss, è assai elevato (30-40%). La frequenza di infezione neonatale è oggi molto alta (1:100), superiore di 4 volte a quella della toxoplasmosi e di 50 volte a quella della rosolia



► Segue da pagina 7

Tumore al seno. Dal Senato 5 mozioni per migliorare l'assistenza

a valutare l'opportunità di istituire un meccanismo premiante, anche di tipo fiscale, per i cittadini che si sottopongono a screening.

La sen. Dirindin (Pd) ha illustrato la mozione n. 713 che impegna il Governo a promuovere la realizzazione di un'efficiente e capillare rete di centri di

senologia per garantire i migliori trattamenti diagnostici e terapeutici in tutte le Regioni; a monitorare nelle diverse Regioni l'andamento dei programmi di screening; a prevedere interventi per l'estensione in tutte le Regioni dei programmi di screening a favore delle donne dai 45 ai 49 anni sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

La sen. Gambaro (Ala) ha illustrato la mozione n. 719 che impegna il

Governo a potenziare i programmi di screening in tutte le Regioni; ad attivare le breast unit (raccomandazioni europee cui devono attenersi i centri di senologia); a potenziare il monitoraggio dei dati regionali; a istituire finanziamenti ad hoc per la valutazione di progetti da parte di revisori di chiara fama internazionale; a garantire l'attivazione dei centri di senologia in tutte le Regioni entro il 2017; a favorire la creazione di laboratori transnazionali.

Alla discussione hanno partecipato le sen. **Fucksia (Misto)**, **Anitori (AP)** e **Padua (PD)** le quali hanno ricordato che ogni anno 46.000 donne si ammalano di tumore al seno che costituisce la prima causa di mortalità per tumore nella popolazione femminile; i fattori di rischio della patologia, che aumentano con l'età, sono riproduttivi, ormonali, dietetici e metabolici.

Il Sottosegretario di Stato per la salute **Faraone** ha espresso parere favorevole su tutte le mozioni, a condizione che diversi

impegni siano riformulati con l'introduzione della formula "a valutare l'opportunità di".

Hanno svolto dichiarazione di voto i sen. **D'Ambrosio Lettieri (CoR)**, **Silvana Comaroli (LN)**, **Mazzoni (ALA)**, **Alessia Petra-**

glia (SI-Sel), **Aiello (AP)**, **Gaetti (M5S)**, **Maria Rizzotti (FI-PdL)**, **Emilia Grazia De Biasi (PD)**.

Sul sito www.aogoi.it, in allegato all'articolo, il testo integrale delle mozioni

D'Ambrosio Lettieri (CoR): "Numero di Breast unit ancora troppo basso, e molte le differenze regionali"

"Il numero di Breast unit attualmente operative su tutto il territorio italiano è inferiore rispetto al numero di Centri attivabili secondo i requisiti previsti dalle direttive europee - ha dichiarato Luigi d'Ambrosio Lettieri (CoR/Direzione Italia) e componente della Commissione Sanità del Senato - non tutte le Regioni le hanno attivate e vi sono disparità, soprattutto tra Nord e Sud. È un fatto inaccettabile che deve essere affrontato urgentemente con interventi adeguati. Mi auguro che la mozione presentata a mia prima firma, approvata insieme a quelle degli altri colleghi di maggioranza e minoranza, possa rappresentare un passo concreto in avanti verso una scelta di civiltà". Come si evince dai dati diffusi dalla Lega Italiana della Lotta contro i Tumori (Lilit), ha ricordato d'Ambrosio Lettieri, il tumore alla mammella è aumentato del 30% tra le giovani donne fino a 50 anni di età, rappresenta il big killer delle donne, e l'aumento dell'incidenza del tumore al seno, nell'ultimo quinquennio è stata pari al 15% e, secondo una stima, nel 2016 i casi di cancro alla mammella saranno oltre 50mila; di questi oltre 5mila si potranno registrare nelle regioni meridionali, quali Puglia e Basilicata. "Gli strumenti che

hanno consentito di ridurre l'incidenza della mortalità per cancro alla mammella (le possibilità di guarire riguardano l'80-85% dei casi), oltre alla pratica di uno stile di vita sempre più salutare e attento - ha aggiunto - sono l'introduzione di una diagnostica strumentale sempre più sofisticata e di nuovi farmaci in grado di colpire le cellule malate senza intaccare quelle sane".

"Gli investimenti economici che dovrebbero essere messi in conto per ampliare la fascia di età delle persone coinvolte nello screening gratuito garantito dal Ssn sarebbero assolutamente inferiori alle risorse che la malattia neoplastica richiederebbe in termini di assistenza e cura dei pazienti. Fermo restando che nessun conto economico vale più di una vita umana".



Dirindin (Pd): "Nuovi strumenti di prevenzione per combattere il tumore alla mammella"

"Promuovere la realizzazione di un'efficiente e capillare rete di centri di senologia, integrati con i programmi di screening organizzati, in grado di garantire i migliori trattamenti diagnostici e terapeutici nelle diverse fasi della malattia in tutte le regioni del Paese come raccomanda Eusoma (European Society of Breast Cancer Specialists) - ha sottolineato Nerina Dirindin, componente della commissione Sanità del Senato - è una priorità per tutelare la salute delle donne ed è una delle richieste che vogliamo sottoporre al governo con questa mozione unitaria. Centri di senologia che dovranno dotarsi di un sistema di monitoraggio e di produzione di indicatori di qualità simile a quello esistente per i programmi di screening organizzati".

"I dati - ha aggiunto Dirindin - ci dicono che il rischio di essere colpite da questo tipo di carcinoma aumenta con l'età per questo è necessario monitorare con continuità nelle diverse regioni l'andamento dei programmi di screening mammografico, demandando al comitato per la verifica dei Lea l'effettuazione di specifiche rilevazioni concernenti le diverse modalità organizzative e i differenti costi sostenuti

per evidenziare le migliori pratiche e promuovere la loro estensione in tutte le realtà regionali, superando così le inaccettabili differenze che ancora sussistono tra regione e regione. Sarà inoltre importante prevedere specifici interventi per l'estensione in tutte le regioni italiane dei programmi di screening a favore delle donne dai 45 ai 49 anni (fascia di età più sensibile), sulla base delle evidenze scientifiche disponibili".

"Sono proposte che renderanno ancora più efficace la lotta contro il tumore alla mammella e che siamo certe saranno accolte dal governo che, come noi, ha a cuore la salute delle donne" ha concluso Dirindin.

