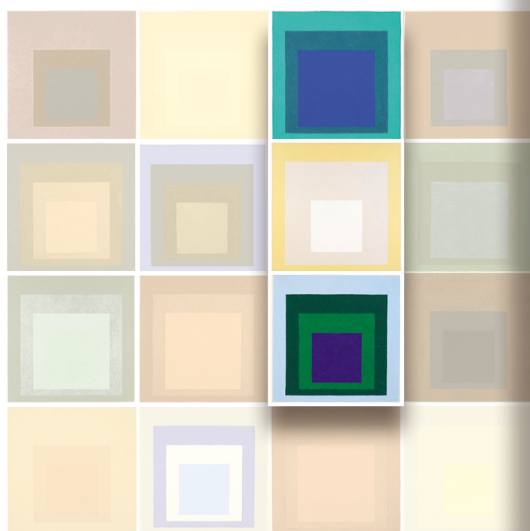




LA FORMAZIONE PER IL GOVERNO CLINICO

CORRADO RUOZI
FRANCESCA TERRI
MARIA BARBARA LELLI



Ministero della Salute

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Regione Emilia-Romagna



Grazie a un finanziamento del Ministero della Salute
nell'ambito dell'Azione A del settore
"Programma nazionale per lo sviluppo del governo clinico
e della qualità del Servizio sanitario nazionale"
"Produzione di un manuale di riferimento per il governo clinico
e la qualità in forma integrata nonché la sperimentazione dello stesso"



**Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento
del Servizio sanitario nazionale
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
EX UFFICIO III**

In collaborazione con l'Azienda USL di Imola



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

PRESENTAZIONE GENERALE

I contributi presentati in questi sette volumi hanno avuto storia e genesi diversa, ma sono accomunati dall'avere il ruolo dei professionisti nelle aziende sanitarie come oggetto di interesse. Alcuni sono stati elaborati nel contesto di un progetto finanziato dal Ministero della Salute e finalizzato alla produzione di un "manuale per il governo clinico", fornendo, nel contesto di quel progetto, i documenti di riferimento per la produzione di materiale utilizzato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e da Ipasvi in iniziative di formazione a distanza. Altri sono l'esito di specifici progetti di ricerca, alcuni finanziati dalla Regione Emilia-Romagna nel suo Programma di Ricerca Regione-Università, altri sviluppati nel contesto delle iniziative della Agenzia Sanitaria e Sociale di quella stessa Regione.

Tutti vedono, sia pure partendo da prospettive diverse, il ruolo dei professionisti nelle organizzazioni sanitarie come centrale, sia esaminando alcuni dei problemi principali su cui i professionisti dovrebbero poter dare il proprio contributo nell'esercizio delle loro responsabilità cliniche ed organizzative, sia indagando empiricamente con specifiche iniziative di ricerca alcuni dei molteplici aspetti che attengono alla partecipazione professionale, a quei processi decisionali che nelle aziende sanitarie riguardano la qualità dei servizi ed il loro sviluppo. In questo senso, questi contributi nel loro insieme intendono riproporre la questione del governo clinico cogliendone l'aspetto essenziale.

Probabilmente il riproporre oggi la questione del governo clinico merita una qualche giustificazione. Questo concetto si è rapidamente diffuso anche nel nostro contesto a partire dalla fine degli anni '90 per poi eclissarsi progressivamente.¹ Nel frattempo, ha avuto modo di vedersi assimilato rapidamente a tematiche limitrofe e pure, in qualche modo almeno, ad esso collegate, delle quali è diventato una sorta di elegante sinonimo. In questo modo, negli scorsi anni, parlare di governo clinico ha voluto dire parlare di audit clinico e *quality assurance*, di linee-guida e di *evidence-based medicine*, di *technology assessment*. In breve, ha significato parlare essenzialmente di strumenti e metodi. Di fatto, varie comunità specialistiche hanno “preso possesso” del governo clinico assimilandolo alle proprie specifiche metodologie ed al proprio ambito di interesse e quel termine ha finito per essere un modo diverso, ed almeno in quella fase più “a la page”, per parlare delle “solite cose”, piuttosto che rappresentare la ricerca di un modo diverso ed innovativo per affrontare i problemi di sempre (quelli della qualità e della sicurezza delle cure, dell'appropriatezza, di un cambiamento tecnologico, ma anche clinico ed organizzativo dentro le aziende da stimolare e governare).

In questo modo, come chi scrive ha già avuto modo in passato di segnalare,² si è finito per concentrare l'attenzione su strumenti e metodi (quelli della valutazione della qualità e della sicurezza delle cure, quelli della EBM o del *technology assessment*, a seconda dei casi), ma non sulle condizioni necessarie per fare penetrare efficacemente quegli strumenti nella quotidiana operatività delle organizzazioni sanitarie, tanto meno sulle condizioni necessarie per ottenere che il loro impiego fosse l'esito di un processo di acquisizione di responsabilità da parte dei professionisti clinici, rendendoli soggetto elaborante politiche aziendali a presidio della qualità dei servizi ed efficacemente propositivo relativamente allo sviluppo innovativo. Eppure, il senso del governo clinico e delle sue possibilità innovative stava esattamente nel cercare di cogliere il tema della partecipazione professionale allo sviluppo strategico delle organizzazioni sanitarie, nella ricerca di forme e modalità che stimolassero una diretta responsabilizzazione delle professionalità cliniche nella formulazione delle politiche aziendali direttamente rilevanti per la qualità delle cure, per indirizzare

lo sviluppo delle professionalità e le scelte di innovazione clinica, organizzativa e tecnologica di cui le organizzazioni sanitarie hanno costantemente bisogno.^{2,3}

Oggi, a più di un decennio di distanza dal momento in cui il governo clinico è stato introdotto nel dibattito italiano ed ha cominciato ad essere seriamente considerato dalle politiche, i problemi sembrano altri ed apparentemente molto distanti da queste questioni. Il SSN si trova a dover affrontare significativi problemi di sostenibilità e di riduzione delle risorse a cui si cerca di dare risposta anche con politiche finalizzate ad una robusta razionalizzazione nella struttura dell'offerta assistenziale, ad una revisione complessiva della rete dei servizi ospedalieri e territoriali. Tutte questioni assolutamente cogenti ed urgenti nella contingenza della crisi che investe il Paese e che riduce le risorse disponibili per la sanità, al punto da far apparire il tema della partecipazione professionale nelle aziende sanitarie come non particolarmente rilevante, alla luce dei problemi di sostenibilità dei servizi che il contesto odierno pone alla nostra attenzione.

Tuttavia, crediamo che anche in queste specifiche circostanze il tema della partecipazione professionale mantenga intatta, anzi per certi aspetti veda rafforzata, la propria attualità e rilevanza. Infatti, qualità delle cure ed innovazione sono, in estrema sintesi, le dimensioni della vita di un'organizzazione sanitaria su cui si esprime il governo clinico. Ora, se oggi la preoccupazione principale è rappresentata dalla sostenibilità dei servizi, possiamo ben dire che quelle dimensioni hanno davvero molto a che vedere con il fondamentale problema del mantenere, ed anzi per molti aspetti migliorare, i servizi sanitari in un contesto di risorse limitate. Queste ultime pongono la necessità di profondi e radicali cambiamenti finalizzati alla ricerca di forme più avanzate di razionalizzazione ed efficienza nel modo in cui sono affrontati bisogni assistenziali più complessi ed aspettative dei cittadini più elevate. Si tratta di cambiamenti che riguardano la riconfigurazione delle reti ospedaliere e territoriali, il ridisegno degli ospedali in funzione dell'intensità dei bisogni assistenziali dei pazienti, come pure l'elaborazione e l'implementazione di politiche di concentrazione delle casistiche chirurgiche in funzione dei volumi di attività dei punti di erogazione, per citare solo alcuni degli esem-

più possibili. Ebbene, tutti questi cambiamenti, per essere possibili ed avere gli effetti desiderati, hanno bisogno di essere supportati da un elevato livello di partecipazione professionale, pongono la necessità di acquisire la loro attiva partecipazione al ridisegno dei servizi che questi cambiamenti richiedono, ad esempio in termini di ridefinizione di percorsi assistenziali dei pazienti, di riformulazione dei ruoli e delle competenze professionali.

In questo senso, parlare di partecipazione professionale oggi significa parlare di uno dei determinanti della sostenibilità del SSN, almeno nella misura in cui la partecipazione professionale viene riconosciuta come uno degli ingredienti indispensabili per attivare e sviluppare quei cambiamenti richiesti da una migliore e più sostenibile configurazione delle reti dei servizi.

Non solo. La contingenza attuale finisce per rendere, per così dire, più vistosi i problemi di sempre, quelli che riguardano le concrete modalità di erogazione di servizi e prestazioni. Pensiamo ai temi della variabilità e inappropriatezza nel ricorso a procedure ed interventi nella pratica clinica, a quello di una maggiore sicurezza nei contesti clinico-assistenziali. In altri termini, il tema della qualità, l'esigenza di indirizzare i comportamenti professionali contrastando il ricorso ad interventi, laddove non siano clinicamente giustificati, sono oggi, in un quadro di riduzione delle risorse, se possibile ancora più acuti e di fatto mantengono come centrale la questione del come fare in modo che i comportamenti professionali, le decisioni e le scelte concretamente adottate dai clinici nelle modalità di assistenza siano pienamente coerenti con le finalità istituzionali di assicurare benefici di salute ai pazienti, attraverso interventi efficaci ed appropriati, in condizioni di sicurezza e di efficienza operativa.

Oggi, anche questi “vecchi problemi” sono alla ricerca di nuove possibili soluzioni, o quantomeno di strade innovative. Da questo punto di vista, una riflessione su come alcuni problemi – la variabilità della pratica clinica, l'inappropriatezza – siano stati sin qui affrontati e con quali risultati appare necessaria.^{4,5} In questo contesto, nel corso degli ultimi due decenni almeno è stata dispiegata una pluralità di approcci diversi, non necessariamente mutualmente esclusivi, che, riassumendoli in modo sin troppo schematico e sintetico, possiamo

dire essere stati rappresentati dal ricorso a forme di incentivazione economica, dalla comunicazione al pubblico di informazioni sulla qualità dei servizi nel tentativo di stimolare una maggiore attenzione alla qualità facendo leva sul patrimonio reputazionale degli operatori e delle organizzazioni o indirizzando le scelte dei cittadini. Da questo punto di vista è significativo che siano proprio quei sistemi sanitari che più intensamente e con maggiore determinazione sono ricorsi in questi anni agli approcci citati a manifestare oggi un esplicito interesse verso il ricorso al coinvolgimento ed alla partecipazione professionale, come ulteriore possibile percorso per costruire e consolidare nelle organizzazioni sanitarie un'attenzione sistematica e continuativa alla qualità, interesse che si esprime nell'attenzione elaborativa ed analitica rivolta al tema di quello che viene oggi definito come "clinical engagement".⁶⁻²⁰ Questo concetto si riferisce ad un attivo e positivo contributo fornito dai clinici nell'esercizio delle loro responsabilità al miglioramento delle performance delle organizzazioni, le quali a loro volta riconoscono questo impegno nel sostenere ed incoraggiare un'assistenza di alta qualità.¹¹ Rimanda quindi ad un'idea di partecipazione professionale fortemente propositiva verso i processi decisionali di un'organizzazione che attengono alla qualità ed allo sviluppo dei servizi, una partecipazione pienamente disponibile all'assunzione di responsabilità, che trova il proprio presupposto anche in uno spiccato senso di appartenenza all'organizzazione stessa.⁹ L'interesse per il tema del *clinical engagement*, che, come si vede, ha un'evidente affinità con un'idea di governo clinico fortemente orientata alla partecipazione professionale, trova la propria giustificazione nella consapevolezza che la varietà di strumenti e politiche sin qui adottata per controllare/orientare i comportamenti professionali (ricorrendo al monitoraggio attraverso indicatori, a motivazioni economiche, reputazionali, ecc.) ha inevitabili limiti di applicabilità, effetti collaterali negativi e risultati in generale non risolutivi. Sono quindi strumenti certamente impiegabili e persino imprescindibili oggi per molti aspetti, ma necessitano di un ulteriore ingrediente, per così dire, rappresentato appunto dalla capacità di acquisire la disponibilità delle professioni cliniche a riconoscere i temi della qualità come propri, come parte integrante del proprio ruolo dentro un'azienda, ed a mette-

re in gioco le proprie capacità e competenze al servizio dello sviluppo delle proprie organizzazioni.

In questo senso, quindi, parlare oggi di governo clinico può essere ancora decisamente attuale, a patto che il tema venga riproposto cogliendone l'essenza e spostando l'attenzione dagli strumenti ai contesti in cui tali strumenti dovrebbero essere impiegati, vedendolo quindi come problema non di strumenti e metodologie, magari da perfezionare e sviluppare ulteriormente, ma di *governance*, vale a dire di relazioni interne alle organizzazioni sanitarie, in particolare di relazioni tra clinici e manager o, se si preferisce, tra i clinici e le loro aziende. Diciamo questo evidentemente non per negare o sminuire il valore e le potenzialità di quegli strumenti, ma soltanto per sottolineare come quelle potenzialità rischino di restare largamente inesprese in assenza di una contestuale riflessione sulle aziende sanitarie, sulle loro concrete modalità di funzionamento per quanto riguarda mantenimento e miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, sul tipo di competenze che sono in grado di mettere in campo su questi temi, su come sono allocate le responsabilità per quanto attiene al *quality management* e sul ruolo dei clinici in questo contesto.

Una simile riflessione potrebbe probabilmente portarci a ragionare su alcuni significativi aspetti problematici. Pur tenendo conto della variabilità esistente anche su questi aspetti a livello nazionale, possiamo affermare che, in generale, le nostre aziende sanitarie sono caratterizzate dalla presenza di una significativa articolazione di tecnologie dedicate a presidiare ambiti definiti e relativamente circoscritti (la qualità e l'accreditamento, la formazione professionale, la gestione del rischio e, almeno in alcune realtà come quella dell'Emilia-Romagna, la ricerca e l'innovazione). Una almeno apparente, quindi, ricchezza di dotazione specialistica cui spesso non pare corrispondere un'effettiva efficacia operativa e, soprattutto, un'effettiva pervasività nei contesti clinico-assistenziali delle attività direttamente finalizzate a monitorare e migliorare la qualità dei servizi. In larga misura, qualità e sicurezza delle cure, nelle loro diverse sfaccettature, permangono come temi di interesse delle specifiche tecnologie di riferimento, con un coinvolgimento dei clinici relativamente limitato, per intensità e continuità, e generalmente passivo.

Questa tipologia di assetto aziendale sul *quality management* rende particolarmente pertinente la constatazione che una delle principali contraddizioni che caratterizzano i sistemi sanitari moderni è rappresentata dall'essere contesti spesso avanzatissimi per quanto riguarda la dotazione tecnologica disponibile, ma assolutamente antiquati per quanto attiene invece ai loro assetti organizzativi e di management.²¹ Infatti, non soltanto la parcellizzazione delle tecnostrutture sopra citata rimanda alla necessità di una capacità di sintesi e di *governance* complessiva – generalmente affidata alla direzione sanitaria aziendale – ma risulta fortemente evocatrice di assetti tipici della tradizionale impresa fordista, una delle caratteristiche della quale è rappresentata dalla presenza di una netta separazione tra la linea produttiva e gli ambiti che su tale linea esercitano funzioni di sviluppo, verifica e controllo.

Tuttavia, questo assetto è da tempo già stato messo in discussione e superato nel mondo delle imprese, in particolare laddove l'impresa si confronta con processi produttivi poco o nulla standardizzabili, per la cui realizzazione è indispensabile l'apporto di competenze – anche sofisticate – da parte degli operatori e che richiedono un'azione di costante sorveglianza e manutenzione, esercitata non da soggetti collocati al di fuori del processo, ma direttamente dagli operatori “in linea”.²² Queste caratteristiche generali che hanno portato al superamento del tradizionale modello fordista sono esattamente alcuni dei connotati che caratterizzano la peculiarità delle organizzazioni sanitarie, sotto il profilo della complessità e dell'elevato grado di specializzazione delle competenze degli operatori, dell'elevato grado di flessibilità dei processi di cura, della necessità di una continua azione di sorveglianza, “non delegabile”, almeno non completamente, a soggetti esterni alla linea produttiva. Tuttavia, questo è proprio quel che in larga misura è accaduto nei nostri contesti assistenziali, con la “delega” ad occuparsi di qualità, formazione, gestione del rischio, ricerca&innovazione, attribuita a tecnici, relativamente “distanti” dagli ambiti di produzione, vale a dire dai dipartimenti. Queste considerazioni peraltro acquisiscono un ulteriore significato alla luce delle evidenze empiriche che segnalano come, nel nostro contesto nazionale, siano ancora largamente prevalenti nelle aziende sanita-

rie culture organizzative di tipo gerarchico ascrivibili a quel tipo di paradigma produttivo.²³ Il governo clinico, così come l'abbiamo sin qui conosciuto, non è di fatto riuscito a sanare questa contraddizione tra caratteristiche dei processi produttivi e rigidità delle modalità di management adottate.

Ora, se il governo clinico viene visto a partire dalle premesse che ci siamo dati, non si tratta solo di fornire istruzioni sull'uso di tecniche, ma di rendere possibile e praticabile una responsabile partecipazione professionale. Quest'ultima non è una tecnica, codificabile e trasmissibile con un manuale. È il risultato di relazioni che devono essere costruite e di ruoli e responsabilità che devono essere esercitati. Per questo i contributi di questa collana non si limitano ad illustrare tecniche e metodologie, ma si sforzano di affrontare problemi ed esaminare alcuni temi centrali per le politiche di sviluppo dei servizi ed il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

Detto questo, va anche detto che se il tema è il perseguimento di una responsabile partecipazione dei professionisti clinici ai processi aziendali di mantenimento e sviluppo della qualità dei servizi, questi volumi sono di certo vistosamente insufficienti allo scopo. La partecipazione richiede una molteplicità di condizioni per potersi realizzare, il cui determinarsi è evidentemente al di fuori delle possibilità di semplici contributi scritti. Tuttavia, la partecipazione professionale ha anche la necessità di avere come premessa un sufficiente grado di condivisione e consapevolezza circa le questioni potenzialmente rilevanti per lo sviluppo di un'organizzazione sanitaria ed i principi ed i valori generali con cui tali questioni dovrebbero poter essere affrontate. È a questo livello che si posizionano i contributi di questa raccolta, con l'auspicio che possano essere di una qualche utilità, immaginando il loro impiego anche nel contesto di iniziative di formazione e discussione da avviare nelle aziende sanitarie, come pure come materiale didattico a supporto di iniziative formative rivolte agli studenti di medicina e ai giovani medici in formazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Walshe K. Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *Int J Qual Health Care* 2009; 21: 153-9. [Link alla risorsa]
2. Grilli R, Taroni F. Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.
3. Grilli R. Le opportunità offerte dal governo clinico. Il difficile rapporto tra discrezionalità clinica ed autorità manageriale. *Salute e Territorio* 2005; 152: 306-12. [Link alla risorsa]
4. Moynihan R, Heneghan C, Godlee F. Too much medicine: from evidence to action. *BMJ* 2013; 347: 7141. [Link alla risorsa]
5. Appleby J, Raleigh V, Frosini F, Bevan G, Gao H, Lyscom T. Variations in health care: the good, the bad and the inexplicable. London: The King's Fund, 2011. [Link alla risorsa]
6. Bethune R, Soo E, Woodhead P, Van Hamel C, Watson J. Engaging all doctors in continuous quality improvement: a structured, supported programme for first-year doctors across a training deanery in England. *BMJ Qual Saf* 2013; 22: 613-7. [Link alla risorsa]
7. Denis JL, Baker GR, Black C et al. Exploring the dynamics of physician engagement and leadership for health system improvement. Prospects for Canadian healthcare systems. Ottawa: Canadian Institute of Health Research, 2013. [Link alla risorsa]
8. Brown B, Ahmed-Little Y, Stanton E. Why we cannot afford not to engage junior doctors in NHS leadership. *J R Soc Med* 2012; 105: 105-10.
9. Clark J. Medical engagement. Too important to be left to chance. London: The King's Fund, 2012. [Link alla risorsa]
10. The King's Fund. Leadership and engagement for improvement in the NHS: together we can. London: The King's Fund, 2012. [Link alla risorsa]
11. Spurgeon P, Mazelan PM, Barwell F. Medical engagement: a crucial underpinning to organisational performance. *Health Serv Manage Res* 2011; 24: 114-20.
12. Taitz JM, Lee TH, Sequist TD. A framework for engaging physicians in quality and safety. *BMJ Qual Saf* 2012; 21: 722-8. [Link alla risorsa]
13. The Health Foundation. Are clinicians engaged in quality improvement? A review of the literature on healthcare professionals' views on quality

- improvement initiatives. London: The Health Foundation, 2011. [Link alla risorsa]
14. Parand A, Burnett S, Benn J, Iskander S, Pinto A, Vincent C. Medical engagement in organisation-wide safety and quality-improvement programmes: experience in the UK Safer Patients Initiative. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: e44. [Link alla risorsa]
 15. Macleod D, Clarke N. Engaging for success: enhancing performance through employee engagement. London: Department for Business, Innovation and Skills, 2009. [Link alla risorsa]
 16. Conway J. Getting boards on board: engaging governing boards in quality and safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008; 34(4): 214-20. [Link alla risorsa]
 17. Dickinson H, Ham C. Engaging doctors in leadership: review of the literature. Academy of Medical Royal Colleges, University of Birmingham, Institute for Innovation and Improvement, 2008. [Link alla risorsa]
 18. Spurgeon P, Barwell F, Mazelan P. Developing a medical engagement scale (MES). *International Journal of Clinical Leadership* 2008; 16: 213-23.
 19. Reinertsen JL, Gosfield AG, Rupp W, Whittington JW. Engaging physicians in a shared quality agenda. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2007. [Link alla risorsa]
 20. Neale G, Vincent C, Darzi SA. The problem of engaging hospital doctors in promoting safety and quality in clinical care. *J R Soc Promot Health* 2007; 127:87-94. [Link alla risorsa]
 21. Doctor innovation. Shaking up the health system. London: The Economist Intelligence Unit Limited, 2009. [Link alla risorsa]
 22. Fumagalli A. Bioeconomia e capitalismo cognitivo. Roma: Carocci Editore, 2007.
 23. Calciolari S, Prenestini A, Lega F, Grilli R. Possono i “valori” fare la differenza? Evidenze sull’influenza della cultura organizzativa sul governo clinico. *Mecosan* 2012; 21(82): 9-24.

CONTRIBUTI PER IL GOVERNO CLINICO

Collana a cura di Roberto Grilli

**Corrado
Ruozi
Francesca
Terri
Maria
Barbara
Lelli**

LA FORMAZIONE PER IL GOVERNO CLINICO

Volume 6



Il Pensiero Scientifico Editore

Corrado Ruozi, Francesca Terri, Maria Barbara Lelli

Area Sviluppo delle Professionalità per l'Assistenza e la Salute
Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Regione Emilia-Romagna

Contributi di:

Diletta Priami

Area Sviluppo delle Professionalità per l'Assistenza e la Salute
Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Regione Emilia-Romagna

Marina Ventura

Direzione generale centrale
Organizzazione, personale, sistemi informativi e telematica
Regione Emilia-Romagna

Progetto editoriale realizzato da Il Pensiero Scientifico Editore
per conto dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
della Regione Emilia-Romagna,
grazie a un finanziamento del Ministero della Salute
e in collaborazione con l'Azienda USL di Imola

Prima edizione: dicembre 2014
© 2014 Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale,
Ministero della Salute e Azienda USL di Imola

Prodotto editoriale liberamente fruibile per fini non commerciali;
chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici,
a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione,
purché ne venga citata la fonte

Progetto editoriale: Il Pensiero Scientifico Editore,
Via San Giovanni Valdarno 8, 00138 Roma
Tel. (+39) 06 862821 - Fax: (+39) 06 86282250
pensiero@pensiero.it - www.pensiero.it
www.facebook.com/PensieroScientifico

Impaginazione: Doppiosegno, Roma
Progetto grafico: Studio Rosa Pantone, Roma
Illustrazione di copertina: Josef Albers, *Omaggio al Quadrato*
Coordinamento redazionale: Silvana Guida

ISBN 978-88-490-0510-3

INDICE

1 • GOVERNO CLINICO E FORMAZIONE: PRINCIPI, MODELLI, METODOLOGIA	1
Introduzione	1
Una formazione “data” o “costruita”?	5
Il modello individuo-contesto	6
La formazione a sostegno del governo clinico	7
Accenni metodologici	8
Uno strumento per migliorare l’appropriatezza della formazione: il dossier formativo di gruppo	14
Riflessioni conclusive	26
Bibliografia	27
 2 • L’EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA	 29
Introduzione	29
Gli attori del sistema ECM	32
Gli accordi nazionali ECM 2001-2006	32
Il riordino del sistema ECM	34
Aree tematiche/obiettivi formativi (Accordo Stato-Regioni 19 aprile 2012)	36
I criteri per l’attribuzione dei crediti formativi	39
La governance del sistema ECM	45
 LETTURE CONSIGLiate	 47

1 • GOVERNO CLINICO E FORMAZIONE: PRINCIPI, MODELLI, METODOLOGIA

INTRODUZIONE

Roberto Grilli nel 2004 scriveva: “Il governo clinico non si propone come la nuova, ennesima, metodologia per il miglioramento della qualità: [...] indicatori di performance clinica e di appropriatezza, audit clinico, linee-guida, tecniche di sorveglianza e monitoraggio del rischio clinico non rappresentano certamente delle novità. L’elemento innovativo del governo clinico sta nella consapevolezza che questi strumenti possono essere utili solo se sostenuti da una politica sanitaria che ne incentivi e renda concretamente possibile l’utilizzo, oltre che dalla costruzione di relazioni tra le diverse competenze presenti nelle organizzazioni sanitarie che favoriscano una cultura della responsabilizzazione verso la qualità come dovere istituzionale” (Grilli e Taroni, 2004).

Per creare queste condizioni e per realizzare quindi il necessario cambiamento culturale entro i servizi, Grilli descrive alcuni principi e valori sui quali il governo clinico deve fondarsi: condivisione multidisciplinare e transprofessionale, *evidence-based medicine* (EBM), imparare dall’esperienza, responsabilizzazione, sviluppo professionale. Principi e valori condivisibili anche come guida dei processi formativi. Vediamoli da vicino.

1. *Condivisione multidisciplinare e transprofessionale.* Governare la pratica clinica significa porre l’accento sui processi assistenziali e

sul risultato degli interventi sanitari come esito dell'abilità non tanto del singolo operatore, quanto piuttosto dei team clinici nel loro insieme e del loro grado di coordinamento ed integrazione. Significa anche ribadire che, per ottenere i risultati desiderati, occorre il supporto di un ambiente organizzativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi. Condivisione, gruppi, coordinamento e integrazione, collaborazione: anche la formazione efficace deve definirsi sulla base di questi principi. In particolare, riteniamo che gli apprendimenti possano trasferirsi più facilmente nelle pratiche di lavoro, quando il processo formativo coinvolge tutti gli attori professionali che partecipano ad un risultato di cura. Si tratta di sviluppare, oltre alle competenze tecnico-specifiche, le metacompetenze che consentono un agire comune delle diverse professioni.

2. *Evidence-based medicine*. Nel governo clinico, il principio EBM rimanda alla necessaria facilità nel reperire informazioni scientifiche primarie e secondarie sull'efficacia degli interventi sanitari. Che c'entra questo con la formazione? Come vedremo più avanti, è indispensabile, anche per la formazione, rendere evidenti le condizioni per la verifica della sua efficacia e del suo impatto, e riuscire a prevedere i cambiamenti che essa produrrà nel contesto di riferimento. Di conseguenza, la valutazione *ex post* dell'effettivo impatto sui comportamenti professionali e sui risultati di salute e organizzativi è parte integrante dei processi formativi.

3. *Imparare dall'esperienza*. Nell'ambito del governo clinico, "imparare dall'esperienza" comporta l'utilizzo di strumenti, tecniche e metodologie come l'audit clinico, le carte di controllo, il ricorso ad indicatori di performance, ecc. Nel contesto formativo, lo stesso concetto implica la costruzione di spazi e tempi per fare esperienza, sperimentare, mettersi in gioco, simulare, agire, e successivamente per riflettere sull'agito, al fine di costruire significati nuovi, nuove categorie di comprensione che diano senso al proprio fare professionale.

Il concetto rimanda anche alla formazione sul campo, fondata sulla premessa che persone e sistemi sociali "imparano facendo" e che la stessa esperienza di lavoro – se pensata come "progetto di apprendi-

mento” – riesce ad offrire molteplici opportunità di formazione. Diviene importante perciò ottimizzare e facilitare l’apprendimento delle persone nelle organizzazioni per fare in modo che crescano, si rinnovino e siano capaci di affrontare adeguatamente contesti complessi in cambiamento.

Le aziende sanitarie possono fare della formazione sul campo uno strumento di notevole efficacia. Se il governo clinico rappresenta la miglior garanzia possibile di risultato, mediante il monitoraggio attento e sistematico dei processi attuato con la partecipazione dei professionisti, allora è anche sul campo che questo può realizzarsi. Formarsi sul campo vuol dire attingere dal quotidiano operativo, esplorarlo, rivederlo, valutarlo, modificarlo, sperimentarlo. Significa considerare i problemi di lavoro come opportunità, significa imparare dal fare, ma anche riconoscere nell’azione professionale un elevato valore formativo, esito del confronto con i colleghi, con se stessi, con l’organizzazione, con la letteratura (Pantani e Ruozzi, 2006).

4. *Responsabilizzazione*. Nell’ambito del governo clinico, il problema della responsabilizzazione dei professionisti è inteso come disponibilità ad operare il monitoraggio delle proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi, per rendere trasparente la qualità dell’assistenza. Per evitare lo sviluppo di pregiudizi collegati a percezioni di “logica di controllo” occorrono relazioni, tra gli stessi professionisti, basate sulla fiducia e sulla condivisione di obiettivi. Ma come costruirle? È possibile soltanto attraverso il coinvolgimento degli operatori nel governo delle organizzazioni sanitarie. In questo senso, la “responsabilizzazione” è intesa come il necessario corollario alla “partecipazione”: senza la prima, la seconda diventa una mera rivendicazione dei propri spazi; senza la seconda, la prima non avrebbe modo di esprimersi. La partecipazione e la condivisione di obiettivi sono anche i principi su cui si fonda la formazione, che deve sempre coinvolgere i partecipanti nella costruzione del percorso di apprendimento, attraverso l’analisi dei bisogni¹ e la contrattazione degli obiettivi formativi.

¹ L’analisi dei bisogni rappresenta la *conditio sine qua non* per la formazione e spesso anticipa il

Un contesto di fiducia è inoltre necessario per consentire agli individui che hanno sviluppato un nuovo apprendimento di trovare le condizioni organizzative per poter consolidare la neonata competenza nella pratica di lavoro quotidiana. In altri termini è necessario prevedere spazi “protetti” per gestire una fase di “incompetenza transitoria” caratterizzata dal bisogno di poter esercitare le nuove competenze in un contesto dove l’errore non solo è possibile, ma è anche elemento di ulteriore apprendimento. Quindi, commettere errori e imparare da questi, sganciandosi gradualmente dai comportamenti “sicuri”, da rituali, meccanismi radicati, vecchie abitudini.

5. *Sviluppo professionale.* Negli ultimi anni i sistemi di gestione della formazione nelle aziende hanno fatto i conti con grandi temi legati alla qualità del servizio sanitario (governo clinico, gestione della cronicità, applicazione dei piani regionali per la prevenzione...). In quest’ambito, è necessario costruire, per i professionisti, contesti di “apprendimento complesso”, che incidano non tanto sull’acquisizione di conoscenze o di nuove tecniche, ma sui modelli cognitivi e culturali alla base dell’agire professionale. Nel nostro caso, nell’ambito della formazione per il governo clinico, si punta ad un cambiamento “culturale e valoriale” (riferito al proprio lavoro) e “cognitivo” (relativo alle conoscenze già possedute), che consenta di acquisire la flessibilità necessaria a gestire le innovazioni e i cambiamenti dentro i contesti di cura. Esempi? Nella gestione della cronicità il fine non è più la guarigione, ma la miglior convivenza possibile del paziente con sua la malattia; nella gestione del rischio clinico “l’incidente” non è più percepito come errore, ma come informazione utile e necessaria a migliorare il lavoro di tutti.

percorso formativo, prevedendo la realizzazione di incontri con gruppi rappresentativi del target di riferimento, con i quali si costruisce il percorso formativo e si definiscono gli obiettivi, e la successiva comunicazione del processo a tutto il gruppo dei destinatari. In tutti gli altri casi comunque, l’analisi dei bisogni rappresenta la prima azione formativa in aula, un percorso di co-costruzione degli obiettivi formativi del gruppo dei destinatari, considerando anche le attese dell’organizzazione nei loro confronti.

UNA FORMAZIONE “DATA” O “COSTRUITA”?

Come realizzare dunque una formazione coerente con i principi e gli obiettivi del governo clinico? Uno dei problemi della formazione in qualsiasi ambito è quello relativo all’offerta delle opportunità formative “a catalogo”. In buona sostanza, si determina una separazione tra coloro che pensano alla progettazione della formazione e i docenti. In altre occasioni vengono proposti piani formativi preconfezionati, senza che i destinatari siano consapevoli dei fini che hanno determinato le scelte dei contenuti formativi (Pagano, 2008). Carli e Paniccia (1999) hanno ben distinto una formazione “data” da una formazione “costruita”. Formazione “data” è quella in cui si punta all’erogazione delle attività formative, si realizzano corsi o iniziative seminariali, si progetta la prassi a partire dall’assunto che la formazione c’è, è prevista nell’organico dell’azienda e quindi va realizzata. Per gli autori la formazione, entro l’organizzazione, spesso diventa il “fine” e non il “mezzo” e ignora la relazione tra problemi interni e la richiesta di formazione, traducendosi in una presentazione sistematica e compiuta di pacchetti formativi preordinati.

Per contro, la formazione “costruita” cerca di rispondere ad esigenze emergenti nell’organizzazione o a specifici problemi organizzativi. È contestualizzata, guarda ai gruppi e alle organizzazioni. E diventa efficace se collegata all’azione organizzativa e se coerente con i sistemi culturali e valoriali propri dell’organizzazione e delle comunità professionali.²

Nel caso di una formazione per il governo clinico, l’azione formativa deve partire da obiettivi aziendali riconosciuti e validati dai Collegi di Direzione, e prevedere il coinvolgimento dei destinatari nella progettazione del percorso. Infine deve essere documentata, per

² È necessario distinguere due diversi sistemi valoriali e culturali. Il primo legato all’organizzazione di appartenenza e al ruolo che si ricopre, il secondo al contesto professionale di riferimento. Un esempio: un medico agisce sulla base del sistema valoriale condiviso tra i membri della sua organizzazione, ma non può ignorare quello legato alla professione medica, all’ordine, alla società scientifica di riferimento. La formazione deve dialogare con entrambe le culture.

consentire la condivisione di un linguaggio e di una “cultura” sull’organizzazione, nonché sedimentarsi in apprendimento organizzativo.³

IL MODELLO INDIVIDUO-CONTESTO

Spesso, nel momento in cui ci si confronta con la formazione in un’organizzazione, si considerano solo i singoli individui che la costituiscono. Eppure, se si ripercorrono con la mente i processi formativi a cui si è partecipato, vengono in mente gruppi di persone, interazioni, relazioni, contesti di lavoro.

Qual è dunque l’oggetto privilegiato dell’attenzione formativa? Gli individui non sono considerabili come avulsi dal contesto: sono dentro l’organizzazione, sono attori organizzativi con ruoli e funzioni, la formazione deve coinvolgerli attraverso una condivisione delle domande, dei bisogni, dei problemi di partenza e degli obiettivi da raggiungere. Il focus dell’azione formativa è dunque la relazione fra le persone e il loro contesto organizzativo.

Se, al contrario, l’intervento formativo è centrato sull’individuo e prefigura dunque un apprendimento individuale, rischia di lasciare ai singoli il carico di utilizzare nel contesto aziendale quanto appreso in quello formativo. E la formazione rischia di diventare “apparente” (Maggi, 1974; Boldizzoni e Gagliardi, 1984), vale a dire incapace di incidere nei processi reali di lavoro, perché disancorata dalle condizioni di contesto necessarie per trasferire nella prassi lavorativa le competenze apprese durante le iniziative corsuali. Oltretutto, diventa impossibile valutare il ritorno dell’investimento formativo (Mattalucci e Sarati, 2011), ossia verificare la formazione sotto il profilo della sua utilità nei contesti lavorativi e prevederne gli esiti e le eventuali ricadute.

Al tema del rapporto individuo-contesto si lega quello della formazione *timely* che pone una sfida interessante. La costruzione di una

³ Questo concetto richiama la *learning organization*, definita da Senge (1990) “un’organizzazione in cui non è possibile non imparare poiché in tale contesto imparare è un processo intrinseco della vita professionale. È una comunità di persone che si scambiano costantemente le loro capacità e competenze al fine di creare e concepire nuove idee” (traduzione nostra).

leva gestionale o strategica in grado di proporre la sua efficacia in tempo con i problemi aziendali, organizzativi, strutturali che si intendono affrontare. Ma le cose non vanno sempre così. Spesso alla formazione si attribuiscono altri tempi, i tempi assegnati non a processi organizzativi ma, ancora una volta, individuali. La formazione diventa così uno strumento di medio-lungo periodo, o se si vuole, fuori tempo, e acontestuale. Di qui la tendenza della formazione a sottrarsi ad una verifica che abbia a che fare con la funzionalità organizzativa o comunque con gli obiettivi dell'organizzazione. Sganciata dai problemi o bisogni dell'organizzazione, l'azione formativa è sempre in ritardo nel rispondere alla problematica aziendale e si fonda sulla traduzione, laboriosa quanto inutile, dei problemi aziendali in problemi, comportamenti, competenze, capacità individuali. Una formazione *timely*, al contrario, dovrebbe produrre gli "apprendimenti" nel momento stesso in cui il contesto li richiede.

Un esempio di formazione acontestuale? La formazione alle "relazioni interpersonali" rischia di esserlo. Non è possibile comprendere a cosa ci riferiamo se non definiamo il contesto entro il quale tali relazioni si dispiegano. Senza una sua definizione, il termine "relazioni interpersonali" non ha nessun significato. Oltretutto, come sostengono Carli e Paniccia, le relazioni entro un'organizzazione non sono mai "interpersonali", ma fondate su ruoli, funzioni, appartenenze, modelli culturali e sistemi di valori, regole del gioco esplicite e implicite (Carli e Paniccia, 1999).

LA FORMAZIONE A SOSTEGNO DEL GOVERNO CLINICO

Il governo clinico propone un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma di indirizzare i sistemi assistenziali verso questo specifico obiettivo.

Confrontati con grandi temi come il governo clinico, i sistemi formativi aziendali non possono porsi come "corsifici" (Ruozi, 2007), producendo esclusivamente piani formativi esito di somme di singoli

corsi, senza traccianti chiari e definiti delle competenze necessarie a sostenere i processi di cura. Occorre invece una formazione che abbia delle ricadute sugli assetti organizzativi e quindi sui comportamenti professionali a sostegno dei progetti di sviluppo dentro le aziende sanitarie. Il governo clinico è, infatti, un progetto di sistema che incide strutturalmente e culturalmente sulle attività organizzative delle istituzioni e sull'agire professionale. L'attenzione all'efficacia e all'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni sanitarie, declinata nell'utilizzo degli strumenti del governo clinico, deve diventare parte integrante dell'agire delle organizzazioni e dei professionisti. La formazione può quindi essere vista come la "tecnologia" che facilita la connessione e la coerenza tra le logiche del governo clinico, dei professionisti e dell'organizzazione. Diventa cioè un sistema di gestione dei processi di apprendimento-cambiamento che, nel caso del governo clinico, sono "complessi", di grande portata: è un nuovo approccio al lavoro che richiede la ristrutturazione o il cambiamento radicale delle conoscenze già possedute e l'acquisizione della flessibilità necessaria per rapportarsi ai cambiamenti e alle innovazioni che connotano gli scenari di cura.

ACCENNI METODOLOGICI

Possiamo descrivere il processo di apprendimento-cambiamento che avviene nell'aula formativa attraverso quattro fasi:

1. l'accoglienza, propedeutica al nuovo apprendimento;
2. la formazione, per lo sviluppo dei nuovi apprendimenti;
3. l'accompagnamento, per il consolidamento nella pratica;
4. la valutazione della formazione.

Nella descrizione che segue, abbiamo lasciato da parte la seconda fase, quella formativa vera e propria, che coincide con ciò che comunemente definiamo "corso", ovvero il tempo dedicato all'utilizzo di diverse metodologie didattiche e finalizzato allo sviluppo di un apprendimento. Essa è, senza dubbio, la fase più descritta in letteratura e

nella manualistica per formatori: abbiamo scelto perciò di dare spazio alle altre tre fasi che compongono un processo formativo, che, al contrario, non raramente, vengono ignorate o date per implicite.

L'ACCOGLIENZA

L'obiettivo di questa fase è costruire le precondizioni necessarie per sviluppare la motivazione verso il nuovo apprendimento e le condizioni strutturali per poterlo accogliere. Ecco alcune azioni determinanti.

- Analizzare i bisogni formativi, per rendere il professionista consapevole delle attese professionali da parte dell'organizzazione e l'organizzazione consapevole dei bisogni della sua comunità di riferimento e delle attese dei suoi *stakeholders*. Rilevante a questo livello è la conoscenza dei risultati aziendali, del loro livello di performance e del relativo miglioramento, a cui la formazione può contribuire come una delle tecnologie a disposizione.
- “Rappresentare” i comportamenti professionali richiesti, ad esempio visitando i contesti dove l'esperienza è già stata realizzata, o incontrando i professionisti con competenze distintive rispetto all'oggetto della formazione.
- Coinvolgere i diversi sistemi di responsabilità dell'azienda nel percorso di progettazione dell'intervento. Non si tratta di informare, ma “implicare” ripetutamente il committente principale della formazione, che è anche il responsabile del cambiamento richiesto.
- Condividere un modello di convenienza. I partecipanti devono essere convinti che il nuovo apprendimento sarà per loro il più conveniente per ottenere i risultati professionali attesi. A tal fine, sarebbe utile realizzare, prima del corso, un paio di incontri per definire gli obiettivi della formazione e il loro impatto sul “reale”, sull'operatività quotidiana. Questa operazione faciliterà la successiva gestione del processo di apprendimento.
- Aiutare la costruzione di senso dell'apprendimento richiesto coerentemente con i valori, le politiche, gli obiettivi dell'azienda. Oggi

più che mai, i professionisti partecipano a numerose attività formative; la legge sull'ECM ha moltiplicato le opportunità di apprendimento, ma non sempre è esplicitato il senso dell'offerta formativa aziendale. In altri termini, i professionisti, ad ogni corso, ottengono una tessera di un puzzle non avendo però la possibilità della visione di insieme. Occorre definire dunque un'informazione "organizzativa" che offra ordine di senso agli apprendimenti proposti: comunicazioni dell'alta direzione, newsletter aziendali, intranet, campagne informative sono tutte iniziative possibili e fruttuose a tal fine, oltre alla stretta connessione tra Staff Formazione e Staff Comunicazione.

- Formazione *timely*. Ne abbiamo già parlato. È essenziale un collegamento temporale tra la proposta di apprendimento e il suo possibile utilizzo nell'esperienza; i tempi devono essere ravvicinati, i professionisti devono trovare subito le contingenze nelle quali sperimentare i nuovi apprendimenti. Spesso nella formazione in sanità si è portati a pensare che la pianificazione sia tanto migliore quanto più lunga nel tempo (non a caso esistono piani formativi triennali), dimenticando che l'efficacia è tanto maggiore quanto più l'evento formativo è vicino nel tempo alla situazione di bisogno.
- Strutture organizzative prima, apprendimenti poi. Indicazione facile, ma non ovvia, visto che ancora oggi, ad esempio, si realizzano corsi di informatica prima che i partecipanti possano disporre di un computer. Strutture, sistemi informativi, sistemi premianti, investimenti tecnologici, procedure di lavoro spesso seguono, a distanza di tempo, gli ingaggi formativi proposti ai professionisti. Dovrebbero invece anticiparli.

L'ACCOMPAGNAMENTO

Per il successo di un'esperienza formativa questa fase è cruciale, ma spesso, nella gestione del processo di apprendimento, passa in secondo piano. Nelle aziende sanitarie non raramente l'attesa di risultato è subordinata al bisogno di "produrre contenuti". Si fa, si realizza-

no corsi, ma oltre i confini dell'aula, i territori diventano sconosciuti e impervi, e si desiste da ogni tentativo di intervento.

Per poter utilizzare un nuovo apprendimento, è indispensabile costruire sul posto di lavoro l'opportunità di sperimentare e verificare la competenza appena acquisita, in modo da accompagnare il neonato apprendimento nel suo trasferimento nella pratica. Come precedentemente detto, occorrono spazi organizzativi per gestire la fase di "incompetenza transitoria" che caratterizza ogni processo di cambiamento. Alcune azioni possono aiutare il trasferimento degli apprendimenti dall'aula al posto di lavoro.

- Mantenere le attese sui nuovi comportamenti professionali richiesti. Quando si progetta un processo di apprendimento, è essenziale andare al di là della fine temporale del corso per pensare a come mantenere nel tempo l'attenzione sui risultati attesi. Incontri con i capi, verifiche sul campo, misurazioni del sistema informativo, inserimento di nuovi item nel sistema di valutazione delle competenze possono rivelarsi azioni assai utili.
- Garantire la formazione sul campo. Far seguire all'aula più momenti di esperienza sul campo aiuta i gruppi di lavoro a condividere lo sforzo per trasferire i risultati della formazione dall'aula al contesto professionale. Gruppi dedicati alla verifica del nuovo e alla dismissione del vecchio sono particolarmente efficaci.
- Sviluppare opportunità per l'autoformazione. È durante la sperimentazione che nasce la curiosità, il desiderio di approfondire ciò che in aula spesso viene solo abbozzato. Rendere disponibili articoli, testi, siti internet aiuta a consolidare e quindi a rendere più sicuro quanto appreso. In questo, le nuove tecnologie aiutano non poco: le biblioteche virtuali, spazi dell'intranet dove pubblicare articoli e documenti, nonché le opportunità offerte dall'*e-learning* possono dare la continuità necessaria a tenere viva la nuova competenza.

LA VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE

Valutare i processi formativi significa agire in una logica di *accountability*, non solo per “rendere conto” alla committenza dei risultati del percorso formativo, ma anche per consentire ai professionisti di comprendere la misura del cambiamento realizzato e la sua rilevanza rispetto a quello che era il mandato iniziale della formazione. Le persone danno valore a ciò su cui sono interrogate: spesso, al contrario, la formazione si conclude ignorando quello che accade poi sul posto di lavoro. Introdurre tecniche di valutazione dell’effettiva ricaduta formativa è *conditio sine qua non* per l’efficacia del processo di apprendimento.

Il processo di valutazione dei percorsi formativi si può suddividere in diverse fasi: *ex ante*, *in itinere*, finale ed *ex post*.

Di seguito riportiamo una sintesi dei punti chiave da considerare per ogni singolo momento (Capaldo, 2012).

In fase di valutazione *ex ante*, gli aspetti sui quali porre maggiore attenzione sono rappresentati da:

- il raccordo dell’iniziativa con il contesto organizzativo di provenienza dei partecipanti;
- l’adeguatezza degli obiettivi didattici, della struttura del progetto, dei contenuti e delle metodologie di riferimento;
- l’adeguatezza delle risorse umane e tecniche che si prevede di utilizzare e la loro affidabilità.

In fase di valutazione *in itinere*, le informazioni da acquisire riguardano:

- i contenuti svolti, le metodologie didattiche e formative utilizzate, gli strumenti didattici impiegati, e la documentazione fornita;
- le risorse finanziarie, strutturali e tecnologiche impiegate;
- l’impatto, con riferimento alla soddisfazione di partecipanti, docenti e tutor, nonché ai risultati dell’apprendimento *in progress*.

In fase di valutazione *finale* gli aspetti da rilevare includono:

- il grado di raggiungimento degli obiettivi formativi (al termine di un dato percorso i partecipanti dovrebbero aver acquisito le conoscenze, abilità o competenze in ragione delle quali sono entrati in formazione);
- il grado di soddisfazione dei partecipanti;
- le criticità riscontrate per quanto riguarda la docenza, gli aspetti logistici, ecc.

In fase di valutazione *ex post*, quindi a corso ormai terminato (su un orizzonte temporale di 3-6 mesi), gli aspetti sui quali il processo formativo deve principalmente focalizzarsi sono:

- i percorsi lavorativi e più in generale professionali e personali dei formati (sia in termini quantitativi che qualitativi);
- il grado di applicazione concreta nel contesto lavorativo delle abilità acquisite (“trasferibilità”);
- la variazione (nel senso desiderato) dei “parametri” di prestazione, di funzionamento, di stato (organizzativi, individuali, ecc.), sui quali si intendeva incidere tramite l’attività di formazione;
- gli eventuali effetti non attesi (sempre presenti nella formazione e spesso, altrettanto importanti di quelli attesi: ad esempio la partecipazione ad un corso può motivare i partecipanti, può far aumentare la loro autostima o il desiderio di migliorarsi, ma può anche produrre sfiducia nel momento in cui si sperimentano delle difficoltà, in sede formativa o lavorativa).

In conclusione, il tema della valutazione pone una riflessione generale sulla capacità dell’azione formativa di agganciarsi ai problemi dell’organizzazione e/o ai bisogni professionali e di produrre gli apprendimenti e i cambiamenti necessari per rispondere ad essi.

UNO STRUMENTO PER MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DELLA FORMAZIONE: IL DOSSIER FORMATIVO DI GRUPPO⁴

Con l'introduzione del dossier formativo di gruppo (DFG) viene affrontato il problema **dell'appropriatezza dei processi formativi** rispetto ai fabbisogni di competenze di un determinato gruppo di lavoro.

Il sistema ECM, prima dell'introduzione del dossier, infatti, non escludeva la possibilità di adeguarsi alle normative sulla formazione professionale anche collezionando percorsi formativi privi di traccianti logici rispetto alle competenze target da raggiungere: in buona sostanza gli adempimenti della formazione ECM potevano essere soddisfatti acquisendo solo una dimensione quantitativa della formazione.

Il dossier di gruppo introduce, invece, anche una dimensione qualitativa della formazione. Non tanto per quanto attiene la struttura metodologica e tecnica della formazione, ma per quanto riguarda l'allineamento dei processi formativi rispetto agli obiettivi di lavoro e alle competenze distintive che contraddistinguono un gruppo professionale dentro una dimensione organizzata del lavoro (struttura semplice o complessa, percorso di cura, programmi aziendali, ecc.).

È rispetto a questa finalità del dossier che si riscontra la sua importanza all'interno della formazione per il governo clinico: la logica sulla quale, auspicabilmente, devono essere sviluppati i processi formativi dedicati allo sviluppo di competenze per il governo clinico privilegia una prospettiva che colloca la formazione all'interno della relazione professionista-organizzazione, piuttosto che sulla relazione persona-professione. In altri termini, la definizione degli obiettivi formativi è orientata dai vincoli (caratteristiche strutturali, tecnologiche, economiche, ecc.) dell'organizzazione di appartenenza e dai bisogni di salute del "sistema paziente" di riferimento.

L'applicazione del dossier formativo è, inoltre, una possibile opportunità per rafforzare la formazione come leva gestionale, collegan-

⁴ Alla stesura del presente paragrafo ha contribuito Diletta Priami. I contenuti scaturiscono da una riflessione sull'esperienza dell'applicazione del dossier formativo di gruppo nelle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

do i sistemi di programmazione formativa ai sistemi di valutazione del personale. La distanza tra competenza ideale attesa e competenza valutata nel professionista è il territorio di investimento formativo e, allo stesso tempo, ambito di una valutazione in cui il professionista e l'organizzazione sono chiamati a rispondere dei reciproci impegni.

A questo proposito si sottolinea che è necessaria una strategia gestionale a sostegno del processo di analisi e valutazione delle competenze che possa mettere a disposizione dell'organizzazione e dei professionisti le informazioni raccolte e consentirne facilmente l'aggiornamento e lo scambio.

Un'efficace implementazione del dossier formativo necessita, quindi, di un supporto informatizzato che possa connettere i diversi sistemi informativi che supportano la gestione delle risorse umane dell'organizzazione (anagrafe dei dipendenti, valutazione dei professionisti, piano dell'offerta formativa).

Verso un modello comune

Dalle indicazioni contenute negli Accordi Stato-Regioni e dalle sperimentazioni del DFG realizzate nelle aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, è possibile trarre alcune indicazioni utili per orientare i provider. L'obiettivo non dovrebbe però essere quello di definire un modello unico e standardizzato da replicare in tutte le aziende sanitarie, ma evidenziare alcuni elementi da presidiare nel processo di costruzione del dossier.

Il prototipo che viene quindi di seguito presentato potrebbe orientare la costruzione del dossier formativo e facilitare la realizzazione di **modelli contestualizzati** all'interno delle diverse aziende sanitarie.

Per dare maggiore concretezza all'idea di dossier formativo e consentire la visualizzazione di un possibile *prodotto finale* che possa rispondere alle esigenze imposte dalla normativa, è stato definito un format composto di tre sezioni: oltre alla sezione profilo, le sezioni

programmazione, rendicontazione e valutazione che consentono di documentare le attività indicate dall'Accordo Stato-Regioni.⁵

Ciascuna sezione del format viene di seguito presentata accompagnata da alcune note rispetto ai contenuti di minima che ogni sezione dovrebbe prevedere.

Sezione profilo

Documenta le caratteristiche del gruppo e il periodo a cui si riferisce il DFG. È importante sottolineare che la scelta di tale gruppo non è necessariamente determinata dalla struttura di appartenenza: la scelta spetta all'azienda sanitaria, sulla base delle proprie strategie di programmazione. Il DFG infatti può essere sicuramente di Unità operativa (semplice o complessa) oppure può riguardare un'équipe, una famiglia professionale (ad esempio, i pediatri di libera scelta) ma anche avere un carattere più trasversale e riferirsi ad esempio ad un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) o ai livelli di complessità assistenziale.

Se la scelta è quella di orientarsi verso il DFG di dipartimento è necessario porre attenzione al fatto che la dimensione dipartimentale potrebbe portare ad una minor efficacia della programmazione: il dossier formativo è infatti lo strumento che dovrebbe rendere esplicite le traiettorie di sviluppo dei professionisti e dare quindi evidenza alle motivazioni che sostengono l'offerta formativa programmata per determinati professionisti piuttosto che per altri. È l'introduzione di questa differenza che può rendere l'offerta formativa più appropriata,

⁵ Accordo Stato-Regioni, 1 agosto 2007:

“Il DF si avvale di tre specifiche attività documentabili:

1. l'individuazione del piano formativo, in cui sono indicati gli obiettivi formativi declinati in funzione delle aree e dei campi di apprendimento e degli indirizzi prioritari ovvero quelli rispondenti a bisogni individuali;
2. la periodica e sistematica attività di verifica e di acquisizione della documentazione relativa alle attività di formazione continua svolte dai professionisti accreditati all'ECM, con indicazione delle specifiche tipologie, che verrà sostenuta attraverso gli organismi preposti alla registrazione e certificazione dei crediti;
3. la valutazione periodica (triennale) dell'andamento e dei risultati del percorso, da parte degli organi tecnico-professionali preposti alle verifiche delle attività”.

ma per riuscire a descriverla occorre comunque che il focus della programmazione sia centrato su una dimensione organizzativa di “piccolo” gruppo (ad esempio, unità operativa) o di gruppo omogeneo (i medici di medicina generale).

In questa prima sezione va inoltre specificato il periodo di riferimento: anche in questo caso la scelta spetta all’azienda sanitaria. Il dossier formativo può essere annuale ma potrebbe anche avere un respiro più ampio, prevedendo uno sviluppo pluriennale, se questo è funzionale alla programmazione aziendale.

È importante sottolineare che il DFG è uno strumento flessibile che, se necessario, dovrebbe consentire la revisione della programmazione qualora si modifichino le priorità aziendali o si determinino necessità differenti nel gruppo di riferimento.

Infine, nella sezione profilo va inserito l’elenco dei profili professionali che compongono il gruppo specificando il numero di professionisti per ciascun profilo (ad esempio, se all’interno del gruppo per il quale si sta costruendo il DFG ci sono 3 infermieri, “Profilo: infermiere professionale – N. 3”) (figura 1.1).

 AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Dossier di gruppo____ (periodo di riferimento)_____

SEZIONE PROFILO

Gruppo: _____

Responsabile gruppo: _____

Referente della formazione: _____

Composizione professionale gruppo: _____

PROFILI PROFESSIONALI CHE COMPONGONO IL GRUPPO	N°

Figura 1.1 • Dossier formativo. Sezione profilo

Nella realizzazione di un sistema informativo a supporto del DFG, la sezione dovrebbe essere collegata all’anagrafica aziendale e al sistema informativo ECM.

Sezione programmazione

MODALITÀ DI CONDIVISIONE DELLA PROGRAMMAZIONE FORMATIVA

Nella sezione programmazione si richiede di inserire anche una nota che descriva brevemente quali modalità sono state utilizzate per poterle condividere con il gruppo di riferimento del DFG (figura 1.2); la programmazione sarà poi compiutamente definita nella scheda successiva.

 AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

SEZIONE PROGRAMMAZIONE

**MODALITÀ DI CONDIVISIONE/INFORMAZIONE
DELL’OFFERTA FORMATIVA PROGRAMMA**

Figura 1.2 • Dossier formativo di gruppo, sezione programmazione

L'obiettivo è quello di sensibilizzare le aziende sanitarie sull'importanza di creare un reale momento di confronto, tra professionisti e organizzazione, rispetto alle traiettorie di sviluppo delineate. La motivazione è infatti una leva importantissima per l'apprendimento (Grossman e Salas, 2011), la preconditione necessaria per attivare la motivazione di un individuo (adulto) è aiutarlo a capire il senso di quell'apprendimento, a percepirne cioè l'utilità rispetto alla propria pratica quotidiana. Per questo si ritiene utile consolidare momenti o modalità di informazione e condivisione rispetto alla programmazione della formazione in un determinato gruppo di professionisti.

Esempi di modalità di condivisione possono essere: riunioni dedicate, colloqui individuali ma anche modalità innovative attraverso l'utilizzo di strumenti web 2.0.

PROGRAMMAZIONE SVILUPPO COMPETENZE

La sezione programmazione ha l'obiettivo di ricomporre gli interessi professionali dei singoli professionisti a cui si riferisce il DFG con quelli dell'organizzazione: deve quindi includere gli obiettivi d'interesse formativo definiti dall'azienda per quel gruppo e gli obiettivi rilevati dall'analisi del fabbisogno formativo in quel contesto.

Si sottolinea quanto sia importante **un'analisi del bisogno formativo che coinvolga tutti i professionisti, che non sia solo una rilevazione a senso unico ma sia piuttosto una negoziazione del fabbisogno**: un dialogo che consenta ai professionisti di vedere gli obiettivi dell'organizzazione, e all'organizzazione di tracciare percorsi coerenti con le necessità espresse dai professionisti.

La sezione programmazione **contiene le traiettorie formative per lo sviluppo professionale** di quel gruppo e necessarie al raggiungimento degli obiettivi individuati.

In generale, alcuni aspetti di cui tenere conto in fase di programmazione della formazione possono essere:

- il raggiungimento degli obiettivi formativi dell'anno precedente;

- le indicazioni derivanti dal “Piano delle azioni annuali” (obiettivi e priorità di dipartimento/unità operativa);
- il livello di *clinical competence* dei professionisti in relazione al livello di complessità delle procedure da eseguire;
- politiche e pianificazioni del personale (assunzioni programmate, trasferimenti, ecc.);
- gap tra competenze possedute e competenze da sviluppare in relazione al ruolo ricoperto (ad esempio, schede di valutazione del personale);
- i vincoli normativi (crediti ECM da acquisire e formazione obbligatoria);
- l'introduzione di nuove attrezzature, strumentazioni, software, apparecchiature, programmi applicativi...;
- esigenze di sviluppo personale e professionale degli operatori.

In particolare, nel DFG occorre dare evidenza agli obiettivi dell'organizzazione a cui la formazione deve rispondere (figura 1.3): nella colonna **obiettivi di interesse formativo** vanno quindi indicate le priorità, individuate anche tenendo conto dei fattori precedentemente elencati, che si intendono affrontare nel periodo di riferimento del DFG, specificando, ove possibile, **la fonte**, cioè il documento/riferimento che dà evidenza a tali obiettivi, che di fatto motiva l'individuazione di ciascun obiettivo di interesse formativo nell'ambito delle priorità aziendali. Quindi, ad esempio, bisogni formativi, documenti di indirizzo regionale o di programmazione aziendale, obiettivi di budget, esiti di una *survey* interna sui bisogni formativi, ecc.

Ciascun obiettivo di interesse formativo va ricondotto ad un'area di competenza prevalente tra le tre indicate: nel format sono state indicate le **categorie di competenza** definite dall'Accordo Stato-Regioni del 2009⁶ e a cui sono ricondotti gli obiettivi formativi nazionali. Vanno poi indicate le competenze specifiche che si intendono sviluppare declinate in termini di **comportamenti professionali attesi**, cioè l'insieme delle attività che ogni professionista coinvolto dovrà essere in grado di svolgere efficacemente (tabelle 1.1 e 1.2).

⁶ http://ape.agenas.it/documenti/Normativa/Il_nuovo_sistema_di_formazione_continua_in_medicina.pdf

 AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

PROGRAMMAZIONE - SVILUPPO COMPETENZE

Obiettivi d'interesse formativo	Fonte documentale	Categoria competenze	Comportamenti professionali attesi	Profilo professionale	Professionisti coinvolti (nome e cognome)
		1. TECNICO-SPECIFICHE Riguardano le conoscenze e le capacità professionali specifiche in riferimento al proprio profilo professionale di appartenenza e/o alla posizione organizzativa ricoperta			
		2. ORGANIZZATIVO-GESTIONALI E DI SISTEMA Raggruppano le capacità di gestione e organizzazione di attività, di programmazione e controllo dei processi assistenziali e manageriali se previsti dal ruolo			
		3. RELAZIONALI E COMUNICATIVE Riguardano le capacità relative alla comunicazione e ai rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione (collegli e direzione) con soggetti esterni (istituzioni), con i cittadini e i gruppi di lavoro			

Figura 1.3 • Dossier formativo di gruppo, sezione programmazione: sviluppo competenze

Si è scelto di declinare le competenze attese secondo una prospettiva “operativo-applicativa” (Bresciani, 2012) che fa coincidere la competenza con i comportamenti che la indicano. Secondo questo approccio, già utilizzato dalla Regione Emilia-Romagna per la formazione professionale,⁷ la competenza non viene definita come “causa” di una prestazione efficace (l’insieme delle risorse in input necessarie per il comportamento), né come il processo di costruzione di tale efficacia (l’attivazione di tutte le risorse individuali a disposizione dell’individuo in una situazione data), ma è invece il “risultato, la performance, è l’attività lavorativa ben eseguita” (Bresciani, 2012).

Vanno infine specificati i professionisti per i quali ci si attende il raggiungimento degli obiettivi programmati, indicando il profilo professionale e il nominativo per ciascun professionista.

⁷ Cfr. Sistema regionale delle qualifiche: <http://formazionelavoro.regione.emilia-romagna.it/qualifiche>

TABELLA 1.1 - ESEMPIO DI DESCRIZIONE DELLE COMPETENZE COME ESECUZIONE DI ATTIVITÀ (ALLEGATO ALLA SCHEDA DOSSIER DI GRUPPO, ESEMPLIFICATIVO MA NON ESAUSTIVO DI COMPETENZE DA INSERIRE NELLA COLONNA NUMERO 3 - COMPETENZA)

CATEGORIA COMPETENZE	COMPORTAMENTI PROFESSIONALI ATTESI
TECNICO-SPECIFICHE Riguardano le conoscenze e le capacità professionali specifiche in riferimento al proprio profilo professionale di appartenenza e/o alla posizione organizzativa ricoperta	Si fa riferimento alle competenze clinico-assistenziali definite dai documenti dell'accreditamento istituzionale regionale, dalle disposizioni normative contrattuali vigenti, dai documenti aziendali
ORGANIZZATIVO-GESTIONALI E DI SISTEMA Raggruppano le capacità di gestione e organizzazione di attività, di programmazione e controllo dei processi assistenziali e manageriali quando prevista dal ruolo	<i>Controllo dei processi di lavoro</i> Mantenere un controllo sull'efficacia ed efficienza dei processi di lavoro monitorandone lo stato di avanzamento ed i risultati <i>Soluzione dei problemi</i> Individuare ed analizzare il problema (raccolta di informazioni/dati e ricerca delle cause) ed elaborare soluzioni alternative <i>Programmazione, organizzazione e gestione delle attività</i> Definire i piani di lavoro gestendo le attività proprie e dei collaboratori se assegnati individuando le priorità organizzative, monitorandone l'andamento e introducendo le eventuali azioni correttive <i>Sviluppo e valorizzazione del collaboratori</i> Accompagnare, facilitare e orientare lo sviluppo professionale riconoscendo l'altro come risorsa <i>Consapevolezza organizzativa</i> Comprendere e utilizzare la cultura dell'organizzazione, conoscere i centri decisionali, l'azienda e le sue regole Altro...
	Segue

TABELLA 1.1 - SEQUE

CATEGORIA COMPETENZE	COMPORTAMENTI PROFESSIONALI ATTESI
RELAZIONALI E COMUNICATIVE	<i>Gestione dei conflitti</i>
Riguardano le capacità relative alla comunicazione e ai rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione (colleghi e direzione) con soggetti esterni (istituzioni), con i cittadini e i gruppi di lavoro	Facilitare le relazioni sul lavoro per prevenire incomprensioni/conflitti e realizzare eventuali azioni migliorative
	<i>Relazione con i pazienti, i familiari</i>
	Garantire rapporti positivi ed empatici ai pazienti e ai loro familiari creando spazi per l'ascolto, il trasferimento delle informazioni gestendo gli stati emotivi degli interlocutori
	<i>Relazione con le altre strutture organizzative</i>
	Interagire in modo costruttivo con i colleghi delle altre strutture per assicurare la qualità dei processi di lavoro
	<i>Capacità di relazione con l'équipe professionale</i>
	Instaurare, mantenere e sviluppare rapporti positivi con i colleghi dell'équipe di lavoro contribuendo a creare un clima collaborativo determinante per il raggiungimento degli obiettivi
	Altro...

TABELLA 1.2 - ESEMPI PER SVILUPPARE LA DESCRIZIONE DELLE COMPETENZE

COMPETENZA	DESCRITTORE	COMPORTAMENTO
Capacità di risolvere problemi	Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema (raccolta, quantificazione, verifica, ricerca cause) ed elabora soluzioni, con atteggiamento costruttivo	• Analizza in dettaglio e sintetizza il problema nelle sue componenti essenziali • Indica e propone soluzioni alternative all'équipe • Coglie i segnali di possibili criticità e ne anticipa la gestione •
Sviluppo professionale degli altri	È in grado di stimolare qualcuno a sviluppare le proprie capacità o a migliorare le proprie prestazioni per il conseguimento di un obiettivo	• Invita gli altri a discutere i problemi connessi con la prestazione al fine di migliorarla • Dice esplicitamente alle persone che possono raggiungere gli obiettivi professionali e le incoraggia • Fornisce informazioni e strumenti alle persone per migliorare le proprie abilità e conoscenze •
Orientamento all'innovazione	Propone e sviluppa soluzioni metodologiche e tecniche innovative che concorrano al miglioramento dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità dei servizi	• Contribuisce alla definizione e implementazione di tecniche e strumenti di lavoro innovativi • Si spende in prima persona per diffondere il <i>know how</i> rispetto a tematiche legate all'innovazione • Interpreta il contesto e delinea strategie innovative e coraggiose •
Capacità di collaborazione e lavoro di squadra		• Cerca di comprendere le opinioni, i bisogni, le esigenze degli altri • Evita di lasciare conflitti irrisolti con le persone • Imposta i rapporti con le persone con la massima chiarezza possibile •

OFFERTA FORMATIVA PROGRAMMATTA

Infine, la sezione programmazione del DFG deve contenere i dettagli dei percorsi formativi programmati (figura 1.4) indicando il titolo, gli obiettivi specifici (“È ciò che il discente deve saper fare al termine del periodo di apprendimento... e che non sapeva fare prima” - Guilbert, 2002) la **tipologia formativa** (residenziale, FAD, FSC), se si tratta di formazione organizzata internamente (**FI**) oppure se ci si rivolge ad un ente esterno (**FE**), il numero di **crediti previsti** per l’iniziativa e la **categoria di competenza** a cui l’evento risponde in maniera prevalente (riprende quanto indicato della scheda precedente).

 AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

OFFERTA FORMATIVA PROGRAMMATTA						
CORSO	OBIETTIVI FORMATIVI SPECIFICI	TIPOLOGIA	FORMAZIONE INTERNA O ESTERNA		ECM CREDITI	CATEGORIA COMPETENZE
			FI	FE		

Figura 1.4 • Dossier formativo di gruppo, sezione programmazione: offerta formativa programmata

Sezione evidenze e valutazione

In questa sezione si dà conto della partecipazione del gruppo di professionisti di riferimento del DFG alle iniziative formative programmate. Vanno quindi indicate sia le attività formative realizzate sia gli eventi che, pur programmati, non si sono svolti indicandone i motivi e le possibili azioni correttive e di miglioramento (figura 1.5).

OFFERTA FORMATIVA REALIZZATA		
CORSO	PROFESSIONISTI previsti non partecipanti	AZIONI CORRETTIVE
OFFERTA FORMATIVA NON REALIZZATA		
CORSO	PROFESSIONISTI previsti non partecipanti	AZIONI CORRETTIVE

Figura 1.5 • Dossier formativo di gruppo, sezione rendicontazione e valutazione

L'obiettivo è la verifica del raggiungimento degli obiettivi formativi programmati per un determinato gruppo di professionisti.

Risulta evidente come, nella realizzazione di un sistema informativo a supporto del DFG, sia fondamentale che anche le informazioni contenute in questa sezione siano collegate all'anagrafica del dipendente, al sistema informativo ECM e, se presente, al sistema di valutazione del personale, in modo da poter facilmente stabilire se la formazione programmata per un determinato gruppo di professionisti è stata effettivamente realizzata e poter ricostruire rapidamente la "storia formativa" di un determinato gruppo mettendo in evidenza le competenze acquisite e quelle non ancora consolidate.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

"O maledetta luce! Io mi credevo di avere in te trovato la mia felicità; io piango indarno il mio matto desiderio, e con mio danno ho conosciuto la tua consumatrice e dannosa natura."

Il lume risponde: "Così fo' io a chi ben non mi sa usare".

In questa storia, Leonardo da Vinci racconta di una farfalla che, affascinata dalla luce, si avvicina con grande slancio e si brucia.

A volte, il percorso di apprendimento rischia di segnare, “scottare”, lasciando cicatrici indelebili: si viene attratti dal processo conoscitivo, ma si fallisce nell'utilizzo del sapere, nella sua praticabilità.

Trasferire la conoscenza dall'aula all'organizzazione è infatti condizione difficile, significa mettere in discussione ciò che è più consolidato dall'esperienza: i comportamenti quotidiani, il modo in cui le persone organizzano il loro stare insieme e cercano di fare il meglio. Se, in aula, la proposta di nuovi strumenti, punti di vista, metodi di lavoro non viene accompagnata da spazi di sperimentazione all'interno dei contesti di lavoro, i professionisti rinunciano al nuovo apprendimento, rimanendo radicati alle vecchie routine comportamentali e di pensiero.

I professionisti cambiano, e cambiano le loro organizzazioni, se ci sono le condizioni per affrontare i cambiamenti. Ciò che serve oggi è accogliere e dare senso alle nuove sollecitazioni. Come nel caso del governo clinico: qui la faccenda non si risolve con l'aggiunta di alcune conoscenze e capacità. È una questione di paradigmi che ridefiniscono anche i modi del fare bene le cose, le cose da fare, e, soprattutto, il perché farle. È una sfida che la formazione deve cogliere e riuscire ad affrontare, per migliorare in termini di qualità, efficacia e impatto su attori e sistemi organizzativi.

BIBLIOGRAFIA

- Boldizzoni D, Gagliardi P, eds. (1984). *Oltre la formazione apparente: investimenti in educazione e strategie d'impresa*. Milano: Il Sole 24 Ore.
- Bresciani PG (2012). *Capire la competenza. Teorie, metodi, esperienze dall'analisi alla certificazione*. Milano: Franco Angeli.
- Capaldo G (2012). *Il monitoraggio dei progetti formativi*. [Link alla risorsa]
- Carli R, Panicia RM (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: il Mulino.
- Grilli R, Taroni F (2004). *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Roma: Il Pensiero Scientifico editore. [Link alla risorsa]
- Grossman R, Salas E (2011). The transfer of training: what really matters. *International Journal of Training and Development*, 15:2.

- Guilbert JJ (2002). Guida pedagogica per il personale sanitario. Bari: Edizioni Dal Sud.
- Mattalucci L, Sarati E (2011). La cultura della formazione nel panorama aziendale: elementi di criticità, best practice e riflessioni possibili. *Dialoghi. Rivista di studi sulla formazione e sullo sviluppo organizzativo*, 2 (1). [Link alla risorsa]
- Maggi B (1974). La formazione apparente: alcune ipotesi di ricerca. *Studi Organizzativi*, 1.
- Pagano P (2008). La formazione in azienda: una “rilettura critica”. *Rivista di Psicologia clinica. Teoria e metodi dell'intervento*, 2: 228-46. [Link alla risorsa]
- Pantani T, Ruozi C (2006). La formazione sul campo in ambito sanitario: il valore di una formazione oltre l'aula. *Janus*, 24: 29-35.
- Ruozi C (2007). Dal corsificio alla gestione dei processi di apprendimento: alcune note per recuperare l'efficacia della formazione. In: Biocca M, Artioli G, Lelli MB et al., eds. *Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Dossier 150*. Bologna: ASR Regione Emilia-Romagna. [Link alla risorsa]
- Senge PM (1990). *The fifth discipline*. New York: Doubleday.

2 • L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

INTRODUZIONE

L'ECM è “l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche sia pratiche, promosse da società scientifiche, nonché soggetti pubblici e privati accreditati (*provider*), allo scopo di adeguare continuamente e sistematicamente conoscenze, abilità e competenze dei professionisti della salute. Consiste nell'insieme delle attività che servono a mantenere, sviluppare e incrementare le conoscenze, le capacità e le prestazioni di ogni professionista, per offrire una migliore qualità nell'assistenza e nelle cure rivolte ai cittadini” (Glossario sulla Formazione, Regione Veneto - <http://ecm.regione.veneto.it>).

La rapida continua evoluzione della medicina, l'innovazione tecnologica e la complessità organizzativa richiedono ai professionisti sanitari un aggiornamento costante delle proprie conoscenze e competenze.

L'attività di formazione regolamentata e obbligatoria, programmata per mantenere o sviluppare conoscenze, competenze e prestazioni dei professionisti sanitari, denominata “Educazione continua in medicina” (ECM), è stata introdotta in Italia nel 2002, ma fonda le sue

origini nella riforma del Servizio sanitario nazionale nei primi anni '90 (D. Lgs. 502/1992, poi modificato dal D. Lgs. 229/1999).

L'impegno a governare e organizzare la formazione continua in sanità è quindi legato al decreto di riforma sanitaria 229/1999 che, nell'art. 16-bis, 16-ter, 16-quater, sancisce il passaggio da una formazione episodica, individuale, legata all'aggiornamento professionale specialistico, a una filosofia di formazione quale leva strategica per lo sviluppo della professionalità e della qualità del sistema sanitario nel suo complesso.

Art. 16-bis. Formazione continua

Comma 1. [...] la formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

Comma 2. [...] la formazione continua, di cui al comma 1, è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'art. 16-ter.

Art. 16-ter. Commissione nazionale per la formazione continua

Comma 2. [...] la Commissione, di cui al comma 1, definisce, con programmazione pluriennale, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nonché gli ordini o collegi professionali interessati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale [...]

[...] definisce i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo [...]

[...] definisce altresì i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche, nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e procede alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi [...]

Art. 16-quater. Incentivazione della formazione continua

Comma 1. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali o delle strutture sanitarie private [...]

Comma 3. [...] per le strutture private l'adempimento, da parte del personale sanitario dipendente o convenzionato che opera nella struttura, dell'obbligo di partecipazione alla formazione continua e il conseguimento dei crediti nel triennio costituiscono requisito essenziale per mantenere l'accreditamento da parte del Servizio sanitario nazionale.

La prima Commissione nazionale ECM si è insediata nel luglio del 2000, con il compito di definire le regole per la gestione di questo complesso e capillare sistema.

In seguito, con l'entrata in vigore della legge costituzionale 3/2001 che affida, tra le altre materie, una podestà concorrente in tema di istruzione e sanità, la Conferenza Stato-Regioni è stata ritenuta la sede legittimata per l'adozione condivisa di regole, espresse con Intese e Accordi, per garantire l'unitarietà del programma nazionale e la trasparenza del sistema, pur consentendo differenziazioni a livello regionale sull'organizzazione dei sistemi di accreditamento.

Il primo Accordo nazionale sull'ECM, siglato il 20 dicembre 2001, indicava l'avvio del sistema dal 2002; ad esso sono seguiti accordi pressoché annuali.

Il primo programma ECM è entrato in vigore nel 2002 su tutto il territorio nazionale, introducendo l'obbligatorietà del conseguimento di un numero definito di crediti formativi, acquisiti attraverso la partecipazione ad attività di formazione accreditate dalle Regioni o dal Ministero della Salute.

Le organizzazioni sanitarie sono responsabilizzate a governare, pianificando e valutando la formazione, superandone l'occasionalità e legando l'attività formativa a obiettivi di sviluppo dell'organizzazione e di apprendimento dei singoli.

GLI ATTORI DEL SISTEMA ECM

All'interno del sistema ECM si possono individuare diversi attori: gli utenti, gli organizzatori, i soggetti accreditanti, gli ordini e i collegi.

- *Gli utenti.* Sono gli operatori sanitari destinatari dell'offerta formativa, dipendenti delle strutture appartenenti al Servizio sanitario nazionale, alle strutture sanitarie private accreditate e i liberi professionisti convenzionati.
- *Gli organizzatori.* Sono le aziende sanitarie, le università, gli IRCCS, le società scientifiche, nonché ordini e collegi, ma anche centri di formazione, case editrici.
- *I soggetti accreditanti.* La connotazione istituzionale del modello nazionale ECM individua, come promotori e garanti del sistema per la valutazione degli organizzatori e l'accreditamento degli eventi formativi, il Ministero della Salute e le Regioni.
- *Gli ordini e i collegi.* Sono gli organismi di rappresentanza dell'utenza e quindi sono interessati a promuovere una formazione sugli aspetti etici e deontologici.

GLI ACCORDI NAZIONALI ECM 2001-2006

Dal 2001 al 2006, arco temporale che connota l'avvio del sistema ECM, si sono succeduti cinque Accordi che hanno di volta in volta implementato e arricchito il sistema, sviluppando attenzione a qualità, appropriatezza e differenziazione dell'offerta formativa. Di seguito ne evidenziamo i punti salienti.

1. Crediti/debito formativo. I crediti si acquisiscono esclusivamente partecipando ad eventi accreditati dal Ministero della Salute o dalle Regioni e hanno lo stesso valore in ambito nazionale; nel quinquennio 2002-2006 gli operatori dovevano conseguire 120 crediti (10 nel 2002, 20 nel 2003, 30 ogni anno per il 2004, 2005 e 2006).

2. *Criteri per l'accreditamento e la valutazione degli eventi.* Inizialmente l'unica tipologia di attività formativa presa in considerazione è stata quella residenziale (in aula) e quindi corsi, convegni, seminari. I criteri per la valutazione dell'evento considerano la coerenza degli obiettivi con i fabbisogni dei professionisti, definiti a livello nazionale e regionale, la qualità delle metodologie didattiche legate ai contenuti e agli obiettivi, la durata in ore del corso. I coefficienti di calcolo per l'attribuzione dei crediti erano compresi tra 0,75 e 1,25 crediti per ora di corso.

3. *Obiettivi formativi nazionali/regionali.* Nel 2002 viene approvato un elenco di obiettivi/argomenti trasversali, per aree e discipline specifiche. Gli obiettivi formativi nazionali sono coerenti con il Piano sanitario nazionale. Le Regioni definiscono gli obiettivi formativi di interesse regionale e possono decidere la misura della loro presenza nell'attività di formazione degli operatori sanitari.

4. *Commissione nazionale ECM.* La Commissione nazionale ECM, integrata nel 2002 con rappresentanti delle Regioni, degli ordini e delle associazioni professionali e rinominata nel gennaio 2012, è l'organo direttivo del sistema di accreditamento. Alla Commissione è affidato il compito di definire, con programmazione pluriennale e sentita la Conferenza Stato-Regioni e gli ordini e colleghi interessati, gli obiettivi formativi di carattere nazionale, la definizione dei crediti formativi da attribuire agli eventi, gli indirizzi per l'organizzazione di programmi, criteri e strumenti di valutazione delle esperienze formative.

5. *Formazione sul campo (FSC) e Formazione a distanza (FAD).* Si introduce, in via sperimentale, la possibilità di accreditare eventi formativi realizzati attraverso la formazione sul campo e la formazione a distanza; la loro valutazione di efficacia porterà a definire criteri di accreditamento da proporre alla Conferenza Stato-Regioni. La realizzazione del programma non è stata certamente omogenea sul territorio nazionale e tra le varie Regioni, per scelte organizzative, quantità e tipologia di offerta. La preoccupazione dell'assolvimento del debito,

in termini di crediti, ha rischiato a volte di mettere sullo sfondo la valutazione di opportunità e di efficacia dell'attività messa in campo e ciò ha costituito un limite in termini di qualità e miglioramento. Al di là di queste contraddizioni, a volte anche pesanti, va comunque sostenuto che, con l'ECM, il tema della formazione continua è entrato a pieno titolo nel contesto delle organizzazioni sanitarie, sollecitando lo sviluppo di un approccio organizzato e sistematico alla formazione professionale, che ha richiesto la dotazione di strutture dedicate. È aumentata l'attenzione sui bisogni formativi delle professioni sanitarie, ampliando la possibilità di accesso anche alle figure professionali (area infermieristica e tecnica) più penalizzate in passato.

IL RIORDINO DEL SISTEMA ECM

Con l'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2007 inizia il secondo programma nazionale ECM. Se nel primo quinquennio l'attenzione è stata posta sui singoli eventi e progetti accreditati direttamente dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle Regioni, sulla base di criteri comuni, con questo accordo si introduce un importante miglioramento qualitativo del sistema, spostando il focus dell'accreditamento dagli eventi ai produttori di formazione.

L'esperienza dell'accreditamento dei singoli eventi, da parte degli organismi nazionali e regionali, si è dimostrato insufficiente a cogliere la qualità e l'appropriatezza della formazione erogata, proprio perché l'attenzione si poneva esclusivamente sui propositi di formazione, cioè sui documenti (schede-evento) inviati dagli organizzatori agli enti accreditanti, perdendo di vista completamente la formazione effettivamente realizzata.

Come recita l'Accordo 2007:

[...] l'accreditamento del Provider è il riconoscimento pubblico, sulla base di un sistema di requisiti minimi, che riguardano anche il piano formativo proposto, e di procedure concordate a livello nazionale, di un soggetto attivo nel campo della formazione continua in sanità, che

lo abilita a realizzare attività didattiche per l'ECM e ad assegnare direttamente crediti ai partecipanti.

L'Accordo Stato-Regioni del novembre 2009 chiarirà le regole comuni per l'accreditamento dei provider: le aziende sanitarie e gli altri soggetti, erogatori di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private, dovranno chiedere l'accreditamento alla Regione di riferimento. Questo e i successivi accordi puntualizzeranno, sul versante delle regole e dei ruoli, l'impronta di governo e di qualità del sistema stesso: indicazioni sulle norme e procedure per l'accreditamento dei provider residenziali e FAD, definizione di obiettivi formativi compresi in 29 aree tematiche, regole per la partecipazione degli sponsor, il debito formativo confermato in 150 crediti per triennio, l'obbligo per i liberi professionisti.

Il debito complessivo di 150 crediti formativi (50 crediti annui: min 25, max 75) è stato confermato anche per il triennio 2011-2013. È possibile, per tutti i professionisti sanitari, riportare dal triennio precedente (2008-2010) una quota di crediti, per la precisione 45 (cfr. Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012), a condizione che il professionista abbia pienamente ottemperato al debito formativo previsto per il triennio precedente di 150 crediti formativi oppure 90 crediti formativi.¹

¹ “Dal triennio 2005-2007 il professionista che ha acquisito 60 crediti formativi può detrarli dal numero di crediti complessivo (150) relativo al successivo triennio (2008-2010) e acquisire 90 crediti formativi. Tale misura consente di detrarre ulteriormente nel triennio in corso (2011-2013) 45 crediti formativi e quindi acquisire 105 crediti formativi. Chi non ha acquisito i crediti formativi sulla base delle indicazioni riportate, deve per ogni periodo acquisire 150 crediti formativi” (dal sito internet Agenas, sezione ECM-FAQ: <http://ape.agenas.it/professionisti/professionisti-faq.aspx>).

AREE TEMATICHE/OBIETTIVI FORMATIVI (ACCORDO STATO-REGIONI 19 APRILE 2012)

Gli obiettivi formativi di interesse nazionale stabiliti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome sono i seguenti:

1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'*evidence-based practice* (EBM - EBN - EBP).
2. Linee-guida, protocolli, procedure.
3. Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura.
4. Appropriatezza delle prestazioni sanitarie nei LEA. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia.
5. Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie.
6. La sicurezza del paziente, risk management.
7. La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy e il consenso informato.
8. Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale.
9. Integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera.
10. Epidemiologia-prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni tecnico-professionali.
11. Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali.
12. Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione delle cure.
13. Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria.
14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità.
15. Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria.
16. Etica, bioetica e deontologia.

17. Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili dell'SSN.
18. Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. Malattie rare.
19. Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà.
20. Tematiche speciali dell'SSN e SSR e a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle Regioni/Province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali.
21. Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione.
22. Fragilità (minori, anziani, tossicodipendenti, salute mentale): tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali.
23. Sicurezza alimentare e/o patologie correlate.
24. Sanità veterinaria.
25. Farmacoepidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza.
26. Sicurezza ambientale e/o patologie correlate.
27. Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate.
28. Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione-trapianto.
29. Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment.
30. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni di processo.
31. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni di sistema.
32. Tematiche speciali dell'SSN e SSR e a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle Regioni/Province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo.

33. Tematiche speciali dell'SSN e SSR e a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle Regioni/Province Autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema.

Negli Accordi 2007, 2009 e 2012 si sottolinea con forza l'orientamento verso il governo della formazione e, quindi, al presidio delle fasi strategiche di pianificazione e valutazione.

Gli strumenti fondamentali per garantire l'efficacia di queste specifiche fasi del processo formativo sono: il dossier formativo (DF individuale o di gruppo); il piano della formazione aziendale (PFA); il rapporto sulla formazione aziendale (RFA).

Se il piano e il rapporto sulla formazione sono strumenti consolidati nelle organizzazioni sanitarie, il dossier rappresenta una novità. Con il dossier, la formazione del professionista dovrebbe essere pianificata insieme all'organizzazione di appartenenza, in coerenza con il proprio piano formativo. La qualità della formazione professionale non si esaurisce certo nella raccolta di partecipazioni a eventi formativi, ma deve rappresentare soprattutto la coerenza fra queste e la programmazione dello sviluppo delle competenze. Il DF, come già descritto in questo capitolo, è il documento che dà evidenza a questa coerenza, descrivendo: la pianificazione dello sviluppo di competenze o di obiettivi formativi, la partecipazione a eventi formativi, la valutazione della congruenza fra il pianificato e il realizzato.

Un'ulteriore novità introdotta dall'Accordo 2007 è rappresentata dall'istituzione dell'anagrafe formativa nazionale ECM (COGEAPS), responsabile della registrazione dei crediti ottenuti dai professionisti tramite la partecipazione a percorsi formativi.

L'anagrafe formativa consentirà agli ordini, ai collegi professionali e alle associazioni di appartenenza di concedere, tramite i dati delle partecipazioni inviati dai provider, la certificazione dei crediti conseguiti.

L'Accordo introduce inoltre un nuovo organismo istituzionale: l'Osservatorio nazionale sulla qualità della formazione continua in medicina, l'ONFcOS, che si colloca all'interno della III sezione "Va-

lutazione e reporting della qualità e dell'accessibilità delle attività formative" della Commissione nazionale ECM.

L'organismo ha il compito di monitorare le attività di formazione, con l'obiettivo di migliorarne la qualità, attraverso:

- verifiche e controlli delle attività formative svolte;
- la predisposizione di report per la Commissione nazionale per la formazione continua sui flussi di offerta e domanda formativa, avvalendosi del COGEAPS;
- la definizione di strumenti e procedure per la raccolta dei dati necessari alla costruzione del report annuale sullo stato di attuazione del Piano nazionale;
- la promozione di studi e ricerche per lo sviluppo e l'efficacia di nuove metodologie di valutazione dei percorsi formativi.

I CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DEI CREDITI FORMATIVI

La necessità di dar conto dell'aggiornamento dei professionisti ha portato a definire un sistema di misura comune, che potesse in qualche modo assegnare un valore al bisogno formativo presunto.

Il credito formativo costituisce l'unità di misura di questo sistema condiviso che, di fatto, è la rappresentazione del tempo che presumibilmente è stato dedicato all'apprendimento. Infatti, nonostante alcuni accorgimenti (valorizzazione dei percorsi interattivi, dei piccoli gruppi e della formazione sul campo) non è con i crediti che si misura la pertinenza della formazione rispetto alle esigenze, non si misura l'effettivo apprendimento e tantomeno l'impatto.

Rispetto alle finalità che questo scritto si propone, non è superfluo ricordare che i crediti sono un mezzo e non un fine.

In questi anni, l'introduzione dei crediti e del sistema di classificazione delle tipologie formative individuato per conteggiarli ha spesso prodotto cataloghi di eventi parcellizzati e sconnessi gli uni dagli altri, finalizzati prioritariamente a rispondere all'obbligo previsto, perdendo di vista il fatto che l'apprendimento è un processo continuo di lungo periodo. I programmi formativi non sono considerabili come

indipendenti gli uni dagli altri, in termini di effetti generati nei comportamenti e nei risultati organizzativi, ma devono essere pianificati e valutati in modo interdipendente.

In questo senso l'introduzione del dossier formativo (descritto nelle pagine precedenti) ha l'obiettivo di fornire uno strumento di misura più sofisticato per il sistema ECM: richiama a un'esplicita misura dei bisogni, della pertinenza e della rilevanza delle scelte e dei percorsi formativi, e del grado di raggiungimento dei risultati. Inoltre, l'esistenza di un processo di costruzione dei dossier formativi è di per sé un indicatore di qualità delle capacità individuali e organizzative di governare la formazione.

A giudizio di chi scrive, queste considerazioni sono necessarie a introdurre le tabelle che indicano le attribuzioni di credito alle diverse tipologie di formazione ECM, di seguito integralmente riportate.

Il documento che le contiene, intitolato *Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM*, è stato approvato dalla Commissione nazionale per la formazione continua a gennaio 2010.

La Commissione nazionale per la formazione continua (CNFC) ha stabilito successivamente che dal 1° novembre 2011 convegni, congressi, simposi e conferenze con numero di partecipanti superiore a 200 possono essere accreditati con gli stessi parametri previsti per gli eventi delle stesse tipologie, con numero di partecipanti inferiore a 200, a condizione che il provider si impegni a prevedere la prova di apprendimento e il test di valutazione finale di gradimento, e a trasmetterne i risultati alla Commissione (analogamente alle altre tipologie di eventi). Le caratteristiche strutturali e organizzative di base, richieste ai soggetti candidati alla funzione di provider ECM, sono invece parte integrante dell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012 che, nell'allegato 1, definisce i requisiti minimi e standard per l'accredimento dei provider nazionali e regionali delle province autonome. Gli enti accreditanti (le Regioni) si impegnano ad avviare, entro un anno dalla sottoscrizione dell'Accordo, il procedimento di accreditamento dei provider, e a predisporre l'Albo nazionale dei provider che include i soggetti accreditati sia a livello nazionale che regionale.

Criteri per l'attribuzione di crediti nelle diverse tipologie di formazione ECM

TIPOLOGIE FORMATIVE	VERIFICHE	CREDITI
1. FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES)		
Attività in cui uno o pochi docenti si rivolgono a molti discenti (comunque inferiore a 200 partecipanti) e il livello di interattività è limitato alla possibilità di fare domande e partecipare alla discussione.	- Presenza - Qualità percepita - Valutazione di apprendimento documentata con una prova specifica ed attestata dal Provider	1.0 credito per ogni ora di partecipazione effettiva. Da 1 a 20 partecipanti attribuire il premio del 25% dei crediti formativi previsti; da 21 a 50 partecipanti attribuire il premio del 25% decrescente; da 51 a 100 partecipanti nessun premio; da 101 a 150 partecipanti attribuire la riduzione del 25% ora/credito (1 ora, 0,75 c.f.); da 151 a 200 partecipanti attribuire la riduzione del 50% ora/credito (1 ora, 0,50 c.f.)
2. CONVEGNI CONGRESSI SIMPOSI E CONFERENZE (oltre 200 partecipanti)		
<i>Per le tipologie di cui ai punti 2 (convegni congressi simposi conferenze, senza valutazione di apprendimento ma con dichiarazione scritta del professionista di aver seguito le attività della manifestazione): 5 (gruppi di miglioramento, ecc.); 6 (attività di ricerca); 10 (docenza e tutoring); il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere, complessivamente, il 60% del monte crediti triennale ottenibile da un singolo operatore sanitario (n. 90 crediti formativi su 150).</i>		
Da queste attività, con limitato valore formativo, potrà essere acquisito un limitato numero di crediti in base alla documentazione di registrazione ed alla dichiarazione di partecipazione sottoscritta dall'utente. Per queste attività possono essere utilizzate anche forme di trasmissione a distanza usufruite in simultanea. Queste attività se registrate su materiale durevole e quindi ripetibili nel tempo, costituiscono non più attività residenziale ma FAD. In tal caso occorre la valutazione di apprendimento documentata	- Presenza documentata ad almeno 80% della durata della manifestazione - Qualità percepita - Dichiarazione scritta del professionista di aver seguito le attività del congresso o convegno	La partecipazione consente l'acquisizione dei crediti formativi relativi alle singole giornate: 0,20 crediti per ora per un massimo di 5 crediti (anche se la durata del convegno/congresso è superiore a 3 giorni, 1 settimana).
Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni.	- Presenza - Qualità percepita - Valutazione dell'apprendimento documentata con una prova specifica ed attestata dal Provider	1.0 credito per ogni ora di partecipazione effettiva entro e non oltre i 100 partecipanti. I crediti formativi acquisiti per la partecipazione ai workshop, seminari, corsi teorici, ecc., escludono la possibilità di sommare i crediti formativi previsti con quelli del convegno, congresso, simposio, conferenza di riferimento in base alla semplice registrazione e dichiarazione di partecipazione (c.f. 0,20-5)
3. FORMAZIONE RESIDENZIALE INTERATTIVA (RES)		
Attività in cui i partecipanti svolgono un ruolo attivo e il livello di interazione tra loro e con i docenti è ampio. Si realizzano in genere attraverso lavori di gruppo, esercitazioni, <i>role playing</i> , simulazioni, etc. Si svolgono in sedi appropriate per la didattica, eventualmente attrezzate <i>ad hoc</i> . Possono essere utilizzate anche forme di trasmissione a distanza purché sia garantita un'adeguata interazione col docente/tutor. Per garantire un'adeguata partecipazione è necessario che il numero dei discenti sia limitato (massimo 25 partecipanti per tutor/docente)	- Presenza - Qualità percepita - Valutazione di apprendimento documentata con una prova specifica ed attestata dal Provider	1.5 crediti ogni ora di partecipazione effettiva.

4. TRAINING INDIVIDUALIZZATO (FSC)		
Attività in cui il partecipante in modo attivo acquisisce nuove conoscenze, abilità e comportamenti utili all'esecuzione di attività specifiche, all'utilizzo di tecnologie e strumenti o al miglioramento di aspetti relazionali. Si verificano in genere durante tirocini, training, periodi di affiancamento, supervisione in psicoterapia, etc. Si svolgono in contesti lavorativi qualificati e sulla base di obiettivi ben identificati e di una programmazione specifica. E' necessaria la presenza di un formatore tutor preferenzialmente nel rapporto 1:1 o 1:2 e comunque non oltre 1:3	- Presenza - Qualità percepita - Valutazione di apprendimento valutata dal Tutor (indicato dal Provider accreditato che attesta i crediti) - Rapporto conclusivo a cura del tutor	I crediti sono assegnati al progetto/obiettivo sulla base dell'impegno: 1 credito ogni ora (massimo 6 crediti per giorno a tempo pieno) fino a un massimo di 30 crediti per ogni singola iniziativa.
5. GRUPPI DI MIGLIORAMENTO (FSC)		
<i>Per le tipologie di cui ai punti 2 (convegni e congressi); 5 (gruppi di miglioramento, ecc.); 6 (attività di ricerca); 10 (docenza e tutoring), il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere, complessivamente, il 60% del monte crediti triennale ottenibile da un singolo operatore sanitario (n. 90 crediti formativi su 150).</i>		
Attività in cui l'apprendimento avviene attraverso la interazione con un gruppo di pari e la partecipazione a iniziative mirate prevalentemente al miglioramento di un processo, di una situazione, di una procedura, etc. Prevedono, di solito, la ricerca e l'organizzazione di documentazione, la lettura di testi scientifici e la discussione in gruppo, l'analisi di casi, la redazione, la presentazione e la discussione di elaborati, etc. Includono l'Audit clinico-assistenziale con revisione sistematica e strutturata di argomenti e contesti clinici. Queste attività si svolgono di solito in ambienti lavorativi clinici ma si possono svolgere anche in sedi diverse. E' possibile, e in alcuni casi necessario, l'uso di tecnologie informatiche per la comunicazione a distanza e per l'accesso alla documentazione. Affinché sia possibile riconoscerne la valenza formativa ai fini del rilascio dei crediti è necessario che le attività di miglioramento/studio siano identificate dal Provider con un atto formale (atto aziendale per il SSN), in cui sia specificato l'obiettivo del progetto, il responsabile del progetto, il numero di partecipanti, la durata e il numero degli incontri previsto Tra i gruppi di miglioramento possono essere identificate, a titolo esemplificativo, le seguenti tipologie (tutte attestate da Provider accreditato e validate dalla documentazione prodotta) che si realizzano con la <u>partecipazione a gruppi di lavoro</u>:	- Presenza ad almeno l'80% delle riunioni - Qualità percepita - Valutazione di partecipazione attiva/ apprendimento attestata dal Responsabile del progetto e documentata da un documento o report. Per tutte queste attività è necessaria la designazione formale (con atti aziendali per il SSN) e la presenza documentata alle riunioni/attività sotto la responsabilità del Provider.	1 credito per due ore non frazionabili Si rammenta che ogni progetto è accreditabile per un minimo di 4 incontri equivalente ad un totale di 4 crediti Il numero massimo di partecipanti per questo tipo di FSC è individuato in un massimo di 20
gruppi di lavoro/studio /miglioramento finalizzati al miglioramento della qualità, alla promozione della salute, all'accreditamento e alla certificazione di sistemi, dell'organizzazione di servizi, di prestazioni, della comunicazione con i cittadini, etc.; circoli di lettura di articoli scientifici, discussioni su casi clinici, su problemi assistenziali e cure primarie, circoli di gestione delle criticità di programmi di prevenzione e di emergenze. comitati aziendali permanenti (ad esempio comitato etico, per il controllo delle infezioni, il buon uso degli antibiotici o del sangue, il prontuario terapeutico, la sicurezza ed emergenze sul lavoro, HACCP, ospedale senza dolore, etc.); commissioni di studio (interaziendali, dipartimentali, aziendali) comunità di apprendimento o di pratica: gruppo o network professionale con obiettivo di generare conoscenza organizzata e di qualità. Non esistono differenze gerarchiche perché il lavoro di ciascun componente è di beneficio all'intera comunità. Possono avvalersi anche di tecniche web.	Il Responsabile del gruppo è indicato dal Provider che attesta i crediti, è identificato nella delibera ed ha diritto ad un aumento del 50% dei crediti	

6. ATTIVITA' DI RICERCA (FSC)

Per le tipologie di cui ai punti 2 (convegni e congressi); 5 (gruppi di miglioramento, ecc.); 6 (attività di ricerca); 10 (docenza e tutoring), il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere, complessivamente, il 60% del monte crediti triennale ottenibile da un singolo operatore sanitario (n. 90 crediti formativi su 150).

a) Attività di ricerca programmate da Provider accreditato. Partecipazione a studi finalizzati a ricercare nuove conoscenze rispetto a determinanti della salute e delle malattie e alle modalità assistenziali. La partecipazione si realizza nell'ambito dello svolgimento della ricerca e prevede attività di studio e organizzazione di documentazione bibliografica, di collaborazione al disegno dello studio, di raccolta ed elaborazione di dati, di discussione in gruppo sui risultati, di redazione, presentazione e discussione di elaborati, etc. Queste attività si riferiscono a contesti lavorativi specifici ma si svolgono anche in sedi diverse anche con tecnologie informatiche per la comunicazione a distanza e per l'accesso alla documentazione.	- Presenza/ partecipazione - Valutazione di partecipazione/ apprendimento attestata dal Responsabile del progetto e documentata da una relazione-report Attestata da Provider accreditato che ha organizzato l'attività di ricerca. Disponibilità di una relazione scritta sugli esiti della ricerca	Da 1 a 3 crediti per ogni iniziativa, in funzione dell'impegno previsto e della rilevanza dell'esito
b) Attività di ricerca non pianificate da un Provider ma che danno esito a pubblicazione scientifiche.	Per le pubblicazioni scientifiche l'attribuzione dei crediti avverrà da parte dell'Ordine o Associazione professionale secondo la tabella indicata a lato	Tabella: - Citazioni su riviste citate nel Citation Index - primo nome 3 crediti - altro nome 1.0 credito - Pubblicazioni su riviste non citate su C.I. ed atti di congressi nazionali o internazionali - primo nome 1.0 credito - altro nome 0.5 credito capitoli di libri e monografie - primo nome 2 crediti - altro nome 1 credito

7. AUDIT CLINICO E/O ASSISTENZIALE

Partecipazione ad audit Affinché sia possibile riconoscerne la valenza formativa ai fini del rilascio dei crediti è necessario che tale attività sia identificata con atto formale del Provider in cui sia specificato l'obiettivo del progetto, il responsabile, il numero di partecipanti, la durata e il numero degli incontri previsti - I professionisti esaminano la propria attività e i propri risultati, in particolare attraverso la revisione della documentazione sanitaria e la modificano se necessario. L'attività di Audit si articola nelle seguenti fasi: - identificazione delle aree cliniche e dei problemi assistenziali oggetto della valutazione, con conseguente identificazione del campione di pazienti; - identificazione del set di informazioni da raccogliere per ciascun caso secondo modalità standardizzate, rilevanti ai fini della valutazione; - identificazione dei parametri di riferimento (criteri, indicatori e relativi standard); - analisi dei dati raccolti ai fini di un confronto tra i profili assistenziali e i loro esiti clinici documentati e gli standard di riferimento; - definizione delle opportune strategie di miglioramento laddove sia stata riscontrata una significativa differenza tra i profili assistenziali documentati e gli standard professionali di riferimento; - ripetizione del processo di valutazione e gli interventi attuati per ottenere e/o sostenere il miglioramento.	Verbale di ogni riunione Presenza ad almeno il 90% delle riunioni con attività equamente distribuita tra i partecipanti Partecipazione attestata dal Responsabile dell'AUDIT Qualità percepita da parte dei partecipanti Relazione conclusiva del Responsabile di progetto.	2 crediti per 2 ore non frazionabili Ogni progetto è accreditabile per un minimo di 3 incontri/progetto L'assegnazione dei crediti è uguale per tutti i partecipanti perché le attività previste dal processo di audit devono essere equamente distribuite tra tutti In ogni progetto possono essere coinvolti fino ad un massimo di 20 partecipanti
--	--	--

8. AUTOAPPRENDIMENTO SENZA TUTORAGGIO (FAD)		
Utilizzazione individuale di materiali durevoli e sistemi di supporto per l'autoapprendimento. La preparazione e distribuzione dei materiali è effettuata dal Provider accreditato. Non è prevista l'azione di guida o il supporto di un tutor, ma solo i processi di valutazione. La valutazione dell'apprendimento costituisce anche verifica di partecipazione	- Presenza documentata dal test di valutazione - Qualità percepita - Verifica dell'apprendimento con strumenti autocompilati e appropriati predisposti dal Provider * (Nota 2) che provvede all'attestazione	1 credito per ogni ora di impegno previsto. (*) (Nota 3) (*) (Nota 4)
9. AUTOAPPRENDIMENTO CON TUTORAGGIO (FAD)		
Utilizzazione individuale di materiali durevoli e sistemi di supporto per l'autoapprendimento, con l'azione di guida e di supporto di un tutor in tempo reale o anche in differita breve (48 ore).	- Presenza/ partecipazione documentata dal test di valutazione - Qualità percepita - Valutazione dell'apprendimento documentata da prova specifica e attestata dal Provider	1.5 crediti per ogni ora di impegno previsto.
10. DOCENZA E TUTORING + ALTRO		
<i>Per le tipologie di cui ai punti 2 (convegni e congressi); 5 (gruppi di miglioramento, ecc.); 6 (attività di ricerca); 10 (docenza e tutoring), il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere, complessivamente, il 60% del monte crediti triennale ottenibile da un singolo operatore sanitario (n. 90 crediti formativi su 150).</i>		
Docenza o Relazioni a eventi residenziali accreditati.	Documentazione attestata dal Provider	1 credito per ½ ora di docenza o relazione - 2 crediti ogni ora effettiva di docenza o relazione
Tutoring per training individualizzato oppure di aula in eventi accreditati.	Documentazione attestata dal Provider	5 crediti per settimana lavorativa (o 1 Credito al giorno)
Coordinamento di attività di FSC Responsabile /Coordinatore di Gruppi di lavoro, di studio o Miglioramento in qualità	Documentazione attestata dal Provider	50% in più dei crediti formativi attribuiti al progetto di riferimento
Tutoring per Tirocini di valutazione e/o obbligatori (esame di abilitazione- internato studenti in Medicina- formazione MMG- professioni sanitarie).	Documentazione attestata dall'Ente Erogatore dell'attività ed indirizzata all'Ordine Professionale o al Collegio per l'emissione dell'attestazione e l'erogazione dei crediti	4 crediti/per mese di tutorato * limite di utilizzo per ciascun professionista: 50% dei crediti di ogni anno
(*) Nota 2 Per la FAD che utilizza strumenti informatici nei test a scelta multipla deve essere prevista la variazione casuale ma sistematica dell'ordine dei quesiti e dell'ordine delle risposte esatte (*) Nota 3 Per i crediti da attività FAD di Provider non italiani (EU, USA, Canada, Ad es: Medscape, Giornali Scientifici, etc) il certificato ottenuto dal provider FAD straniero deve essere trasmesso a cura del professionista della Sanità all'Ordine o Associazione professionale e registrato con il 50% dei crediti attestati (*) Nota 4 Per la tipologia formazione a distanza con o senza tutoraggio, il numero massimo dei crediti acquisibili dagli infermieri professionali non può eccedere complessivamente il 60% del monte dei crediti triennali ottenibili da ogni singolo infermiere professionale (n. 90 crediti formativi su n. 150 crediti formativi) in attesa della definizione del dossier formativo.		

LA GOVERNANCE DEL SISTEMA ECM

Il processo di riordino ECM ha individuato nell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari la "casa comune", a livello nazionale, in cui collocare la Commissione nazionale e gli organismi che la corredano.

Con il Decreto ministeriale del gennaio 2012 è stata ricostituita la Commissione ECM quale organo di programmazione e governo del sistema, così come indicato dal Decreto 502/1999.

In questo nuovo assetto, la Commissione si avvale di altri organi istituzionali:

- il Comitato di garanzia per le regole e il controllo sulle forme di sponsorizzazione;
- il Comitato tecnico delle Regioni, tavolo tecnico di rappresentanza regionale i cui membri sono designati dalla Commissione salute;
- l'Osservatorio nazionale, composto da esperti nel campo della formazione e della valutazione;
- il COGEAPS, in quanto ente gestore dell'anagrafe formativa;
- la Consulta nazionale della formazione permanente, come organo tecnico di consulenza in rappresentanza di società scientifiche, sindacati, associazioni.

In un quadro socio-economico in profondo cambiamento e in contrazione di risorse, parlare di ECM diventa ancora più importante. La formazione diventa una forte opportunità, sia per l'innovazione delle organizzazioni sia per il sostegno alle comunità professionali in un sistema sanitario in difficoltà, poiché la sua difesa passa anche dalla qualità professionale degli operatori e delle organizzazioni.

LETTURE CONSIGLIATE

- Bateson G (1976). Verso una ecologia della mente. Milano: Adelphi.
- Bateson G (1984). Mente e natura. Milano: Adelphi.
- Biocca M, Artioli G, Lelli MB et al (2007). Educazione Continua in Medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Dossier 150. Bologna: ASR Regione Emilia-Romagna. [Link alla risorsa]
- Biocca M, Lelli MB, Righi M, Ventura M (2008). Educazione Continua in Medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Dossier 168. Bologna: ASR Regione Emilia-Romagna. [Link alla risorsa]
- Bortone G, ed. (2008). Formazione e cambiamento. Teoria e prassi. Roma: Aracne.
- Carli R, Paniccchia RM (2004). Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica. Bologna: il Mulino.
- Ceci A, Prandi F, Ruozi C (2002). Coniugare organizzazione e professionalità: la valorizzazione delle risorse umane. In: Cipolla C, Giarelli G, Altieri L. Valutare la qualità in sanità. Milano: Franco Angeli.
- Forum RUSAN 2008 (2008). Professioni e professionalità in sanità: nuovi adattamenti per nuovi bisogni. Mecosan - Management ed Economia Sanitaria, 17 (67): 115-27.
- Gherardi S (1990). Le micro-decisioni nelle organizzazioni. Bologna: il Mulino.
- Loiodice I (2006). Politiche per l'educazione degli adulti: proposte. Lifelong Lifewide Learning, Rivista online di Edaforum, 2 (4). [Link alla risorsa]
- Prandi F, Ruozi C (2000). L'addestramento del personale. In: Mortilla MG, Ricci E, Rinaldi G, eds. La certificazione del sistema qualità di un servizio sanitario. Torino: UTET.
- Quaglino GP, Carrozzi GP (1992). Il processo di formazione. Milano: Franco Angeli.

ALTRI TITOLI DELLA COLLANA

“CONTRIBUTI PER IL GOVERNO CLINICO”

Volume 1

Le organizzazioni sanitarie

A cura di Roberto Grilli

Volume 2

Gestione del rischio e del contenzioso

A cura di Martina Brini e Francesco Taroni

Volume 3

Appropriatezza. Una guida pratica

A cura di Stefania Rodella e Davide Botturi

Volume 4

Valutazione delle performance cliniche

Roberto Grilli

Volume 5

Il governo dell'innovazione nei sistemi sanitari

Luciana Ballini

Volume 7

Audit clinico: uno strumento per favorire il cambiamento

Dante Baronciani, Enrica Perrone, Nicola Magrini

