



*DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE*

*DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio III ex D.G.PROG.*

LA FORMAZIONE PER IL GOVERNO CLINICO



Aprile 2013

***“Education is the most powerful weapon which you can use
to change the world.”***

(l'educazione è l'arma più potente che puoi usare per cambiare il mondo)

Nelson Mandela

INDICE

PARTE PRIMA.....	5
1. L'importanza della formazione per lo sviluppo di un servizio sanitario di livello avanzato.....	6
1.1 Introduzione.....	6
1.2 Contesto internazionale	7
2. I principi del governo clinico	12
3. La formazione per il Governo clinico	17
4. La competenza.....	22
5. Le metodologie per rilevare i bisogni formativi	25
6 La progettazione formativa	29
7. Le metodologie di formazione per il miglioramento della qualità	31
8. Metodologie di valutazione della formazione	35
PARTE SECONDA	39
1.L'Educatione continua in medicina (ECM)	40
2.Il Riordino del Sistema ECM.....	44
Riferimenti bibliografici.....	54

Presentazione

Il miglioramento della qualità dei servizi sanitari non è un tema nuovo ma le sfide che il sistema sanitario deve oggi fronteggiare, in particolare i rapide e costanti progressi scientifici e tecnologici, l'invecchiamento della popolazione e la cronicità, le limitate risorse disponibili, comportano una attenzione particolare alle competenze dei professionisti e al mantenimento di standard adeguati nella pratica clinica ed assistenziale.

Il Ministero della salute da tempo pone al centro delle sue iniziative a sostegno della qualità e sicurezza la formazione, intesa come fattore strategico necessario per il raggiungimento degli obiettivi previsti in tal senso dalla programmazione nazionale.

La garanzia di una formazione di qualità è una responsabilità collettiva che coinvolge in primo luogo la comunità accademica, il sistema sanitario nazionale in tutte le sue articolazioni, la comunità scientifica e gli organismi di rappresentanza dei professionisti che operano in sanità.

Tale documento prosegue l'efficace collaborazione del Ministero della salute con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) e la Federazione Nazionale Collegi Infermieri (IPASVI) che ha consentito di realizzare documenti e corsi di formazione su vari temi della qualità e sicurezza delle cure.

Rispetto ad una realtà in continuo cambiamento, alle aspettative dei pazienti e dei professionisti, i responsabili delle politiche sanitarie, ai vari livelli ed i responsabili della formazione devono supportare i professionisti nel migliorare il proprio lavoro, ma soprattutto indirizzare le politiche dell'apprendimento, adottando sistemi strutturati di valutazione e rivalutazione periodiche, al fine di affrontare le sfide legate a nuovi scenari per ridisegnare il sistema di cure.

Francesco BEVERE
DIRETTORE GENERALE

PARTE PRIMA

“Mentre le organizzazioni sanitarie stanno avviando una serie di strategie per migliorare l'assistenza e rispondere ai cambiamenti normativi e di politica, molti operatori non hanno ricevuto una formazione sulla qualità e la sicurezza come parte della loro istruzione formale”

Jones CB, Mayer C, Mandelkehr LK

1. L'importanza della formazione per lo sviluppo di un servizio sanitario di livello avanzato

1.1 Introduzione

Negli ultimi dieci anni sono state prese diverse iniziative a livello internazionale per migliorare la qualità nell'ambito della formazione dei professionisti sanitari. Esse comprendono la definizione di standard e la creazione di sistemi per il riconoscimento e l'accreditamento dei programmi e delle istituzioni educative. Infatti, i continui e rapidi cambiamenti che interessano il mondo sanitario impongono ai formatori la responsabilità di indirizzare i professionisti verso un apprendimento che consenta di far fronte a tali cambiamenti e di favorire lo sviluppo di un servizio sanitario di livello avanzato.

Il raggiungimento di tali obiettivi è strettamente correlato alla qualità dell'istruzione e della formazione in sanità; esse, infatti, attraverso la crescita delle competenze dei professionisti sanitari, svolgono un ruolo fondamentale nella risposta ai cambiamenti e per il perseguimento degli obiettivi strategici dei Sistemi sanitari, questione cruciale e di importanza nazionale per ogni paese.

La garanzia di una formazione di qualità è una responsabilità collettiva che coinvolge in primo luogo la comunità accademica; infatti, pianificare ed erogare "formazione" richiede primariamente una attiva partecipazione delle scuole di medicina, coinvolge inoltre i sistemi sanitari e le istituzioni di governo e prevede un ampio spettro di attività, compreso l'accreditamento delle istituzioni educative e dei programmi e la regolamentazione dei profili professionali (iscrizione, certificazioni, licenze). Non esiste, infatti, un'unica via per migliorare la qualità della formazione sanitaria, per ottenere risultati significativi e duraturi le istituzioni devono essere orientate verso un processo continuo di sviluppo della qualità. Le questioni da affrontare sono essenzialmente due: la formazione di base dei professionisti sanitari e il mantenimento costante di una formazione aggiornata rispetto a conoscenze che cambiano continuamente e che richiedono competenze adeguate.

La sfida è di sviluppare curricula efficaci ed innovativi che rispondano alla necessità di preparare i professionisti ad operare in differenti contesti e con differenti tipologie di pazienti.

La formazione in sanità deve rivedere le modalità di insegnamento e la strategia di apprendimento, è sfruttando le nuove opportunità nella costruzione dei *curricula*, attraverso l'elaborazione di nuovi modelli di apprendimento e di insegnamento e la realizzazione di meccanismi di sostegno agli studenti e agli operatori sanitari.

Nella Relazione "High Care for All", Lord Darzi ha detto:

Dobbiamo fare di più per cogliere le potenzialità della formazione come leva per il miglioramento del servizio. Ha inoltre descritto un futuro in cui tutti i pazienti possano veder riconosciuto il diritto di essere trattati con "dignità e rispetto" e di avere uno standard professionale di cura fornito da personale adeguatamente qualificato e con esperienza, in un ambiente pulito e sicuro.

1.2 Contesto internazionale

Oms

La necessità di rafforzare i sistemi sanitari è diventata una delle sfide più urgenti per i responsabili delle politiche sanitarie, per gli operatori, i manager e per i cittadini.

Il successo delle politiche sanitarie e del miglioramento delle cure dipende da coloro i quali erogano le cure. La performance complessiva dei sistemi sanitari è criticamente correlata alla performance dei professionisti, pertanto il ruolo dei professionisti è determinante, a prescindere dalla tipologia di sistema sanitario e dalle risorse disponibili.

L'OMS è impegnata a sostenere gli Stati membri nei loro sforzi per migliorare la qualità dell'istruzione e della formazione degli operatori sanitari e per introdurre nei sistemi nazionali un approccio *evidence-based* nella formazione e nella pratica.

Nel corso di questi ultimi anni ha proposto programmi, fornito indicazioni e linee-guida per sostenere i paesi membri nel perseguire politiche di miglioramento dello stato di salute della popolazione e in particolare supportare i paesi a raggiungere gli obiettivi previsti dall'agenda del *Millennium Development Goals* (MDGs).

Uno dei fattori strategici per conseguire i risultati previsti è rappresentato dalle risorse umane, dalle loro competenze e quindi dalla formazione fornita agli operatori.

Nel 2004 l'Oms e il World Federation for Medical Education (WFME), hanno proposto un piano per la formazione dei medici e, in generale, dei professionisti sanitari, con la partecipazione di istituzioni impegnate nella formazione degli operatori sanitari.

Il piano prevede:

- Un data base condiviso che include le esperienze aggiornate nell'attuazione di processi di miglioramento della qualità nelle scuole di medicina
- Accesso alle informazioni sulle scuole e alla descrizione del loro approccio alla formazione
- Promozione di gemellaggi tra scuole e altre istituzioni per promuovere una formazione innovativa
- Strumenti per aggiornare la gestione delle scuole di medicina

- Assistenza alle istituzioni nazionali ai fini di attuare una riforma dei programmi o nell'istituire sistemi di riconoscimento/accreditamento
- Revisione di buone pratiche nella formazione medica che possano servire come esempio o come fonte di ulteriori innovazioni

In particolare, l'OMS ha sostenuto la formazione nell'ambito della qualità e della sicurezza dei pazienti, invitando le Autorità e le istituzioni professionali ed accademiche dei paesi membri ad alzare il livello di consapevolezza sulla necessità di una formazione specifica sulla sicurezza dei pazienti e ad avallare la *WHO Patient Safety Curriculum Guide*.

Nel 2009, a seguito di una revisione dei risultati pubblicati e attraverso un ampio processo di consultazione internazionale, l'OMS ha pubblicato la *WHO Patient Safety Curriculum Guide* che contiene informazioni e un curriculum completo con i principi essenziali della sicurezza dei pazienti.

Inoltre, nel 2011 l'OMS ha pubblicato la *Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide* che aiuta le università e le scuole di odontoiatria, medicina, farmacia, scienze infermieristiche e ostetriche ad insegnare “la sicurezza dei pazienti”. La guida sostiene la formazione di tutti i professionisti sui concetti, i principi e le pratiche per la sicurezza dei pazienti. Tale problematica non è specifica di una professione sanitaria: ogni disciplina e ogni professione sanitaria dovrebbe includere, oltre a competenze specifiche, anche quelle sulla sicurezza dei pazienti.

La Guida è suddivisa in due parti: la parte A fornisce un supporto pratico e un orientamento per gli educatori sui metodi di formazione in tema di sicurezza e una parte B contiene gli 11 ambiti sui quali è necessario sviluppare la formazione.

Ambiti di formazione

1. Che cos'è la sicurezza dei pazienti?
2. Quali sono i fattori umani e la loro importanza per la sicurezza dei pazienti?
3. Comprendere i sistemi e l'impatto della complessità sulla cura dei pazienti
4. Saper lavorare in squadra
5. Comprendere e imparare dagli errori
6. Conoscere e gestire il rischio clinico
7. Introdurre metodi di miglioramento della qualità
8. Coinvolgere i pazienti e coloro che se ne prendono cura
9. Controllare e ridurre le infezioni
10. Sicurezza dei pazienti e procedure invasive
11. Migliorare la sicurezza nella terapia farmacologica

Unione Europea

Key competences in the shape of knowledge, skills and attitudes appropriate to each context are fundamental for each individual in a knowledge-based society. They provide added value for the labour market, social cohesion and active citizenship by offering flexibility and adaptability, satisfaction and motivation. Because they should be acquired by everyone, this recommendation proposes a reference tool for European Union (EU) countries to ensure that these key competences are fully integrated into their strategies and infrastructures, particularly in the context of lifelong learning.

Questi principi sono i presupposti della Raccomandazione del Parlamento europeo e del Consiglio Europeo sulle competenze chiave per la formazione continua (**Recommendation of the European Parliament and of the Council on key competences for lifelong learning-2006/962/EC**).

La Raccomandazione sottolinea alcuni aspetti:

- Le *competenze chiave* per l'apprendimento continuo sono una combinazione di conoscenze, abilità e attitudini appropriate al contesto. Sono particolarmente necessarie per la realizzazione e l'accrescimento personale, l'inclusione sociale, la cittadinanza attiva e la possibilità occupazionale.
- Le *competenze chiave* sono essenziali in una società basata sulla conoscenza e garantiscono una maggiore flessibilità della forza lavoro, consentendo di adattarsi più rapidamente ai continui cambiamenti in un mondo sempre più interconnesso. Sono anche un importante fattore di innovazione, di produttività e competitività e contribuiscono alla motivazione e alla soddisfazione dei lavoratori e alla qualità del lavoro.
- Le *competenze chiave* devono essere acquisite da:
 - giovani al termine della loro formazione obbligatoria, preparandoli per la vita lavorativa, fornendo nel contempo la base per l'ulteriore apprendimento
 - adulti nel corso della loro vita, attraverso un processo di sviluppo ed aggiornamento delle competenze.

Anche in ambito europeo si è prestata particolare attenzione alla formazione per la qualità e la sicurezza della cure. La Raccomandazione del Consiglio Europeo del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (2009/C 151/01), prevede al punto 4 la promozione, l'istruzione e la formazione del personale sanitario sulla sicurezza dei pazienti:

- a) favorire la formazione multidisciplinare sulla sicurezza dei pazienti di tutti gli operatori sanitari, compreso personale amministrativo e la direzione delle strutture sanitarie;
- b) inserire la tematica della sicurezza dei pazienti nella formazione universitaria e post universitaria e nella formazione continua del personale sanitario;
- c) considerare lo sviluppo di *core competence* in materia di sicurezza dei pazienti, in particolare conoscenze, attitudini e competenze fondamentali e necessarie per fornire un'assistenza sanitaria più sicura;
- d) fornire e diffondere informazioni a tutto il personale sanitario sugli standard di sicurezza, sui rischi e sulle misure in atto per ridurre o prevenire gli errori e/o i danni, comprese le migliori pratiche e promuovere il coinvolgimento degli operatori;
- e) collaborare con le organizzazioni coinvolte nella formazione professionale in campo sanitario, per assicurare che la sicurezza del paziente riceva la giusta attenzione nei programmi di formazione universitaria e di formazione permanente, compreso lo sviluppo delle competenze necessarie per gestire e realizzare i cambiamenti comportamentali atti a migliorare la sicurezza dei pazienti attraverso cambiamenti del sistema.

Nel 2007 è stato pubblicato un documento prodotto da una Task force internazionale, istituita nell'ambito del *Thematic Network on Medical Education in Europe (MEDINE)*, che comprende oltre cento istituzioni europee coinvolte nelle tematiche della qualità nella formazione medica. Essa è presieduta congiuntamente dalla World Federation for Medical Education (WFME) e dall'Association of Medical Schools in Europe (AMSE) e sponsorizzato dalla Commissione europea.

Gli obiettivi sono:

- migliorare gli standard della formazione medica in Europa attraverso la condivisione e la disseminazione di buone pratiche e di metodi e strumenti per il miglioramento della qualità;
- analizzare le modalità di adattamento degli standard WFME al contesto europeo e al processo di Bologna al fine di stabilire i requisiti minimi che devono garantire le scuole di medicina in Europa.
- produrre un set di standard per la qualità della formazione medica in Europa. anche nella prospettiva di favorire la mobilità di studenti e professionisti nell'area europea.

Il Processo di Bologna

Nel 1999, i Ministri dell'istruzione di 29 paesi europei hanno firmato la Joint Declaration on the European Higher Education Area, Dichiarazione di Bologna, per riformare l'istruzione superiore attraverso la creazione di una European Higher Education Area entro il 2010. L'approccio è stato quello di mettere a punto un sistema omogeneo di titoli comparabili, credito accademico ordinario e

sistema di formazione professionale continua. Lo scopo è di assicurare agli studenti e ai professionisti una maggiore mobilità e garantire una qualità uniforme. Attualmente 40 paesi hanno iniziato il processo di attuazione, tuttavia esso procede più lentamente nel campo della medicina poiché l'adozione di un sistema suddiviso in due cicli (bachelor/master) è oggetto di discussione. A partire dal 2007, un sondaggio ha rilevato che sette paesi hanno già adottato il sistema a due cicli, mentre 19 sono contrari e 15 non hanno preso una decisione o lasciano autonomia alle scuole di medicina del proprio paese.

L'International Federation of Medical Student Association (IFMSA) ha rilevato che se uno dei due cicli non viene uniformemente adottato da tutti i paesi firmatari del Processo di Bologna, potrebbero sorgere problemi circa la mobilità e il riconoscimento del titolo di laurea. L'IFMSA sostiene la proposta di un Core Curriculum europeo nel settore dell'istruzione medica e propone che la laurea in medicina sia necessaria per accedere ad un programma di Master.

2. I principi del governo clinico

Donaldson, nel 1998, ha definito il Governo Clinico come: *un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.*

Il Governo clinico presuppone un approccio integrato che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in termini di salute e l'uso efficiente delle risorse.

La gestione del SSN secondo le logiche del Governo clinico richiede l'impiego di metodologie e strumenti quali le linee guida, i profili di assistenza basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, sistemi informativi, documentazione clinica a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata ecc. Tali strumenti devono essere sostenuti da una politica sanitaria che ne incentivi e ne renda concretamente possibile l'utilizzo e dalla costruzione di relazioni tra le diverse competenze presenti nelle organizzazioni sanitarie che favoriscano una cultura della responsabilizzazione verso la qualità.

Per creare queste condizioni e per realizzare, quindi, il sostanziale cambiamento culturale nel contesto del SSN, è necessario tener presenti alcuni principi e valori sui quali il governo clinico deve fondarsi: condivisione multidisciplinare e interprofessionale, pratiche basate sulla evidenza, formazione basata sull'evidenza, imparare dall'esperienza, responsabilizzazione, accountability, sviluppo professionale. Si tratta di principi e valori condivisibili che devono rappresentare il *motivo conduttore* dei processi formativi.

Condivisione multidisciplinare e interprofessionale

La qualità e la sicurezza della pratica clinica e dei processi assistenziali si fondano sulla competenza non tanto e non solo del singolo operatore, quanto, piuttosto, dei team clinici e del loro grado di coordinamento ed integrazione, con il supporto di un ambiente organizzativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi.

Un'attività formativa efficace deve fondarsi, pertanto, su principi quali condivisione, gruppi, coordinamento, integrazione, collaborazione.

In particolare, le conoscenze possono più facilmente trasferirsi nelle pratiche di lavoro quando il processo formativo coinvolge tutte le figure professionali che partecipano al processo di

cura. Si tratta di sviluppare, oltre alle competenze tecnico-specifiche, le meta-competenze che consentono un agire comune delle diverse professioni.

Medicina basata sull'evidenza e linee guida

“ L'Evidence-based medicine (EBM) è l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso della migliore evidenza scientifica disponibile per prendere decisioni sulla cura di singoli pazienti. La pratica EBM significa integrare l'esperienza clinica individuale con la migliore evidenza clinica esterna disponibile, prodotta da una ricerca sistematica ”. (Sackett et al: EBM: What it is and what it isn't. BMJ 1996;212:71-72.)

Tale concetto si connette con la definizione di linea guida ovvero “raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche”.

Si definiscono profili di cura o percorsi diagnostico-terapeutici i risultati degli adattamenti delle linee guida alle situazioni locali, con le loro specifiche caratteristiche organizzative e gestionali.

Le linee guida nascono quindi per rispondere a un obiettivo fondamentale: assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi, riducendo al minimo quella parte di variabilità nelle decisioni cliniche che è legata alla carenza di conoscenze e alla soggettività nella definizione delle strategie assistenziali.

Formazione basata sull'evidenza (Evidence-based training)

Nell'ottica del governo clinico, il principio dell'Evidence-based medicine rimanda alla necessità di utilizzare profili di assistenza basati su prove di efficacia degli interventi sanitari; allo stesso modo, la formazione “evidence-based” deve avvalersi di metodologie e strumenti “basati sull'efficacia”, nonché di sistemi di verifica dell'impatto e dell'efficacia formativa. La verifica ex post della formazione sui comportamenti professionali e sui risultati di salute e organizzativi deve, pertanto, essere parte integrante dei processi formativi e riuscire a prevedere i cambiamenti che essa produrrà nel contesto di riferimento.

Imparare dall'esperienza

Nell'ambito del governo clinico, *imparare dall'esperienza* comporta l'utilizzo di strumenti, tecniche e metodologie come l'audit clinico ed il ricorso a indicatori di performance. Nel contesto formativo, lo stesso concetto implica la costruzione di spazi e tempi per fare esperienza, sperimentare, mettersi in gioco, simulare, agire e successivamente 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 apprendimento”, 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. Formarsi sul campo vuol dire attingere dal quotidiano operativo, esplorarlo, rivederlo, valutarlo, modificarlo, sperimentarlo. Significa considerare i problemi di lavoro come opportunità, 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 scientifica. Il monitoraggio attento e sistematico dei processi, attuato sul campo con la partecipazione dei professionisti, può contribuire a realizzare quel miglioramento continuo della qualità dei servizi delineato dal Governo clinico.

Nel contesto dell’ *imparare dall’esperienza* deve essere sottolineato il ruolo preminente dell’Audit clinico.

L’audit clinico è una metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell’assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell’impatto delle misure correttive introdotte.

Ai fini della programmazione è opportuno sottolineare che l’attività di audit clinico si differenzia dalla semplice raccolta di dati, la quale si limita a confrontare la pratica clinica con quella definita dagli standard: ciò costituisce solo una parte del processo di audit che prevede la valutazione degli scostamenti, le azioni di miglioramento e la valutazione delle iniziative intraprese. L’audit clinico va distinto anche da ciò che i professionisti svolgono nel loro operare quotidiano e talora impropriamente definito come audit, ovvero:

- la discussione dei casi clinici, delle procedure adottate, della casistica senza definire a priori gli standard con cui confrontarsi;
- la raccolta dei dati relativi alle attività che spesso non vengono portati a conoscenza e discussi dai professionisti;

- l'introduzione di cambiamenti delle prassi esistenti senza conoscere a priori il divario rispetto all'obiettivo che si ipotizza di raggiungere o senza una precisa definizione del piano di valutazione degli interventi messi in atto.

Infine, l'audit clinico, poiché verifica la buona qualità della pratica corrente rispetto a standard, non va confuso con la ricerca clinica la quale mira a definire le caratteristiche della buona pratica in un ambito ignoto o poco conosciuto.

Si sottolinea che l'audit clinico può valutare aspetti relativi a struttura e risorse (es. personale sanitario, logistica, apparecchiature, dispositivi), processi (es. documentazione clinica, appropriatezza e applicazione delle procedure clinico assistenziali, organizzazione dei processi clinici, tempi di attesa e modalità di accesso), esiti (es. recidive, mortalità, soddisfazione dei pazienti riammissioni in ospedale non programmate).

La scelta del tema è vincolata alla presenza di standard di riferimento, di dati affidabili e accessibili e alla possibilità di sviluppare interventi di miglioramento. La priorità del tema deve essere valutata in funzione di:

- alti volumi/frequenza dell'attività
- alta rischiosità/criticità dell'attività per i pazienti
- alti costi/processi ad elevato impegno di risorse
- alta complessità/prestazioni ad elevato livello clinico-assistenziale e organizzativo
- alta variabilità/eterogeneità
- interesse e importanza per i professionisti/opportunità di sviluppo professionale
- rilevanza per l'attività del dipartimento/rispondente agli obiettivi di miglioramento
- rilevanza per le politiche della struttura sanitaria/rispondente agli impegni per il miglioramento della qualità
- rilevanza per i cittadini e pazienti/ efficacia e sicurezza delle cure
- alto contenuto innovativo/HTA

Particolare attenzione deve essere posta alla costituzione del gruppo di lavoro, all'interno del quale devono essere rappresentate tutte le competenze necessarie per effettuare un'analisi approfondita del processo di cura o del particolare problema individuato.

Tenendo conto del ruolo fortemente formativo, deve essere prevista la presenza dei giovani professionisti e dei medici in formazione per i quali l'audit è un momento di apprendimento e di crescita professionale.

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 i professionisti basate sulla fiducia e sulla condivisione di obiettivi, da costruire attraverso il coinvolgimento degli operatori nel governo delle organizzazioni sanitarie. In questo senso, la "responsabilizzazione" è intesa come necessario corollario alla "partecipazione"; questa, insieme alla condivisione degli obiettivi, rappresenta uno dei principi su cui si fonda la formazione che deve sempre coinvolgere i partecipanti nella costruzione del percorso di apprendimento, attraverso l'analisi dei bisogni e la contrattazione degli obiettivi formativi.

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 nella pratica di lavoro quotidiana le competenze acquisite o di perfezionare le competenze ai fini dello svolgimento del compito, attraverso programmi prestabiliti che prevedano modalità di tutoraggio e affiancamento, tempistica, sistemi di valutazione.

Sviluppo professionale

I sistemi di gestione della formazione nelle aziende sanitarie devono puntare, secondo le logiche del Governo clinico, ad un cambiamento "culturale e valoriale" riferito al lavoro dei professionisti e "cognitivo" relativo alle conoscenze già possedute, garantendo agli operatori l'acquisizione della flessibilità necessaria a gestire le innovazioni e i cambiamenti dentro i contesti di cura. Inoltre è necessario costruire contesti di "apprendimento complesso", che incidono non tanto sull'acquisizione di conoscenze o di nuove tecniche, ma sui modelli cognitivi e culturali alla base dell'agire professionale.

3. La formazione per il Governo clinico

“Mentre le organizzazioni sanitarie stanno avviando una serie di strategie per migliorare l'assistenza e rispondere ai cambiamenti normativi e di politica, molti operatori non hanno ricevuto una formazione sulla qualità e la sicurezza come parte della loro istruzione formale”

Formazione per la qualità

Ogni attività che in modo esplicito si propone di insegnare ai professionisti i metodi e le competenze che potrebbero essere utilizzate per analizzare e migliorare la qualità.

La formazione rappresenta un determinante fondamentale del governo clinico, infatti il miglioramento della qualità non significa solamente *“fare meglio e con maggior impegno le stesse cose”*, ma richiede un approccio diverso dal tradizionale apprendimento *“basato sulla realtà”* e ha bisogno di una nuova serie di conoscenze e competenze.

La formazione è una leva efficace per migliorare la qualità del sistema sanitario, nonostante ciò, l'istruzione e le iniziative di formazione non rappresentano sempre una priorità per i responsabili politici e i professionisti.

Il miglioramento della qualità non può esaurirsi nella semplice definizione di miglioramento continuo della qualità o gestione totale della qualità (total quality management), ma deve essere piuttosto considerato come un modo di affrontare il cambiamento in sanità che si concentra sull'auto-riflessione, sulla valutazione dei bisogni e sulle lacune, e su come migliorare attraverso modalità multifattoriali. L'obiettivo è di fornire ai professionisti e ai manager le competenze e le conoscenze necessarie per valutare le prestazioni di assistenza sanitaria collettiva e individuale, i bisogni della popolazione, i gap con la pratica corrente e utilizzare le migliori pratiche e gli strumenti necessari a sviluppare azioni dirette a migliorare l'assistenza sanitaria.

La crescente attenzione sul miglioramento dei servizi sanitari, volto a garantire adeguati livelli di qualità delle cure erogate si collega ad un elevato livello qualitativo della formazione per lo sviluppo di competenze tecniche e non tecniche, da realizzarsi sia nella fase accademica di preparazione dei giovani professionisti che, in modo continuativo, per l'intera attività professionale.

Nell'ottica del governo clinico, negli ultimi anni, sono stati sviluppati programmi di formazione per insegnare agli operatori sanitari e agli studenti i metodi formali per il miglioramento della qualità.

La ricerca suggerisce, infatti, che la mancanza di conoscenza e di competenze di professionisti e manager è un significativo ostacolo al miglioramento della qualità nell'assistenza.

Gli esperti del settore hanno posto l'accento su alcuni elementi potenziali per il miglioramento della qualità che andrebbero adeguatamente presi in considerazione e valorizzati nella predisposizione di processi formativi (tab.1).

Tabella 1 potenziali componenti per il miglioramento della qualità

Componenti	Aree topiche
Contesto generale	Come è strutturato il sistema sanitario e il suo funzionamento Contesto storico, sociale e politico nel quale il sistema sanitario si sviluppa e opera Politiche sanitarie Accountability Professionalità
Comportamento	Psicologia del cambiamento Stili di apprendimento Leadership Teamwork e collaborazione Management Lavoro Multidisciplinare Riflettere e imparare dagli errori
Bisogni e preferenze delle persone che utilizzano i servizi	Guardare alle cure sanitarie dal punto di vista del paziente Identificare e centrare i bisogni e le preferenze dei differenti gruppi di utenti Acquisire gli strumenti per valutare e rispondere agli utenti
Processi di cura	Pensare in termini di sistema Teoria della complessità e interdipendenze Spread Sostenibilità Pianificazione e previsione Identificazione e gestione dei rischi
Natura della Conoscenza	Differenti tipologie di evidenze Filosofia della scienza Variazione Misure Conoscenza contestuale e generalizzabile Cambiamento di piccola e ampia portata Raccogliere, analizzare ed interpretare i dati Comunicare le informazioni Mappare i processi

Esistono numerose tipologie di formazione sul miglioramento della qualità per i professionisti sanitari, sebbene, attualmente, non si hanno evidenze certe sulle modalità e sugli strumenti più efficaci per tale formazione.

Il miglioramento della qualità viene definito in diversi modi nei corsi di formazione, così come estremamente variabili sono i contenuti dei corsi e vari i metodi di formazione utilizzati.

Tuttavia è importante notare come la maggior parte della formazione si rivolga ai professionisti o manager come *agenti di cambiamento*, cercando di migliorare conoscenze, attitudini, abilità e comportamenti attraverso la formazione alla gestione del cambiamento o ai metodi di miglioramento della qualità. Alcune attività formative si rivolgono a specifici gruppi o specifici ambiti, ma la maggior parte non ha un approccio metodologico ampio. Nel Regno Unito, per esempio, una serie di corsi si concentra sulla leadership ed esamina il contesto sociale e storico dei sistemi sanitari.

La qualità delle prestazioni sanitarie è strettamente correlata alle specifiche competenze tecniche dei vari professionisti che sono costruite in funzione dei ruoli e delle qualifiche. Pertanto ciascun professionista deve possedere e mantenere continuamente aggiornato il proprio *core competence*. A tali competenze tecniche diviene oggi sempre più pressante affiancare competenze non tecniche e conoscenze sui metodi e strumenti di miglioramento della qualità e della sicurezza a partire dalla fase prelaurea.

I formatori hanno identificato quattro fattori che contribuiscono al successo della formazione sul miglioramento della qualità:

1. L'insegnamento di concetti e strumenti di miglioramento
2. La disponibilità di Data Base
3. Le caratteristiche di un team affiatato e un senso di appartenenza nel processo
4. L'accesso alle informazioni e alle risorse necessarie per portare avanti il miglioramento, così come letteratura, data base e fondi

Schematicamente si possono individuare alcuni ambiti sui quali è necessario vengano sviluppate iniziative di formazione ai fini del miglioramento della qualità:

1. Pazienti/cittadini: identificazione delle persone o gruppi di pazienti e valutazione delle loro esigenze sanitarie e preferenze
2. Sanità come processo/sistema: identificazione dell'interdipendenza tra utenti del servizio, procedure, attività e tecnologie utilizzate per soddisfare le esigenze degli individui e delle comunità.
3. Misure e variazioni: utilizzo di indicatori per rilevare variazioni nelle prestazioni, al fine di migliorare la progettazione dell'assistenza sanitaria.

4. Guidare e produrre il cambiamento nella sanità: metodi e competenze per produrre il cambiamento in organizzazioni complesse, tra cui la gestione strategica delle persone e del loro lavoro.
5. Collaborazione: conoscenze e competenze necessarie per lavorare in modo efficace in gruppo e capire le prospettive e le responsabilità di altri.
6. Sviluppo di nuove conoscenze: riconoscere ed essere in grado di sviluppare nuove conoscenze.
7. Contesto sociale e responsabilità: comprensione del contesto sociale della sanità, compreso il contesto finanziario.
8. Competenze professionale: avere conoscenze professionali e capacità di applicare e collegare gli altre sette domini. Ciò include competenze di base definite dagli organismi accademici e quelle fornite dalle organizzazioni professionali.

Poiché la sicurezza dei pazienti è una delle tematiche principali con cui i sistemi sanitari devono confrontarsi e costituisce uno degli ambiti fondamentali del governo clinico, deve rappresentare un elemento essenziale nella formazione per il miglioramento della qualità.

Nel 2004 l' Australian Council for Safety and Quality in Health Care ha riconosciuto che la mancanza di un framework completo che descriva le competenze per la sicurezza dei pazienti costituisce una barriera per garantire la presenza di professionisti competenti e "performanti" ai fini della sicurezza. Sono state identificati 7 domini che costituiscono il framework:

1. Comunicazione efficace che comprende il coinvolgimento dei pazienti, la comunicazione del rischio, la comunicazione onesta e trasparente in caso di eventi avversi, il consenso informato, la cultura del rispetto e della consapevolezza
2. L'identificazione, la prevenzione e la gestione degli eventi avversi e dei near miss che comprende: il riconoscimento, la segnalazione e la gestione degli eventi avversi e dei near miss, la gestione del rischio, l'analisi degli errori, la gestione dei reclami
3. Utilizzo delle evidenze e delle informazioni che comprende l'uso delle best migliori pratiche *evidence-based* disponibili, l'uso dell'information technology
4. Lavorare in sicurezza cioè capacità di lavorare in gruppo e di leadership, conoscere i fattori umani, la complessità delle organizzazioni, assicurare la continuità delle cure, gestire la fatica e lo stress
5. Rispetto dell'etica che comprende il mantenimento dell'idoneità al lavoro e i comportamenti
6. Formazione continua cioè considerare il lavoro come un luogo per apprendere e per insegnare
7. Tematiche specifiche ad esempio sicurezza in chirurgia o nell'uso dei farmaci

Sebbene tali argomenti vengano previsti in vari corsi, tuttavia mancano attualmente programmi che li includono in modo complessivo sia nella formazione di base sia in quella continua, ciò influisce negativamente sull'acquisizione di una cultura profonda della sicurezza.

4. La competenza

La Competenza è una caratteristica intrinseca individuale che è causalmente collegata ad una performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione di lavoro e che è misurata sulla base di un criterio stabilito. Si compone di motivazioni, tratti, immagine di sé, ruoli sociali, conoscenze e abilità.

*Le Competenze professionali sono un insieme integrato di **capacità** e **conoscenze** necessarie ed agite per esercitare efficacemente attività professionali.*

Le capacità concernono i processi cognitivi ed attuativi da agire nell'attività professionale. Possono riguardare: capacità "analitiche" relative alla selezione-assunzione degli elementi della situazione professionale; capacità "diagnostiche" relative alla comprensione-valutazione delle attività professionali da realizzare; capacità "attuative" relative alla trasformazione-realizzazione di risultati professionali

Le conoscenze: concernono i saperi professionali di riferimento dell'attività professionale. Possono riguardare: conoscenze "teoriche" relative agli ambiti e contenuti disciplinari così come sono normalmente codificati e strutturati; conoscenze "metodologiche" tecniche-strumenti-modalità di esercizio dell'attività professionale; conoscenze "contestuali": relative al contesto organizzativo tipico in cui si esercita l'attività professionale e al connesso ambiente di riferimento.

(da "Il sistema regionale delle qualifiche in Emilia Romagna")

Nei contesti lavorativi complessi al professionista viene chiesto di assumere decisioni con autonomia e responsabilità, di scegliere e di saper agire integrando efficacemente diversi saperi. La competenza è quindi la capacità di trovare la giusta combinazione di risorse (interne ed esterne), saperi, abilità, attitudini, esperienze.

La competenza deve rappresentare la priorità per tutti i servizi che si occupano di qualità e di sicurezza delle cure.

Ci sono tre livelli di competenza che devono essere considerati ai fini della qualità:

1. la competenza dell'organizzazione;
2. la competenza del gruppo multidisciplinare di assistenza;
3. la competenza delle persone che lavorano all'interno di tali gruppi e servizi.

Esiste una responsabilità sia aziendale che personale per la valutazione, il raggiungimento e il mantenimento di un alto grado di competenza a tutti i livelli, al fine di garantire la sicurezza e la qualità delle cure erogate dai sistemi sanitari.

Competenza organizzativa si riferisce alla capacità di una struttura (o sistema) di valutare la sua abilità di svolgere particolari funzioni o procedure o di fornire un particolare servizio.

L'organizzazione deve chiedersi:

- Ci sono dati sufficienti su una particolare procedura a garanzia che sia effettuata nel modo più sicuro ed efficace?
- Il personale assegnato a questo setting assistenziale ha il giusto mix di esperienza e capacità per prendersi cura di questa tipologia di pazienti?
- Abbiamo meccanismi formali per valutare la competenza del personale operante in questo setting assistenziale?
- Abbiamo creato l'ambiente necessario per sviluppare la competenza?
- Quali misure prendiamo per valutare il potenziale rischio per i pazienti?

Competenza del gruppo multidisciplinare si riferisce alla capacità del team di fornire risultati ottimali per gli utenti dei servizi sanitari.

In passato, i servizi sanitari sono stati improntati sull' agire individuale dei vari professionisti, attualmente sappiamo che fornire assistenza sanitaria di qualità significa porre particolare attenzione alle prestazioni della squadra.

Pertanto devono essere incoraggiati percorsi di formazione che sviluppino l'approccio multidisciplinare alla erogazione dell'assistenza sanitaria mediante sistemi incentivanti sia di tipo economico che di riconoscimento professionale.

In questo senso è importante il riconoscimento delle competenze complementari dei diversi professionisti e delle competenze non tecniche che sono fondamentali per il funzionamento dei gruppi.

Competenza individuale è il livello di competenza che riguarda le prestazioni dei singoli operatori, ovvero le conoscenze, le abilità e l'attitudine dell'individuo. La valutazione e la gestione della competenza non deve limitarsi al personale clinico, ma deve interessare tutto il personale, individuando i bisogni di miglioramento di ciascuno e offrendo loro opportunità di sviluppo.

Una performance inadeguata del personale rappresenta un rischio non solo per i pazienti, ma anche per l'organizzazione in cui lavorano.

Il raggiungimento di esiti clinici ottimali non è legato esclusivamente alla competenza del singolo professionista ma gioca un ruolo importante l'affidabilità del sistema.

Pertanto i programmi di formazione e di gestione della qualità dei servizi sanitari non devono concentrarsi sul rendimento del singolo, ma sui sistemi in cui questi lavorano e migliorare l'organizzazione di tali sistemi in modo che professionisti sanitari e manager possano concorrere ad offrire servizi di qualità.

5. Le metodologie per rilevare i bisogni formativi

La valutazione dei bisogni formativi, sia individuali che organizzativi, ha un ruolo fondamentale nel governo clinico in relazione allo sviluppo professionale continuo e ai piani di sviluppo personale di tutti gli operatori sanitari, pertanto, essa rappresenta il primo passo nel processo di formazione. Tutti i programmi di formazione devono iniziare con un'analisi dei bisogni, per valutare le esigenze di formazione di un'organizzazione, per identificare quali requisiti di prestazione sono necessari per soddisfare gli obiettivi dell'organizzazione e definire una graduatoria di priorità al fine di migliorare la qualità del servizio.

Ci sono due ragioni principali per condurre un'analisi dei bisogni; in primo luogo, essa individuerà misure specifiche che devono essere prese al fine di apportare miglioramenti, in secondo luogo, fornirà le informazioni per giustificare gli investimenti da impegnare ai fini della formazione.

La radice dell'analisi dei bisogni formativi è la gap analysis; questa è una valutazione del divario tra le conoscenze, abilità e atteggiamenti che le persone nell'organizzazione attualmente possiedono e le conoscenze, le abilità e le attitudini di cui hanno bisogno per soddisfare gli obiettivi dell'organizzazione.

Gli obiettivi della valutazione dei bisogni sono:

- portare avanti un progetto in uno specifico ambito lavorativo;
- consentire la progettazione del calendario di formazione dell'organizzazione, predisposto sulla base delle priorità;
- identificare le esigenze di formazione e di sviluppo individuale del personale;

È importante sottolineare che i “bisogni formativi” possono essere:

- a) espressi
- b) impliciti
- c) latenti

Si deduce che i bisogni formativi possono nascere dall'esigenza/necessità di risolvere problemi reali ovvero derivino da desideri di miglioramento professionale o dal bisogno di colmare insoddisfazioni personali. Il formatore dovrà interpretare e codificare non solo il fabbisogno formativo espresso e quello implicito, ma anche il fabbisogno formativo latente e desiderato (non espresso). Un programma formativo, pertanto, deve essere coerente con i bisogni dell'individuo da formare e con la sua organizzazione.

In definitiva un progetto formativo, per essere efficace ed efficiente, deve essere coerente con gli obiettivi definiti, il tempo a disposizione, le risorse impiegate e incidere positivamente sulle performance aziendali e degli operatori sanitari.

La valutazione dei bisogni formativi deve precedere la programmazione, la progettazione e la realizzazione delle attività formative. Ciò si traduce nella definizione di un piano che specifichi perché, cosa, chi, quando, dove e come.

In particolare, il documento dovrà rispondere a queste domande:

- perché le persone hanno bisogno di formazione?
- quali competenze è necessario sviluppare?
- chi ha bisogno di formazione?
- quando le persone avranno bisogno di nuove competenze?
- dove può essere condotta la formazione?
- come possono essere diffuse le nuove competenze?

Il piano comprende 7 fasi:

1. definire gli obiettivi, cioè cosa si vuole comprendere da una valutazione dei bisogni
2. selezionare il target, ovvero chi è il gruppo le cui esigenze si intende misurare e a cui dare le informazioni richieste
3. raccogliere i dati, cioè indicare con quali modalità verranno raccolti i dati
4. selezionare il campione, ovvero definire il campione di rispondenti rappresentativo dell'intero gruppo di riferimento
5. scegliere lo strumento, cioè definire gli strumenti e le tecniche utilizzate per la raccolta dei dati
6. analizzare i dati
7. follow up

Con la determinazione dei fabbisogni formativi, un'organizzazione può decidere quali sono le conoscenze specifiche, le capacità e le attitudini necessarie per migliorare le prestazioni dei professionisti secondo gli obiettivi dell'azienda.

Ci sono tanti modi per condurre una analisi dei bisogni formativi, a seconda della situazione. Una modalità non va bene per tutti.

Survey

Le survey sono utilizzate per concentrarsi su specifiche aree in cui le prestazioni sono carenti. Le indagini possono essere effettuate sia dal management interno all'azienda che da professionisti esterni. Le indagini sono costituite da un questionario scritto a cui i dipendenti rispondono in forma anonima, ciò permetterà di rispondere liberamente e di essere sinceri nelle risposte. Le domande del

sondaggio dovrebbero essere fortemente orientate verso le specifiche mansioni e competenze, le responsabilità e le esigenze dell'organizzazione e dei suoi dipendenti.

Osservazioni

Le osservazioni consistono semplicemente nel “guardare” L'osservazione dei dipendenti sul posto di lavoro può fornire al formatore informazioni sufficienti per capire dove esistono le carenze.

L'unico problema con questo metodo è che i dipendenti tendono a eseguire appropriatamente il proprio compito come risultato dell'essere osservati (cioè, se sanno di essere osservati).

Interviste

Le interviste consistono nel parlare con ogni singolo dipendente o con un gruppo per discutere quali sono i possibili problemi e le questioni responsabili delle carenze. Questo metodo è un approccio molto decentrato e democratico alla formazione in quanto permette di acquisire i suggerimenti e le opinioni dei dipendenti.

Focus group

E' una discussione condotta all'interno di un gruppo costituito da un numero limitato di operatori per ottenere informazioni riguardanti la loro opinione e la loro esperienza su un tema specifico. L'aspetto peculiare del focus group è di consentire una comunicazione aperta tra i partecipanti, in un ambiente rilassato che consente a ciascuno di esprimere le proprie opinioni e il proprio punto di vista.

Questionari di soddisfazione dei pazienti/utenti

I questionari di soddisfazione sono una delle principali fonti di informazioni con i quali possono essere rilevate le carenze. Spesso indicano quali aree specifiche necessitano di miglioramenti e perché. E' necessario assicurarsi che ogni domanda sul questionario sia diretta verso uno specifico servizio offerto al fine di determinare la sua efficacia.

Nella fase di raccolta dei dati e della relativa analisi dei bisogni, la necessità di formazione sarà evidente se si evidenzia l'insoddisfazione dei pazienti/utenti, morale basso, risultati insoddisfacenti e alto turnover tra i dipendenti.

L'insoddisfazione del paziente/utente, espressa attraverso il reclamo verbale o scritto o mediante i questionari di customer satisfaction è una forte indicazione di un bisogno di formazione.

Il morale basso indica dipendenti infelici (che si traduce alla fine in dipendenti improduttivi). La formazione inadeguata può essere una causa di morale basso in quanto i dipendenti si sentono poco professionali, inadeguati, e senza importanza.

Risultati insoddisfacenti sono un'indicazione di formazione inefficace, o addirittura di assenza di formazione. In questo caso, è importante che la direzione strategica fornisca una formazione

efficace ed efficiente che consentirà al dipendente di garantire esiti migliori in termini di qualità e sicurezza.

Elevato turnover tra i dipendenti è un'indicazione di dipendenti insoddisfatti e formati in maniera inefficace. I dipendenti possono essere affetti da stress a causa di questi fattori, e questo li demotiverà rispetto al proprio lavoro.

L'integrazione tra la valutazione dei bisogni, la formazione, e la garanzia della qualità del servizio può essere garantita dall'audit clinico, un metodo essenzialmente educativo che identifica le pratiche che necessitano di miglioramento e assicura che gli interventi educativi e organizzativi siano effettuati per rispondere a queste esigenze.

6 La progettazione formativa

E' generalmente riconosciuto che l'istruzione e la formazione possono avere un impatto sulle attitudini, le conoscenze, le abilità e potenzialmente i comportamenti di chi vi prende parte. Così, spesso, si presume che la formazione dei professionisti sul miglioramento della qualità determini risultati positivi.

La ricerca suggerisce che, per essere efficace, la formazione dovrebbe esaminare le esigenze dei discenti, scegliere adeguatamente l'obiettivo e illustrare come i contenuti si applicano all'ambiente di lavoro dei partecipanti.

In altri termini è necessario creare nella progettazione del processo formativo una consequenzialità tra i bisogni emersi nella fase di valutazione, la formulazione degli obiettivi, l'adeguatezza delle risorse, la coerenza delle metodologie.

Un progetto formativo è il risultato di una attività razionale che consiste nell'organizzare idee, azioni e risorse con la finalità di perseguire uno scopo determinato. L'efficacia della progettazione dipende dalla capacità di considerare e collegare tutti gli elementi in gioco.

Poiché possono emergere dal contesto in cui si agisce specifiche variabili, non tutte totalmente considerate o controllabili, la soluzione progettuale individuata potrà non essere la migliore in assoluto, ma sarà quella che, in quel momento, per quel contesto, per quella tipologia di discenti, sarà la migliore azione possibile.

Le principali caratteristiche di un progetto formativo sono:

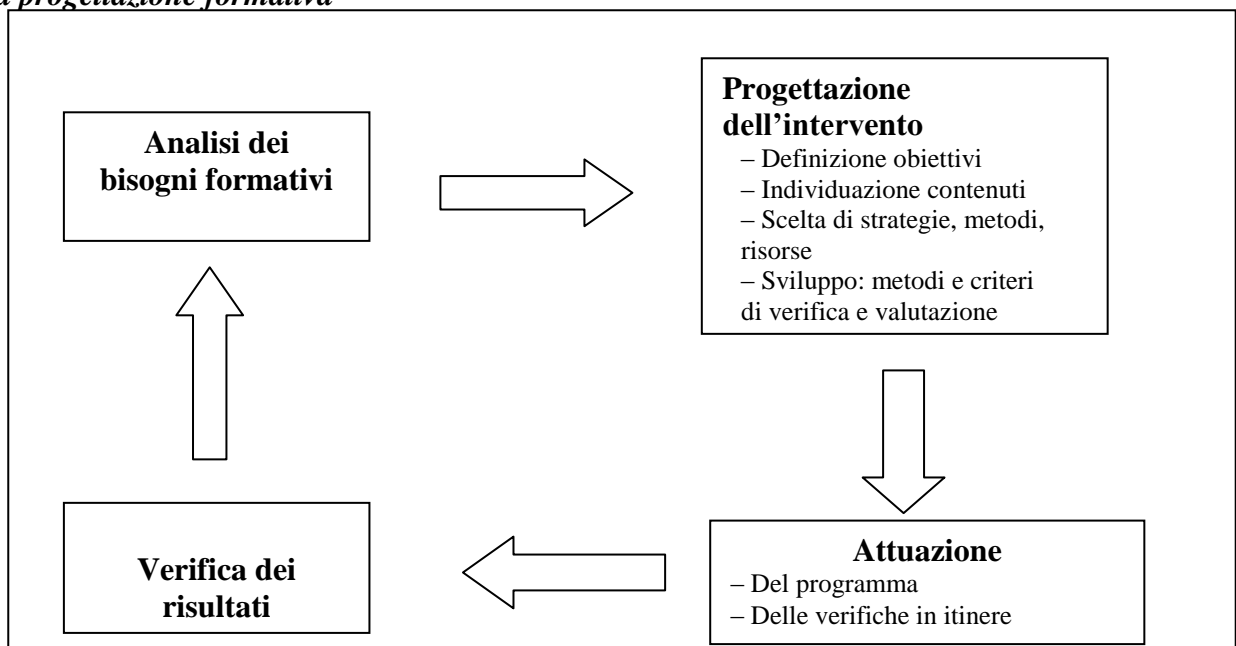
- pertinenza con i bisogni identificati;
- logicità ed orientamento allo scopo;
- globalità e sistematicità;
- aderenza al contesto di azione.

La progettazione richiede che siano specificate e dettagliate le scelte e le attività analitiche per quanto riguarda:

- Il gruppo di destinatari a cui è rivolto il progetto formativo
- Il segmento di bisogni di cui sono portatori
- Gli obiettivi generali e specifici che ci si prefigge di conseguire (risultati attesi concreti, in termini di nuove competenze esibite attraverso comportamenti indicatore dei soggetti destinatari)
- I contenuti del programma formativo
- Le strategie, le metodologie e gli strumenti impiegati e loro applicazione in sequenza, tempi e durata

- Le risorse che verranno devolute e le modalità di impiego
- Gli ostacoli che si potranno incontrare e le modalità di superamento
- I ruoli e le responsabilità dei formatori
- Le azioni di monitoraggio e valutazione che verranno implementate a conclusione del progetto: indicatori, standard di riferimento, metodi e strumenti
- Le modalità di coinvolgimento dei partecipanti nella fase di condivisione del progetto, nella realizzazione delle attività, nel processo di monitoraggio e nella valutazione finale.

La progettazione formativa



7. Le metodologie di formazione per il miglioramento della qualità

La scelta di metodi e sussidi è una fase estremamente delicata della progettazione perché condiziona molto l'intervento, sia in termini di efficacia che di efficienza. È fondamentale conoscere, scegliere e applicare i diversi metodi prestando adeguata attenzione alla efficacia differenziale di ciascuno di essi rispetto alla natura dei processi di apprendimento e agli obiettivi formativi da perseguire.

I termini metodo e sussidio didattico verranno qui utilizzati con il seguente significato:

- metodo didattico, ovvero modo di procedere, sequenza di azioni caratterizzate da specifiche modalità che consentono di perseguire un obiettivo educativo
- sussidio ovvero strumento, materiale utili nell'applicazione di un metodo.

I metodi non sono modalità rigide, predeterminate, il formatore li può applicare flessibilmente, integrandoli tra loro per aumentarne l'efficacia, adeguandoli al contesto, al gruppo in cui essi vengono impiegati.

Essendo la formazione rivolta ad adulti, l'approccio scelto per la formazione è quello andragogico, in considerazione delle peculiarità dell'adulto, sintetizzate da Knowles:

1. Il concetto di sé si sposta dalla dipendenza alla indipendenza
2. L'esperienza dell'adulto può costituire la base per l'apprendimento
3. La disponibilità ad apprendere è collegata alla percezione dell'importanza di quanto acquisito per il lavoro o ruolo sociale
4. L'adulto deve vedere immediatamente l'applicabilità di quanto acquisito e collegarlo alla performance
5. La motivazione all'apprendimento deriva da fattori interni piuttosto che esterni.

Di conseguenza, la formazione deve diventare “un aiuto non autoritario” per l'apprendimento, il cui scopo deve essere quello di individuare il significato delle esperienze.

La scelta della metodologia dell'intervento formativo deve essere fatta combinando principi di coerenza, organicità e razionale utilizzo delle risorse (compreso il tempo), in riferimento al loro possibile impatto sul processo di apprendimento dei destinatari della formazione, in un intreccio armonico di percorsi che consentono di acquisire nuove conoscenze e competenze sul tema del miglioramento della qualità, spendibili nell'ambito lavorativo.

Schematicamente le metodologie di formazione possono essere:

b) **di tipo informativo**: servono a porre a disposizione la conoscenza perché il soggetto possa modificare i propri comportamenti. La formazione a distanza è una strategia di questo tipo, molto utile per fornire alcune informazioni di base;

b) **di tipo istruttivo**: il comportamento è sottoposto a regole o “norme” ed il soggetto, rispettando le regole/norme, produce il comportamento richiesto. In questo gruppo può essere inclusa la formazione in aula di tipo tradizionale

c) **di tipo formativo**: mirano al cambiamento del comportamento, per acquisizione di consapevolezza soggettiva. Una modalità di questo tipo è la formazione sul campo.

Le principali metodologie didattiche:

- Didattica di aula

Da studi presenti nella letteratura internazionale, si evidenzia come la formazione utilizzi più comunemente la didattica di aula o uno stile di insegnamento costituito dalla lezione affiancata da materiali d'insegnamento cartacei. È il metodo tradizionale di trasmissione verbale di informazioni da parte di un esperto dell'argomento (docente) a persone discenti (ascoltatori).

È la metodologia d'elezione quando la finalità prevalente dell'intervento formativo è:

- Acquisire nuove conoscenze;
- Migliorare/ approfondire le conoscenze;
- Acquisire un quadro concettuale di riferimento;
- Chiarire connessioni complesse tra aspetti.

Questa metodologia può essere utile per insegnare temi quali analisi delle cause, processo di mappatura e FMECA, gestione delle risorse, negoziazione e leadership.

La didattica d'aula è utile per svolgere attività formative multiprofessionale per esempio, attraverso il lavoro di gruppo, gli studenti possono apprendere come sviluppare la problematica del miglioramento, la ricerca di letteratura, la sintesi delle conoscenze, esaminare i dati esistenti e confrontarli con dati di riferimento nazionali (benchmarking), indagare su un problema sanitario applicando metodologie di miglioramento della qualità, elaborare proposte di azioni di miglioramento continuo della qualità.

Vengono utilizzati anche metodi innovativi per favorire l'apprendimento, per esempio, gli studenti usano scenette, filmati, spettacoli teatrali e documentari per imparare e successivamente dimostrare capacità in competenze chiave; sono state utilizzate simulazioni con pazienti e attori per valutare le competenze per il miglioramento.

L'insegnamento ai corsi e la valutazione dei partecipanti viene generalmente curata da un'équipe multi professionale.

- Formazione a distanza

La formazione a distanza, come ad esempio i moduli on-line, dvd, video e altri metodi di istruzione non frontali, possono integrare o sostituire metodi di didattica di aula.

Uno dei limiti della metodologia è rappresentato dalla difficoltà di predisporre un adeguato follow-up per valutare l'efficacia ovvero l'utilizzo da parte dei discenti di quanto appreso per migliorare i servizi sanitari.

- Formazione sul campo/esperienziale

L'apprendimento "esperienziale" comporta la sperimentazione, l'osservazione, la concettualizzazione e il "mettersi alla prova". Questo differisce dall'apprendimento basato sulla teoria poiché è incentrato sul caso piuttosto che sul concetto e richiede esercitazione pratica e riflessione.

La ricerca suggerisce che la modalità più promettente di apprendimento esperienziale combini l'insegnamento d'aula con progetti sul campo; infatti i programmi di formazione ottengono successo quando la formazione frontale e l'implementazione della formazione sul campo si combinano e quando i discenti hanno un periodo abbastanza lungo di tempo per imparare sia la teoria che la pratica.

- Seminari e laboratori didattici (workshop)

Un metodo ulteriore per la formazione dei professionisti sul miglioramento della qualità è rappresentata dal laboratorio didattico, effettuata sia sul posto di lavoro che in altre sedi.

I seminari e corsi hanno il vantaggio di fornire una rapida panoramica dei metodi di miglioramento della qualità in tempi limitati o se svolti sul posto di lavoro, di permettere una ampia partecipazione.

- Simulazione

La simulazione mette le persone in una situazione simile a quella reale, in modo da consentire la sperimentazione di abilità psicomotorie, cognitive, relazionali, di sviluppare competenza per implementare soluzioni e decisioni, di aumentare le capacità di ascolto, osservazione e collaborazione e dare un feedback immediato su problemi, decisioni e azioni.

Le Tecniche di simulazione come il gioco di ruolo, l'utilizzo di case study, l'utilizzo di finte attrezzature, di pazienti standardizzati e simulazioni *ad alta fedeltà* implicano pieno esercizio della situazione o dell'ambiente e sono utilizzate per sostenere il miglioramento delle cure, in particolare per quanto riguarda la sicurezza e il lavoro di squadra.

Negli Stati Uniti la simulazione è stata ampiamente utilizzata all'interno dei curricula infermieristici e sullo sviluppo continuo del miglioramento della qualità.

Una forma particolare di simulazione è il Role playing, un metodo che consiste nella drammatizzazione di ruoli e personaggi all'interno di una situazione definita. Il formatore assegna una situazione predisponendo un canovaccio o ne guida l'identificazione e prevede i personaggi che devono essere rappresentati; i partecipanti giocano i vari ruoli individuati. La situazione da

rappresentare può essere un colloquio, un incontro o altre situazioni di tipo relazionale. Parte dei partecipanti fungono da attori mentre gli altri osservano utilizzando indicazioni o apposite griglie che guidano l'osservazione dei comportamenti agiti nella rappresentazione.

- Formazione *One-to-one*

La formazione One-to-one può assumere la forma di tutoraggio in sessioni di insegnamento informali. A causa dei costi, questo approccio non è comune per la formazione sul miglioramento della qualità, ma è estremamente motivante in alcuni casi e per specifiche situazioni. La formazione One-to-one può anche essere implementata come un componente di una più ampia strategia di apprendimento.

- Formare i formatori

La formazione dei formatori è stata utilizzata in alcune aree, in particolare per ampliare le competenze dei professionisti in materia di sicurezza dei pazienti. Questo approccio coinvolge i formatori e i professionisti che poi trasferiscono le conoscenze nelle proprie organizzazioni o nei propri ambiti.

- Feedback

Il Feedback è stato utilizzato come tecnica di formazione in una varietà di forme, tra cui audit, videoregistrazione e le revisione strutturate effettuate dal gruppo. La teoria che sottende l'uso del feedback è che ai professionisti con performance o comportamento al di sotto degli standard verrà richiesto di migliorare e di imparare le tecniche di miglioramento della qualità in modo più efficace.

8. Metodologie di valutazione della formazione

La valutazione è un processo trasversale alla formazione e la connota in tutti i suoi aspetti; viene posta in essere in ogni fase del processo di formazione, nella fase di predisposizione del progetto di formazione per assicurare che tutti i fattori siano stati considerati (valutazione prospettiva), durante l'esecuzione del progetto per consentire di perfezionare il percorso (valutazione formativa), nella fase finale per giudicare il percorso svolto e i risultati conseguiti, ma anche imparare per il futuro (valutazione inferenziale). E' basilare verificare soprattutto la trasferibilità del programma formativo, cioè quanto, in termini di conoscenze, abilità, comportamenti derivanti dalla azione formativa è stato *traslato* nell'ambito lavorativo.

Le due più importanti teorie che, in varia forma, sono rinvenibili negli approcci alla formazione e alla sua valutazione sono: la teoria della gerarchia degli obiettivi e la teoria dell'approccio sistemico.

La **teoria della gerarchia degli obiettivi** si basa su tre assunti: 1) esistono diversi tipi di obiettivi di formazione, a ciascuno dei quali corrispondono differenti risultati; 2) tra gli obiettivi esiste una gerarchia e una implicazione (più o meno forte) di tipo causale; 3) la valutazione della formazione deve riguardare l'aumento delle conoscenze, il cambiamento di atteggiamenti ma, soprattutto, quanto viene trasferito dai discenti nel concreto contesto di lavoro.

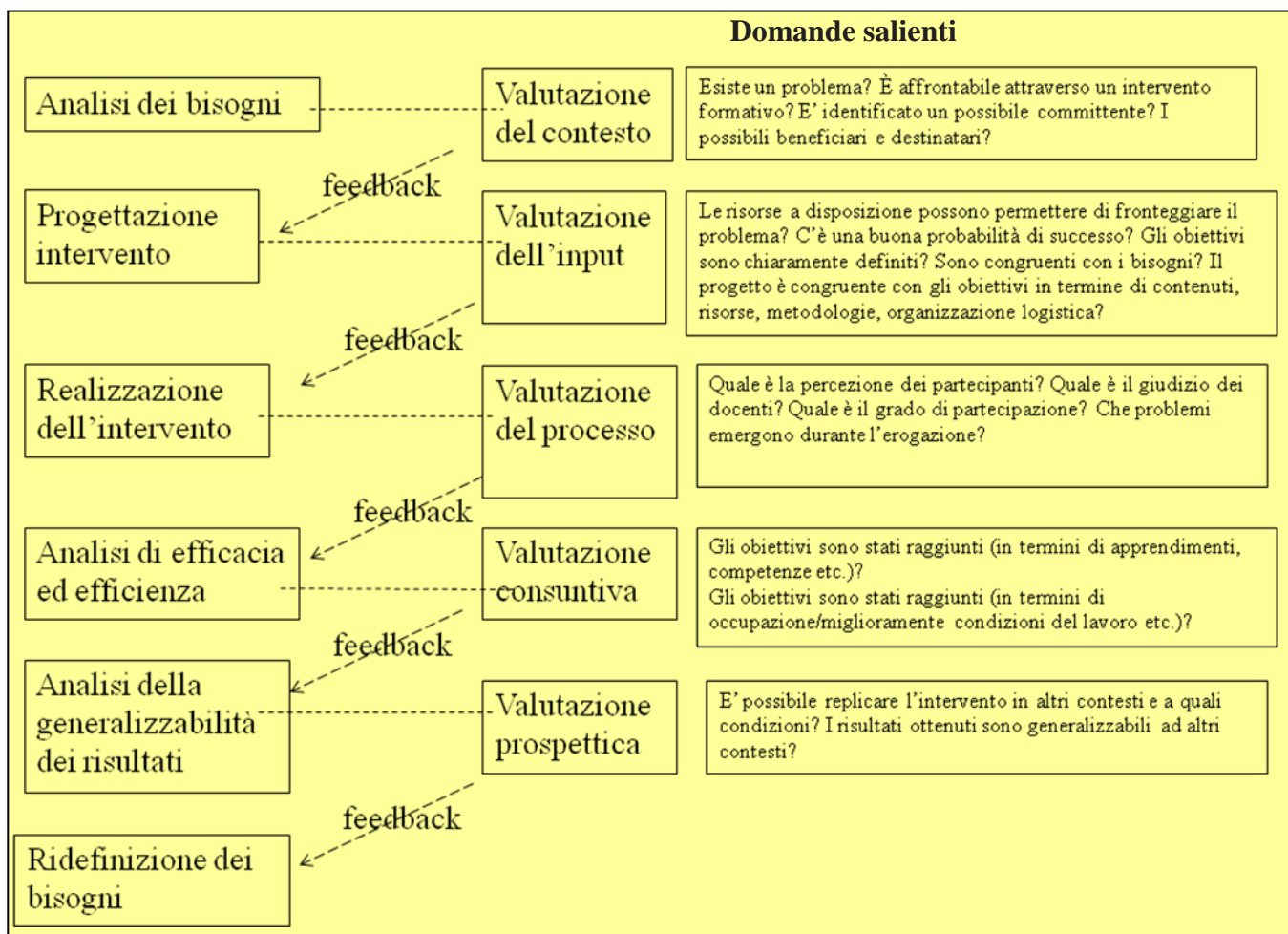
		Domande salienti
Cambiamenti nel contesto	Valutazione dei risultati	Ci sono ricadute positive nel contesto (organizzazione, ambiente) riconducibili all'intervento?
Cambiamento di comportamento	Valutazione delle modifiche di comportamento	Quanto appreso si è tradotto in modifica dei comportamenti nel senso atteso? Esiste possibilità di applicazione nel contesto? La formazione impartita è pertinente rispetto alle reali condizioni in cui si applicano le competenze?
Cambiamenti di apprendimento	Valutazione dell'apprendimento	Gli obiettivi di apprendimento sono stati raggiunti?
Reazioni alla formazione	Valutazione della soddisfazione degli utenti	Gli utenti sono soddisfatti? Come giudicano la qualità del servizio?

Da Bruno Vigilio Turra: *La valutazione dei progetti di formazione*

Secondo tale teoria è possibile ordinare i risultati in base ad una sequenza logica in cui l'effetto di un dato fenomeno è la causa del fenomeno successivo; così vengono individuati una serie di passaggi che compongono la sequenza dei risultati.

L'azione formativa provoca nei partecipanti delle reazioni; dalle reazioni dipende l'apprendimento che a sua volta produce modificazioni nel comportamento sul lavoro; queste modificazioni si traducono in effetti sul funzionamento dell'organizzazione, i quali sono la condizione per il raggiungimento degli scopi ultimi dell'organizzazione. I passaggi debbono necessariamente compiersi tutti per produrre il risultato voluto: compito del valutatore è quello di verificare i collegamenti tra un livello e l'altro.

Secondo la **teoria dell'approccio sistemico** il campo in cui si sviluppa un progetto formativo è caratterizzato dalla presenza di una serie di attori in relazione tra di loro e quindi da una possibile diversità di obiettivi. In questa situazione, la valutazione non si può limitare ad esplorare i temi connessi allo stretto contesto dell'intervento (relazione docenti – discenti, verifica della ricaduta alla fine) ma deve estendere il suo dominio all'intero quadro di relazioni che costituisce l'intervento nella situazione concreta.



Da Bruno Vigilio Turra: *La valutazione dei progetti di formazione*

Si tratta dunque di sottoporre a verifica il contesto all'interno del quale dovrebbe essere realizzato il progetto (analisi dei bisogni), le risorse disponibili (input), le modalità di erogazione del processo, l'efficacia ed efficienza dell'intervento, la ricaduta in termini di impatto e la verifica della replicabilità alla luce dei risultati raggiunti.

In questo modo il processo di valutazione accompagna sistematicamente prima il processo di progettazione dell'intervento, quindi il processo di erogazione e infine il processo di verifica dei risultati.

L'approccio sistemico, più dell'approccio obiettivi risultati proprio della teoria della gerarchia degli obiettivi, richiede una presenza costante ed un forte presidio da parte del valutatore: In questa prospettiva viene inoltre posta una relazione fondamentale tra processo di progettazione e processo di valutazione che evolvono insieme, in modo integrato ed indissolubile. Questa sinergia va senz'altro assunta come necessaria per ogni progetto orientato alla qualità.

Uno dei modelli attualmente più utilizzati nella valutazione dei processi formativi, basato sulla teoria della gerarchia degli obiettivi, è quello di Kirkpatrick, usato soprattutto nel caso della formazione continua, che ipotizza 4 livelli gerarchici di valutazione:

1. **Reazione/Gradimento:** soddisfazione per l'intervento formativo ricevuto, basata sulle percezioni soggettive maturate durante il percorso. Il giudizio dei discenti aiuta a testare la qualità dell'apprendimento sul programma formativo e permette di apportare durante lo svolgimento azioni correttive, se si avverte un livello di gradimento basso. Viene frequentemente accertato attraverso questionari somministrati in tappe intermedie e alla fine.
2. **Apprendimento:** acquisizione di nuove competenze sotto forma di conoscenze teoriche (sapere), abilità (saper fare), atteggiamenti (saper essere).
3. **Comportamenti adottati nel lavoro:** comportamenti assunti dopo l'intervento formativo, accertati attraverso questionari e test.
4. **Impatto:** risultati operativi frutto dei comportamenti professionali ovvero la trasferibilità dell'apprendimento nell'ambito lavorativo.

Nella valutazione di un programma formativo, a questi quattro ambiti, si aggiunge spesso la valutazione sul gradimento della didattica, sull'efficacia dell'attività formativa, sul coinvolgimento e sulle aspettative dei partecipanti, sull'apprendimento finale e quello in "itinerare".

Il sistema di valutazione può comprendere anche un follow-up per un periodo compreso tra sei mesi e un anno allo scopo di monitorare l'efficacia del programma formativo in termini di effetti sulle performance dei partecipanti e sull'organizzazione di cui fanno parte.

La valutazione può anche implicare una verifica del “ritorno” sull' investimento del programma formativo (Return on Investment-ROI) cioè la differenza tra due valori: l'investimento effettuato per il programma formativo e l'incremento di prestazioni (in valore) per effetto di un processo formativo.

Generalmente si utilizzano quattro metodologie di valutazioni della formazione, per ciascuna delle quali vengono creati degli strumenti di rilevazione dei giudizi dei discenti, sui diversi ambiti che si intende analizzare:

- 1. di tipo quantitativo analitico** effettuate tramite questionari dettagliati che utilizzano diverse tipologie di “Scale di Misurazioni” (scale di reazione, scale di punteggio, scale di opinione).
- 2. di tipo quantitativo sintetico** effettuate con questionari brevi che indagano il giudizio complessivo del programma formativo senza scendere in dettagli d'esplorazione.
- 3. di tipo qualitativo analitico** effettuate tramite interviste approfondite, domande aperte e risposte molto descrittive.
- 4. di tipo qualitativo sintetico** effettuate con brevi questionari di “autoriflessione” costituiti da domande aperte per raccogliere opinioni di carattere generale sull'esperienza formativa.

PARTE SECONDA

Il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico

Codice di Deontologia Medica

1. L'educazione continua in medicina (ECM)

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 cure rivolte ai cittadini" (Glossario sulla Formazione Regione Veneto).

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 le conoscenze, competenze e prestazioni dei professionisti sanitari, denominata ECM - Educazione continua in medicina - è stata introdotta in Italia nel 2002, ma fonda le sue origini con la riforma del Servizio sanitario nazionale nei primi anni '90 (DLgs 502/1992, poi modificato dal DLgs 229/1999).

L'impegno a governare e organizzare la formazione continua in sanità è quindi legato al decreto di riforma sanitaria 229/1999 che, negli artt. 16, 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 è stato siglato il 20 dicembre 2001, indicando 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

Utenti: 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.

Organizzatori: le Aziende Sanitarie, le Università, gli IRCCS, le Società scientifiche, nonché Ordini e Collegi, ma anche centri di formazione, case editrici.

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.

Ordini e Collegi: sono gli organismi di rappresentanza dell'utenza e quindi interessati a promuovere un formazione sugli aspetti etici e deontologici.

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.

Punti salienti degli Accordi nazionali ECM 2001-2006

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, 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 a 1,25 crediti per ora di corso.

3. Obiettivi formativi nazionali/regionali

Nel 2002 viene approvato un elenco di obiettivi/argomenti trasversali e 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 Collegi 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 alla formazione. 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.

2. Il Riordino del Sistema ECM

Con l'Accordo Stato-Regioni del 1/8/2007 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 a quello dei 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 cita 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 ha chiarito 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, devono chiedere l'accREDITamento alla Regione di riferimento. Questo e i successivi accordi hanno puntualizzato, 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 confermato anche per il triennio 2011-2013. È possibile, per tutti i professionisti sanitari, di 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.

("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).

Aree tematiche/obiettivi formativi (Accordo Stato-Regioni 19 aprile 2012)

- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence Based Practice (EBM - EBN - EBP);
- Linee guida, protocolli, procedure;
- Documentazione clinica. Percorsi clinico - assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura;
- Appropriately prestazioni sanitarie nei LEA. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia;
- Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;
- La sicurezza del paziente, risk management;
- La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente, la privacy ed il consenso informato;
- Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale;
- Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera;
- Epidemiologia, prevenzione e promozione della salute;
- Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;
- Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione delle cure;
- Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria;
- Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità;
- Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria;
- Etica, bioetica e deontologia;
- Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN;
- Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. Malattie rare;

- Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarità;
- Tematiche speciali del SSN e SSR ed 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;
- Trattamento del dolore acuto e cronico, palliazione;
- Fragilità (minori, anziani, tossico-dipendenti, salute mentale): tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali;
- Sicurezza alimentare e/o patologie correlate;
- Sanità veterinaria;
- Farmacoepidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza;
- Sicurezza ambientale e/o patologie correlate;
- Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate;
- Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione-trapianto;
- Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Health Technology assessment;

Negli Accordi 2007-2009-2012 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:

- Dossier formativo (DF individuale o di gruppo);
- Piano della Formazione Aziendale (PFA);
- Rapporto sulla Formazione Aziendale (RFA).

Se il Piano e il Rapporto sulla formazione sono strumenti consolidati nelle organizzazioni sanitarie, il Dossier rappresenta una novità. Grazie al Dossier, la formazione del professionista viene 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 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 "Valutazione 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;
- predisposizione di report per la Commissione nazionale per la formazione continua sui flussi di offerta e domanda formativa, avvalendosi del COGEAPS;
- definizione di strumenti e procedure per la raccolta dei dati necessari alla costruzione del report annuale sullo stato di attuazione del Piano nazionale;
- promozione di studi e ricerche per lo sviluppo e l'efficacia di nuove metodologie di valutazione dei percorsi formativi.

Nei mesi immediatamente successivi, a gennaio 2010, è stato approvato dalla Commissione nazionale ECM il documento "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM", in cui sono indicate le attribuzioni di credito alle diverse tipologie di formazione ECM: si privilegiano i percorsi interattivi, e, con un numero di partecipanti non superiore a 25, sono individuate le tipologie di formazione sul campo e le caratteristiche specifiche e la formazione a distanza. Di seguito la tabella descrittiva.

Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM - Documento approvato dalla Commissione nazionale per la formazione continua il 13 gennaio 2010

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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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>		
<p>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.</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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)		
<p>Attività in cui i partecipanti svolgono un ruolo attivo e il livello di interazione tra loro e con i docenti è ampio.</p> <p>Si realizzano in genere attraverso lavori di gruppo, esercitazioni, <i>role playing</i>, simulazioni, etc.</p> <p>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.</p> <p>Per garantire un'adeguata partecipazione è necessario che il numero dei discenti sia limitato (massimo 25 partecipanti per tutor/docente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza - Qualità percepita - Valutazione di apprendimento documentata con una prova specifica ed attestata dal Provider 	<p>1.5 crediti ogni ora di partecipazione effettiva.</p>
4. TRAINING INDIVIDUALIZZATO (FSC)		
<p>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.</p> <p>Si verificano in genere durante tirocini, training, periodi di affiancamento, supervisione in psicoterapia, etc.</p> <p>Si svolgono in contesti lavorativi qualificati e sulla base di obiettivi ben identificati e di una programmazione specifica.</p> <p>E' necessaria la presenza di un formatore tutor preferenzialmente nel rapporto 1:1 o 1:2 e comunque non oltre 1:3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza - Qualità percepita - Valutazione di apprendimento valutata dal Tutor (indicato dal Provider accreditato che attesta i crediti) - Rapporto conclusivo a cura del tutor 	<p>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.</p>

5. GRUPPI DI MIGLIORAMENTO (FSC)		
<p><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></p>		
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Affinché sia possibile riconoscere 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</p> <p>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 partecipazione a gruppi di lavoro:</p> <p>gruppi di lavoro/studio /miglioramento finalizzati al miglioramento della</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>	<p>1 credito per due ore non frazionabili</p> <p>Si rammenta che ogni progetto è accreditabile per un minimo di 4 incontri equivalente ad un totale di 4 crediti</p> <p>Il numero massimo di partecipanti per questo tipo di FSC è individuato in un massimo di 20</p>

<p>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.</p> <p>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.);</p> <p>commissioni di studio (interaziendali, dipartimentali, aziendali)</p> <p>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.</p>	<p>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</p>	
---	--	--

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).

<p>a) <u>Attività di ricerca programmate da Provider accreditato.</u> Partecipazione a studi finalizzati a ricercare nuove conoscenze rispetto a determinanti della salute e delle malattie e alle modalità assistenziali.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>- Presenza/ partecipazione</p> <p>- Valutazione di partecipazione/ apprendimento attestata dal Responsabile del progetto e documentata da una relazione-report</p> <p>Attestata da Provider accreditato che ha organizzato l'attività di ricerca.</p> <p>Disponibilità di una relazione scritta sugli esiti della ricerca</p>	<p>Da 1 a 3 crediti per ogni iniziativa, in funzione dell'impegno previsto e della rilevanza dell'esito</p>
---	--	---

<p>b) <u>Attività di ricerca non pianificate da un Provider</u> ma che danno esito a pubblicazione scientifiche.</p>	<p>Per le pubblicazioni scientifiche l'attribuzione dei crediti avverrà da parte dell'Ordine o Associazione professionale secondo la tabella indicata a lato</p>	<p>Tabella:</p> <p>- Citazioni su riviste citate nel Citation Index</p> <ul style="list-style-type: none"> - primo nome 3 crediti - altro nome 1.0 credito <p>- Pubblicazioni su riviste non citate su C.I. ed atti di congressi nazionali o internazionali</p> <ul style="list-style-type: none"> - primo nome 1.0 credito - altro nome 0.5 credito <p>capitoli di libri e monografie</p> <ul style="list-style-type: none"> - primo nome 2 crediti - altro nome 1 credito
--	--	--

7. AUDIT CLINICO E/O ASSISTENZIALE

<p>Partecipazione ad audit</p> <p>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</p> <p>- I professionisti esaminano la propria attività e i propri risultati, in particolare attraverso la revisione della documentazione sanitaria e la modificano se necessario.</p> <p>L'attività di Audit si articola nelle seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>Verbale di ogni riunione</p> <p>Presenza ad almeno il 90% delle riunioni con attività equamente distribuita tra i partecipanti</p> <p>Partecipazione attestata dal Responsabile dell'AUDIT</p> <p>Qualità percepita da parte dei partecipanti</p> <p>Relazione conclusiva del Responsabile di progetto.</p>	<p>2 crediti per 2 ore non frazionabili</p> <p>Ogni progetto è accreditabile per un minimo di 3 incontri/progetto</p> <p>L'assegnazione dei crediti è uguale per tutti i partecipanti perché le attività previste dal processo di audit devono essere equamente distribuite tra tutti</p> <p>In ogni progetto possono essere coinvolti fino ad un massimo di 20 partecipanti</p>
--	--	--

8. AUTOAPPRENDIMENTO SENZA TUTORAGGIO (FAD)

<p>Utilizzazione individuale di materiali durevoli e sistemi di supporto per l'autoapprendimento.</p> <p>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.</p> <p>La valutazione dell'apprendimento costituisce anche verifica di partecipazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>1 credito per ogni ora di impegno previsto.</p> <p>(*) (Nota 3)</p> <p>(*) (Nota 4)</p>
--	---	--

(*) 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.

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).	<ul style="list-style-type: none"> - 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)		
<p><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></p>		
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

La CNFC ha stabilito successivamente che dal 1° novembre 2011 convegni, congressi, simposi e conferenze con numero dei partecipanti superiore a 200 possono essere accreditati con gli stessi parametri previsti per gli eventi delle stesse tipologie, con numero dei partecipanti inferiore ai 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'ultimo Accordo Stato-Regioni, in ambito ECM, del 19 aprile 2012 (allegato 1): "Linee guida per i Manuali di accreditamento dei Provider nazionali e regionali: requisiti minimi e standard". Gli enti accreditanti (le Regioni) si impegnano ad avviare, entro un anno dalla sottoscrizione dell'Accordo, il

procedimento di accreditamento dei Provider, predispongono l'Albo Nazionale dei Provider che include sia i soggetti accreditati a livello nazionale che regionale.

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 Educazione continua in medicina 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.

Riferimenti bibliografici

1. Beard JD, Marriott J, Purdie H, Crossley J, Assessing the surgical skills of trainees in the operating theatre: a prospective observational study of the methodology, *Health Technol Assess.* 2011 Jan;15(1): i-xxi, 1-162
2. Bortone G. (a cura di), *Formazione e cambiamento - Teoria e prassi.* Aracne 2008
3. Boyatzis R.E. (1982) *The Competent Manager: A Model for Effective Performance,* Wiley, New York
4. Carli R., Paniccchia R.M., *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica.* Il Mulino 2004.
5. Carli R., Paniccchia R.M., *Psicologia della formazione.* Il Mulino 1999.
6. Ceci A, Prandi F, Ruozi C. “Coniugare organizzazione e professionalità: la valorizzazione delle risorse umane”. In Cipolla C, Giarelli G, Altieri L. *Valutare la qualità in sanità.* Franco Angeli 2002.
7. Crossley J, Marriott J, Purdie H, Beard JD, Prospective observational study to evaluate NOTSS (Non-Technical Skills for Surgeons) for assessing trainees' non-technical performance in the operating theatre, *Br J Surg.* 2011 Jul;98(7):1010-20
8. Frank Jr, Danoff D, The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies, *Medical Teacher* (2007); 29: 642–647
9. Gillespie, B.M., et al. (2010). Enhancing communication in surgery through team training interventions: A systematic literature review. *AORN Journal*, 92(6), 642-657
10. Grilli R., Taroni F. *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza.* Il Pensiero Scientifico editore 2004
11. Health Foundation, *Quality improvement training for healthcare professionals,* August 2012
12. Kurtz S., Laidlaw T., Makoul G., Schnabl G., *Medical Education Initiatives in Communication Skills Cancer, Prevention & Control*, 3:1, pp. 37-45, 1999
13. Le Boterf G., *Construire le compétences individuelles et collectives.* Éditions d'Organisation, Paris, (2000)
14. Loiodice I. Politiche per l'educazione degli adulti: proposte. ‘Lifelong Lifewide Learning’, *Rivista online di Edaforum.* Anno 2, 4/2006.
15. Maggi B., *La formazione apparente: alcune ipotesi di ricerca.* Studi Organizzativi 1/1974.
16. Mattalucci L., Sarati E., *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* Anno II, 1/2011.

17. McCulloch P, Rathbone J. and Catchpole K., Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff, *British Journal of Surgery*, 2011, 98:2
18. NHS Institute for Innovation and Improvement and Academy of Medical Royal Colleges (2010) *Medical Leadership Competency Framework*, 3rd edition, Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement
19. Østergaard HT, Østergaard D, Lippert A. Implementation of team training in medical education in Denmark *Postgrad Med J*. 2008 Oct;84(996):507-11.
20. Pantani T., Ruozi C. La Formazione sul campo in ambito sanitario: il valore di una formazione oltre l'aula. *Janus*, 24/ 2006.
21. Patey RE, Identifying and Assessing Non-Technical Skills, *The Clinical Teacher* 2008; 5: 40–44
22. Poletti P, *Competenza, Care*, 3, 2008, Il Pensiero Scientifico editore, Roma.
23. Poletti P., Andrioli R., Cardone R., De Feo A., Sviluppo delle competenze organizzative di governo clinico e delle abilità non tecniche. Programma ministeriale 2011.
24. Prandi F., Ruozi C. “L'addestramento del personale”, in Mortilla, Ricci, Rinaldi. *La certificazione del sistema qualità di un servizio sanitario*. UTET 2000.
25. Quaglino GP, Carrozzi GP. *Il processo di formazione*. Franco Angeli 1992.
26. Spencer LM e Spencer SM (1993). *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore*. Milano, Edizioni Franco Angeli.
27. Bruno Vigilio Turra: *La valutazione dei progetti di formazione*
28. Venero S. Il modello dell'European Foundation for Quality Management, *QA* 2000; 11: 269-276
29. W.H.O. *Patient Safety Curriculum Guide, Multi-professional Edition*, 2011
30. Walton M et al, *The WHO patient safety curriculum guide for medical schools*. *Qual Saf Health Care*. 2010 Dec;19(6):542-6
31. Walton MM, Shaw T, Barnet S, Ross J, *Developing a national patient safety education framework for Australia*, *Qual Saf Health Care* 2006;15:437-442
32. WFME, *Global Standards for Quality Improvement in Medical Education European Specifications: Quality Assurance Task Force WFME Office, University of Copenhagen Denmark*, 2007
33. WHO, *Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*
34. World Health Organisation (1988) *Learning to work together for health. Report of a WHO study group on multiprofessional education for health personnel: a team approach*. WHO Switzerland, pag 68

RINGRAZIAMENTI

Il documento è stato redatto a cura di un gruppo di lavoro costituito presso il Ministero della salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III (Alessandro Ghirardini, Rosetta Cardone, Angela De Feo), in collaborazione con la Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri – FNOMCeO – (Luigi Conte), la Federazione Nazionale Collegi Infermieri - IPASVI (Giuseppina Grugnetti, Barbara Mangiacavalli), Piera Poletti (CEREF-Padova), con il contributo di Roberta Andrioli Stagno, Velia Bruno, Susanna Ciampalini, Antonietta Colonna, Daniela Furlan, Lucia Guidotti, Giorgio Leomporra, Claudio Seraschi (Ministero della Salute, Ufficio III).

La stesura del presente documento è stata effettuata avvalendosi, quale riferimento, del manuale *La formazione per il governo clinico*, prodotto a cura dell’Agenzia Sanitaria e Sociale regionale della Regione Emilia-Romagna (Corrado Ruozi, Francesca Terri, Marina Ventura).