

Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna

Rapporto 2002-2006

ISSN 1591-223X
DOSSIER
150-2007



Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna

Rapporto 2002-2006

Formazione continua

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, maggio 2007

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss150.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

La stesura del *Rapporto* è stata curata da

Marco Biocca
Giovanna Artioli
Barbara Lelli
Cristina Predieri
Donatella Pasquali
Benedetta Riboldi
Manuela Righi
Marina Ventura
Vanessa Vivoli

del Sistema Comunicazione, documentazione e formazione dell'Agencia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Il *Rapporto* è stato predisposto dalla Commissione regionale per la formazione continua in medicina e per la salute, presieduta dall'Assessore alle politiche per la salute Giovanni Bissoni e composta da

Marco Biocca (vicepresidente)	Patrizia Menicocci
Nicolino D'Autilia	Paolo Messina
Salvatore De Franco	Stefano Reggiani
Giovanni De Plato	Manuela Righi
Gianfranco Di Nino	Lia Rimondini
Stefano Falcinelli (vicepresidente)	Luigi Salizzato
Marco Ingrosso	Leopoldo Sarli
Alessandro Liberati	Roberta Suzzi
Luisa Martelli	Aldo Tomasi
Mariella Martini	Paola Zaniboni
Sergio Marzocchi	

in collaborazione con

la Direzione generale per la sanità e le politiche sociali della Regione
Emilia-Romagna

Rosa Cacici
Cristina Malvi
Tiziana Prisco

gli Uffici formazione delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna

Franca Capotosto	Azienda USL di Modena
Anna Castellucci	Azienda USL di Bologna
Lodovica Cavalli	Azienda USL di Piacenza
Angelo Cocconi	Azienda ospedaliero-universitaria di Parma
Alda Cozzi	Azienda USL di Parma
Salvatore De Franco	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
Massimo Ferrari	Azienda USL di Rimini
Loredana Gamberoni	Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Carolina Guerrieri	Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
Emanuela Manzari	Azienda USL di Ravenna
Lubiano Montaguti	Azienda USL di Forlì
Gianna Paparella	Azienda USL di Ferrara
Corrado Ruozi	Azienda USL di Reggio Emilia
Paolo Sacchetti	Azienda USL di Cesena
Patrizia Suzzi	Istituti ortopedici Rizzoli, Bologna
Orietta Valentini	Azienda USL di Imola
Paola Vandelli	Azienda ospedaliero-universitaria di Modena

e la Consulta regionale per la formazione in sanità dell'Emilia-Romagna.

Indice

Introduzione	9
1. Le regole comuni	15
1.1. La costruzione delle regole comuni	15
1.2. La formazione continua nei contratti di lavoro	21
2 Il modello dell'Emilia-Romagna	25
2.1. Le particolarità nel sistema di accreditamento	25
2.2. L'apprendimento sul campo	27
2.3. Il ruolo delle Aziende sanitarie nella formazione	30
3. Alcuni dati sul periodo 2002-2006	31
3.1. Gli utenti	31
3.2. L'offerta complessiva di formazione	31
3.3. Le caratteristiche degli eventi	39
3.4. Le modalità di accreditamento	41
3.5. I costi della formazione per l'ECM	41
4. La sperimentazione della formazione sul campo	43
4.1. Introduzione	43
4.2. La sperimentazione in Emilia-Romagna	45
4.3. Alcune considerazioni a consuntivo	53
5. Le opinioni degli operatori sanitari	59
5.1. Il disegno dell'indagine	59
5.2. I risultati	64
5.3. Qualche ulteriore riflessione	70
5.4. Le conclusioni e le prospettive future nell'indagine nazionale	72

6. Dagli Uffici formazione delle Aziende sanitarie	77
6.1. Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna	77
6.2. Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara	78
6.3. Azienda ospedaliero-universitaria di Modena	81
6.4. Azienda ospedaliero-universitaria di Parma	81
6.5. Azienda ospedaliera di Reggio Emilia	82
6.6. Azienda USL di Bologna	84
6.7. Azienda USL di Ferrara	85
6.8. Azienda USL di Imola	87
6.9. Azienda USL di Modena	88
6.10. Azienda USL di Parma	91
6.11. Azienda USL di Piacenza	92
6.12. Azienda USL di Ravenna	94
6.13. Azienda USL di Reggio Emilia	95
7. La formazione nelle Aziende sanitarie e l'integrazione con le funzioni di assistenza e di ricerca	99
7.1. Dal corsificio alla gestione dei processi di apprendimento: alcune note per recuperare l'efficacia della formazione	99
7.2. Riconoscimento e aggiornamento degli animatori e dei tutor della formazione	107
7.3. Usare la valutazione	114
7.4. Le biblioteche e l'uso della documentazione nei processi di apprendimento e di miglioramento	116
8. La formazione continua dei medici di medicina generale	119
8.1. Introduzione	119
8.2. Il Centro regionale per la formazione e l'aggiornamento	121
8.3. Tutor e animatori	122
8.4. La formazione continua nelle Aziende sanitarie	122
8.5. Esperienze aziendali	124
8.6. L'offerta formativa esterna	140

9. Interessi commerciali in sanità e formazione per l'ECM	145
9.1. Un principio e diverse pratiche	145
9.2. Imprese farmaceutiche e formazione in Emilia-Romagna	148
9.3. Alcune considerazioni conclusive e qualche proposta	154
10. Costruire la collaborazione con l'Università	157
10.1. Quadro normativo e accordi attuativi	157
10.2. L'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica	162
10.3. Il nuovo Protocollo d'intesa sulla formazione specialistica in medicina	163
10.4. La formazione delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione	166
10.5. Formazione continua e rapporti con l'Università	167
11. Verso il futuro	171
Allegati	175
Allegato A. La formazione continua nei Contratti collettivi nazionali di lavoro	177
Allegato B. Delibere di Giunta della Regione Emilia-Romagna 1072/2002, 1494/2003 e 1217/2004	193
Allegato C. Atti regionali per il funzionamento del sistema ECM (aggiornamento al 31 dicembre 2006)	217

Introduzione

Il primo programma nazionale di Educazione continua in medicina (ECM) è stato avviato in Italia nel 2002. Ha coinvolto in modo capillare, anche se non uniforme, le strutture e gli operatori della sanità di tutto il paese. Ha indotto una enorme quantità di iniziative e suscitato reazioni, anche contrastanti. Prevedeva un primo ciclo di sperimentazione di cinque anni, che è ormai concluso, ed è quindi tempo di bilanci.

È tempo di bilanci anche per ciò che è avvenuto in Emilia-Romagna, dove il programma di ECM è stato affrontato con impegno fin dall'inizio. Questo volume raccoglie dati, documenti, informazioni sull'esperienza regionale di questi anni. Sono organizzati secondo un modello empirico sperimentato nei Rapporti annuali già prodotti (AA.VV., 2004, 2005). Non si tratta di un lavoro sistematico, né si è riusciti ad entrare nel merito dell'efficacia che le iniziative di formazione realizzate possano effettivamente avere avuto. Ha la finalità di offrire elementi di conoscenza su molti aspetti diversi che concorrono a delineare un quadro rilevante e può rappresentare la base per successivi approfondimenti e orientamenti.

Aldilà dei giudizi sui meccanismi istituzionali che hanno regolato il funzionamento dei processi di accreditamento dell'ECM, e dei problemi connessi, va riconosciuto che in questo modo è stato introdotto nel Servizio sanitario nazionale il principio della formazione continua e che ciò ha coinciso con un periodo di profonda evoluzione nei sistemi di assistenza sanitaria. Si ha, quindi, l'opportunità di esaminare un fenomeno ricco, complesso e con caratteristiche anche molto innovative che non interessano solo gli esperti della formazione del personale sanitario.

Ogni professionista della sanità trova nelle norme deontologiche che regolano il suo operare un richiamo all'obbligo di impegnarsi nell'apprendimento continuo. A queste si associano le crescenti sollecitazioni verso un nuovo senso di responsabilità (*l'accountability*), che comporta l'introduzione nella pratica professionale di criteri di efficienza e di meccanismi di controllo e valutazione delle prestazioni e dei risultati.

La rapidità con cui si modificano le tecnologie e le organizzazioni, l'ampliamento del mercato del lavoro a una dimensione internazionale e anche i processi migratori e di mobilità degli operatori, rendono sempre più anacronistico pensare che le competenze tecniche dei professionisti possano essere certificate una sola volta per tutte al momento dell'accesso al lavoro senza essere confermate nel tempo.

L'innovazione e l'apprendimento sono elementi centrali e inestricabili anche dello sviluppo di un servizio sanitario. Se per formazione continua in sanità si intende l'insieme delle attività, successive alla formazione iniziale, finalizzate al continuo adeguamento delle capacità di intervento rispetto allo sviluppo scientifico, tecnico e organizzativo dell'assistenza e al mutare della domanda di salute della popolazione, non c'è dubbio

che si è di fronte non solo a uno strumento fondamentale di cambiamento individuale, ma a una funzione specifica del servizio sanitario stesso, indispensabile a garantire nel tempo le sue prestazioni.

Sono molti i problemi importanti che emergono a tutti i livelli del sistema sanitario e che sono affrontabili con successo attraverso scelte che sappiano includere un deciso impegno sul terreno della formazione. Risposte realmente adeguate a questi problemi non possono essere progettate e realizzate in modo frammentario, ma richiedono coerenza con un vero e proprio piano strategico in cui far confluire forze molteplici.

Secondo una visione più complessiva, la formazione continua dovrebbe quindi essere parte di un contesto in cui:

- si condividano un insieme di valori e di competenze di fondo;
- sia effettivo l'impegno a creare condizioni di lavoro adatte allo sviluppo delle competenze, in funzione sia della carriera individuale che dell'organizzazione;
- esistano le possibilità di accedere alla formazione in modo aperto e flessibile e senza discriminazioni;
- l'apprendimento sia riconosciuto, valutato e accreditato e sia condiviso tra gruppi e professioni diversi;
- la pianificazione e la valutazione della formazione faccia parte integrante dello sviluppo delle organizzazioni;
- vi sia possibilità di accedere alle necessarie risorse informative;
- le infrastrutture dedicate siano competenti, accessibili e davvero in grado di supportare l'apprendimento.

La novità sostanziale di questi ultimi anni è stata l'introduzione dell'obbligo per tutti gli operatori sanitari di partecipare a un processo di formazione chiamato Educazione continua in medicina. Questo processo, introdotto dal DLgs 229/1999, si basa sull'acquisizione di crediti formativi attraverso la partecipazione a iniziative accreditate per l'ECM e ha l'obiettivo di integrare le norme sull'accreditamento delle strutture sanitarie al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale. L'ECM non esaurisce certamente le possibilità di apprendimento di un operatore sanitario, ma definisce le regole di quella parte di formazione che viene formalizzata per produrre le prove del suo aggiornamento.

In Emilia-Romagna l'introduzione del programma ECM è stata seguita con particolare attenzione per le opportunità che offriva e per le difficoltà organizzative che comportava. I due Rapporti annuali (AA.VV., 2004, 2005) che sono stati pubblicati prima di questo danno conto, anche in dettaglio, dell'impostazione, dell'impegno, delle iniziative, dei risultati e dei punti critici che hanno caratterizzato l'esperienza regionale in questo settore. Col crescere dell'attenzione nelle strutture sanitarie ai processi di governo clinico, di gestione del rischio, di ricerca e di governo delle innovazioni e, in particolare, con la LR 29/2004 sul Sistema sanitario regionale, si stanno verificando mutamenti significativi che hanno profonde ripercussioni sul sistema formativo degli operatori sanitari e, di conseguenza, anche sul modo di considerare e progettare l'ECM.

Questo *Rapporto* affronta in particolare solo ciò che è avvenuto in Emilia-Romagna, ma tiene conto del contesto e delle prospettive di sviluppo più generali, anche perché non sarebbe pensabile che un sistema di questa natura possa sopravvivere senza un sistema di regole condivise e rispettate su scala nazionale.

I dati che sono stati utilizzati provengono dalle Aziende sanitarie della regione, dal Ministero della salute (<http://ecm.sanita.it/>), dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA <http://agenziafarmaco.it/>), dalla Regione Emilia-Romagna (<http://ecm.regione.emilia-romagna.it/>) e da altre Amministrazioni regionali italiane.

Le analisi che vengono proposte sono frutto di riflessioni e consultazioni che hanno coinvolto in tutti questi anni la Commissione regionale per la formazione continua in medicina e per la salute, gli Uffici formazione delle Aziende sanitarie e la Consulta regionale per la formazione in sanità dell'Emilia-Romagna.

Le dimensioni della valutazione di un processo formativo così ampio e complesso sono necessariamente molteplici, per i punti di vista che rappresentano, per gli oggetti che vengono presi in considerazione e anche per i metodi e gli strumenti che possono essere utilizzati. Non esiste uno schema, una ricetta, che permetta di descriverlo in modo standardizzato e di confrontarlo con ciò che avviene altrove. Questo *Rapporto* è stato quindi costruito aggiungendo ad un nucleo iniziale che descrive l'offerta di iniziative di ECM - in prevalenza delle Aziende sanitarie pubbliche - in Emilia-Romagna nel periodo 2002-2006, un insieme di approfondimenti su aspetti significativi, che probabilmente avranno anche in futuro ulteriori sviluppi.

In particolare, il Capitolo 1 riassume le regole comuni in base alle quali si è sviluppato il processo e che spiegano i meccanismi, anche molto particolari, che regolano il sistema dell'ECM, dai primi passi della fase sperimentale del 2000-2002 alle ultime Intese raggiunte nel 2006 nella Conferenza Stato-Regioni. Sono comprese anche le regole definite nei Contratti collettivi di lavoro. Gli addetti ai lavori sicuramente conoscono già questi aspetti, ma vengono ribaditi perché rappresentano comunque il terreno principale su cui occorre misurarsi per garantire il necessario sviluppo armonico a livello nazionale.

Nel secondo Capitolo sono messe in luce le caratteristiche salienti che distinguono il modello adottato per l'ECM in Emilia-Romagna, pur nel rispetto del quadro di insieme. In particolare vengono sottolineati quattro elementi:

- la distinzione tra il ruolo di consulenza della Commissione di esperti e il ruolo di garanzia della Consulta degli Ordini e dei Collegi;
- il ruolo primario, sia di governo che di erogazione della formazione, delle Aziende sanitarie;
- l'enfasi posta sulla sperimentazione della formazione sul campo;
- la chiarezza nelle regole sui finanziamenti da parte di imprese con interessi commerciali in sanità.

Il Capitolo 3 raccoglie dati su ciò che è avvenuto in Emilia-Romagna tra il 2003 e il 2006 (il 2002 è stato di rodaggio) dal punto di vista della domanda e dell'offerta di formazione, le caratteristiche degli eventi formativi accreditati, il funzionamento dei meccanismi di accreditamento e i costi sostenuti dal Servizio sanitario regionale.

Nel quarto Capitolo sono analizzate le sperimentazioni di formazione sul campo (FSC) realizzate a partire dal 2003. L'esperienza dell'Emilia-Romagna può contare su oltre 3.700 progetti di FSC accreditati che rappresentano una base cospicua per riflessioni sulle valenze e sulle opportunità offerte da questo modo di organizzare la formazione e sull'impatto nei processi di integrazione con le funzioni di assistenza e ricerca.

Ci sarebbe dovuto essere a questo punto un capitolo dedicato alla formazione a distanza e all'*e-learning*, ma la quantità di materiali raccolti, soprattutto in seguito a un'indagine effettuata in altri Paesi europei, ci ha spinto a raccoglierci in un volume separato (AA.VV., 2007). Rispetto alle aspettative iniziali, l'impatto dell'*e-learning* è stato ancora circoscritto, ma è ora possibile inquadrare meglio limiti e potenzialità e impostare un più razionale sviluppo futuro.

Il Capitolo 5 presenta i risultati di un'indagine condotta alla fine del 2006 per esplorare i giudizi degli operatori sanitari sulla formazione continua dopo l'avvio del programma di ECM. Si tratta di un'indagine ampia, realizzata anche in diverse altre regioni, che cerca di offrire un quadro articolato con elementi interessanti e, per certi versi, anche sorprendenti. Qui vengono presentati i dati relativi all'Emilia-Romagna.

Il sesto Capitolo raccoglie osservazioni e idee di singoli Uffici formazione delle Aziende sanitarie, che sono tra i principali attori di questa storia.

Il Capitolo 7 esamina alcuni nodi critici dell'evoluzione della funzione formativa nelle Aziende del Servizio sanitario regionale. In questo contesto si è andati più a fondo nei meccanismi della programmazione e nei suoi legami con l'innovazione e con il ruolo dei Collegi di direzione. Una riflessione particolare è stata rivolta a quelle figure chiave che sono presenti in tutte le organizzazioni sanitarie anche se assumono nomi - e a volte funzioni - diversi. Si tratta degli animatori della formazione, dei tutor, dei referenti, ecc., che hanno molto in comune con gli animatori dei processi di accreditamento e di miglioramento della qualità e dei referenti per la ricerca. In questo Capitolo è anche affrontato il tema dei legami tra la formazione continua e la documentazione scientifica.

L'ottavo Capitolo descrive la formazione continua dei medici di medicina generale. È un tema cruciale che ancora non viene affrontato in modo sufficientemente organico su scala regionale, ma che presenta esperienze aziendali innovative.

Il Capitolo 9 è dedicato all'impegno economico delle imprese con interessi commerciali in sanità nell'ECM. I dati sono stati ricavati dall'AIFA e si riferiscono al 2005 e al primo semestre del 2006. Sono elementi utili per descrivere meglio un fenomeno diffuso, tuttora assai poco conosciuto e che assume un peso crescente.

Nel decimo Capitolo, infine, si affronta il tema della collaborazione con l'Università, con le nuove regole normative, gli Osservatori sulla formazione specialistica in medicina e sulle professioni sanitarie, gli strumenti per il monitoraggio e gli impegni per programmi innovativi. Il ruolo dell'Università nella formazione continua è stato, finora, limitato ma le prospettive di sviluppo, in particolare integrate con le attività di ricerca, sono certamente ampie.

Nel Capitolo finale si trova un breve elenco di osservazioni e punti critici. Non si tratta di conclusioni, perché l'intero volume vuole rappresentare una base per riflessioni e proposte, ma di piuttosto di uno schema utile a compilare l'agenda delle questioni da affrontare in vista del nuovo Programma nazionale di ECM.

In allegato, oltre al testo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro e delle delibere della Giunta regionale nn. 1072/2002, 1217/2004 e 213/2006, si trova anche un quadro sinottico degli atti finora adottati dalle altre Regioni.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. *Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003*. Collana Dossier dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. n. 92, 2004.
- AA.VV. *Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004*. Collana Dossier dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. n. 113, 2005.
- AA.VV. *E-learning in sanità*. Collana Dossier dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. n. 149, 2007.

1. Le regole comuni

1.1. La costruzione delle regole comuni

La storia dell'Educazione continua in medicina in Italia ha inizio con le riforme del Servizio sanitario nazionale degli anni '90, con il DLgs 502/1992 modificato poi dal DLgs 229/1999. È utile richiamare i punti salienti di questa legge che chiarisce quali siano le caratteristiche del modello italiano di formazione continua (*Box 1*): è di tipo istituzionale, interessa tutti gli operatori sanitari che hanno un rapporto, diretto o indiretto, con il Servizio sanitario nazionale ed è legato al funzionamento e all'accreditamento delle strutture.

Box 1. L'ECM nel DLgs 502/1992, integrato con le modifiche apportate dal DLgs 299/1999

Art. 16. Formazione

1. La formazione medica di cui all'articolo 6, comma 2, implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, ivi comprese la medicina preventiva, le guardie, l'attività di pronto soccorso, l'attività ambulatoriale e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione. La formazione comporta l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta. Durante il periodo di formazione è obbligatoria la partecipazione attiva a riunioni periodiche, seminari e corsi teorico-pratici nella disciplina.

Art. 16 bis. Formazione continua

1. Ai sensi del presente decreto, la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. 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 alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.
2. La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. 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*.

(continua)

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

1. Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è nominata una Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni. La commissione è presieduta dal Ministro della sanità ed è composta da [...]. Con il medesimo decreto sono disciplinate le modalità di consultazione delle categorie professionali interessate in ordine alle materie di competenza della Commissione.
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 e i Collegi professionali interessati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici. La Commissione definisce i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative. La Commissione 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.
3. Le regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli ordini e dei collegi professionali, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, concorrono alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui al comma 2, elaborano gli obiettivi formativi di specifico interesse regionale, accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale secondo i criteri di cui al comma 2. Le regioni predispongono una relazione annuale sulle attività formative svolte, trasmessa alla Commissione nazionale, anche al fine di garantire il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua.

Art. 16 *quater*. Incentivazione della formazione continua

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 e delle strutture sanitarie private.
2. I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale.
3. Per le strutture sanitarie 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 ottenere e mantenere l'accreditamento da parte del Servizio sanitario nazionale.

Nel luglio del 2000, con una tempestività che sorprese molti, il Ministro Veronesi nominò la prima Commissione nazionale per la formazione continua e le affidò il compito di definire le regole di base comuni in grado di sostenere un meccanismo così innovativo e capillare.

Pochi mesi dopo, tuttavia, lo scenario istituzionale subì una profonda modifica con la Legge costituzionale 3/2001. L'accelerazione verso il federalismo affidava alle Regioni su varie materie, tra cui la scuola e la sanità, una potestà concorrente nella definizione degli obiettivi e delle modalità organizzative. L'ECM diventava, quindi, un terreno emblematico di sperimentazione di questo nuovo corso.

Si cercarono allora le strade per aggiornare il sistema di *governance* dell'ECM in modo da valorizzare l'impegno regionale senza sacrificare l'unitarietà del programma. La Conferenza Stato-Regioni fu riconosciuta come la sede appropriata nella quale adottare, con Accordi o Intese, soluzioni vincolanti per tutti gli attori relative ad aspetti e criteri generali del programma e con carattere prescrittorio. Alla Commissione nazionale, che fu integrata con rappresentanti delle professioni e delle Regioni (legge 56/2002 e Decreto del Ministro della salute del luglio 2002), furono affidate funzioni di consulenza e di proposta e di definizione degli aspetti applicativi e ordinatori.

Il 20 dicembre del 2001 fu firmato il primo Accordo nazionale sull'ECM che dava avvio al sistema a partire dal 2002, a cui sono seguiti Accordi annuali.

Le principali decisioni adottate finora sono sintetizzate in Tabella 1; nella Tabella 2 sono richiamati gli elementi che caratterizzano il sistema ECM, a partire dalla definizione degli attori principali.

Tabella 1. Principali decisioni approvate con gli Accordi nazionali ECM adottati dalla Conferenza Stato-Regioni nel dicembre 2001, marzo 2003, maggio 2004, marzo 2005 e marzo 2006.

Acquisizione di crediti	<p>Per acquisire crediti ECM occorre partecipare a eventi appositamente accreditati per l'ECM dal Ministero della salute o dalle Regioni.</p> <p>Nel quinquennio 2002-2006 ogni operatore interessato deve acquisirne 120 (10 nel 2002, 20 nel 2003, 30 nel 2004, 2005 e 2006).</p> <p>I crediti acquisiti partecipando ad eventi accreditati dal Ministero della salute o dalle Regioni hanno lo stesso valore.</p>
Ruolo della Commissione nazionale per la formazione continua in medicina	<p>La Commissione nazionale, che è stata integrata nel 2002 con rappresentanti delle Regioni, delle Società scientifiche, degli Ordini e delle Associazioni professionali, ha funzioni propositive nei confronti della Conferenza e applicative e ordinarie in particolare per l'accredimento degli eventi.</p>
Obiettivi formativi nazionali	<p>Nel 2002 viene approvato un elenco di obiettivi nazionali, in parte comuni a tutte le categorie professionali, aree e discipline e in parte specifici. In effetti più che l'identificazione di alcuni obiettivi prioritari si tratta piuttosto di un elenco di argomenti che copre una gamma assai ampia di problemi medici e assistenziali.</p> <p>Gli obiettivi formativi nazionali vanno correlati al Piano sanitario nazionale. Con l'Intesa del 23 marzo 2005 è stato definito anche un Piano nazionale della prevenzione che contiene alcuni indirizzi specifici per la formazione.</p>
Obiettivi formativi regionali	<p>Le Regioni elaborano gli obiettivi formativi di interesse regionale e possono decidere in quale misura (fino a un massimo del 50%) gli operatori sanitari debbano soddisfare il proprio debito annuale attraverso attività che perseguano tali obiettivi. Sono poche le Regioni che li hanno identificati.</p>
Criteri per la valutazione degli eventi residenziali	<p>Sono stati definiti inizialmente solo i criteri per la valutazione degli eventi residenziali, quelli cioè che si realizzano in una sede dedicata, come corsi, seminari, convegni, ecc. Questi si basano su tre elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la coerenza degli obiettivi formativi perseguiti con le priorità, definite a livello nazionale e regionale, e con gli interessi prevalenti delle figure specifiche professionali a cui sono rivolte le iniziative; • la qualità della didattica, cioè l'appropriatezza del metodo adottato e l'efficacia nel raggiungere i risultati; • la durata in ore. <p>A ogni ora di formazione documentata di un processo completato corrisponde da un minimo di 0,75 a un massimo di 1,25 crediti.</p>

(continua)

Valutazione della formazione sul campo e della formazione a distanza	Non vengono definiti criteri condivisi, ma si accetta che le iniziative di formazione sul campo e di formazione a distanza possono essere accreditate dal Ministero della salute e dalle Regioni in via sperimentale, al fine di valutarne l'efficacia e di definirne criteri di accreditamento da proporre alla Conferenza Stato-Regioni.
Valutazione della qualità	Il Ministero della salute e 10 Regioni firmano una convenzione per realizzare un progetto pilota di Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM. Il progetto, che è coordinato dall'Emilia-Romagna, si avvia nel maggio 2005 e si conclude nel maggio 2007.

Tabella 2. Gli attori principali del sistema ECM

Utenti	Sono gli operatori sanitari a cui è destinata l'offerta formativa: i dipendenti del SSN e delle strutture private accreditate e i liberi professionisti convenzionati. Anche se la formazione continua è un dovere deontologico per tutti coloro che operano nella sanità, l'ECM non riguarda direttamente gli altri dipendenti del SSN. Non dovrebbe riguardare neppure i liberi professionisti che operano indipendentemente dal SSN, ma su questo punto ci sono posizioni controverse.
Organizzatori di formazione di interesse per l'ECM	I cosiddetti <i>provider</i> sono in primo luogo le Aziende sanitarie, le Università, e le Società scientifiche, ma potenzialmente potrebbero essere anche molti altri, Ordini e Collegi, case editrici, centri di formazione, ecc. Il Ministero della salute ne registra oltre 11.000, di cui circa 650 solo in Emilia-Romagna. Sono escluse le case farmaceutiche.
Enti accreditanti e valutatori	L'ECM in Italia ha carattere istituzionale e i promotori e i garanti di tale processo che devono accreditare e valutare gli organizzatori e le attività formative sono il Ministero della salute e le Regioni. Hanno, quindi, funzioni di promozione del sistema, di garanzia della qualità e di accreditamento degli eventi formativi. A questi enti, per evitare conflitti di ruolo, è interdetta la possibilità di organizzare direttamente attività di formazione ECM.
Ordini e Collegi professionali	Rappresentano gli utenti e devono garantire che il sistema si sviluppi in modo coerente e adeguato. Sono peraltro direttamente interessati anche a svolgere un ruolo attivo nella certificazione dell'acquisizione dei crediti e a promuovere la formazione sugli aspetti etici e deontologici.

I requisiti perché un'attività formativa possa essere presa in considerazione per l'accREDITAMENTO ECM sono sostanzialmente tre. Essa deve essere infatti:

- prodotta da un organizzatore che ne abbia titolo;
- realizzata senza che si determinino condizioni di conflitto di interesse;
- valutabile, sia prima attraverso una documentazione completa, sia durante per opera di osservatori esterni e sia dopo con indagini specifiche.

Il sistema di accREDITAMENTO degli eventi per l'ECM è quindi multipolare perché realizzato sulla base di criteri condivisi dal Ministero della salute e dalle Regioni. Nella pratica, le Regioni si sono mosse con tempi e modi non uniformi (si veda nell'*Allegato C* il quadro degli atti formali adottati) sviluppando diverse modalità che possono essere schematizzate in tre principali modelli.

Il primo modello è quello del Ministero della salute che, attraverso la Commissione nazionale per la formazione continua, accredita proposte di eventi formativi provenienti da organizzatori pubblici e privati che le inviano tramite un sistema in linea e un formato definito. Per verificare la qualità delle proposte e attribuire i crediti vengono utilizzati dei *referee* segnalati dalle Società scientifiche. In base alla Legge finanziaria del 2001, per l'accREDITAMENTO degli eventi il Ministero riscuote una tariffa. La macchina è imponente: in 5 anni il Ministero ha accREDITATO oltre 250.000 progetti di eventi proposti da 11.000 organizzatori. Le proposte arrivano da ogni parte del paese, ma in particolare dalle Regioni del centro-sud (Abruzzo, Basilicata, Campania, Calabria, Lazio, Puglia, Sardegna e Sicilia) e dal Piemonte, che non hanno attivato propri sistemi locali di accREDITAMENTO. Altre Regioni, come il Veneto, il Trentino, l'Alto Adige e la Valle d'Aosta hanno avviato un processo di accREDITAMENTO regionale che segue il modello del Ministero.

Anche l'Emilia-Romagna, il Friuli, le Marche, la Toscana e l'Umbria hanno un proprio sistema di accREDITAMENTO regionale. Questi si differenziano dal modello del Ministero per alcuni aspetti procedurali e organizzativi, ma soprattutto perché prendono in considerazione solo eventi proposti da organizzatori pubblici, in particolare dalle Aziende sanitarie. Il modello dell'Emilia-Romagna viene descritto più in dettaglio nel Capitolo 2.

Il terzo modello di accREDITAMENTO è quello della Lombardia, che non accredita gli eventi ma gli organizzatori, i cosiddetti *provider* e i loro piani formativi annuali. Un *provider* accREDITATO ha la potestà di organizzare eventi e programmi formativi senza dover ogni volta richiederne l'accREDITAMENTO. Questo modello non risponde agli accordi presi nella Conferenza Stato-Regioni e la sua adozione unilaterale ha dimostrato anche la fragilità del sistema.

1.2. La formazione continua nei contratti di lavoro

A conclusione di questo Capitolo, per completare il quadro delle regole generali, vanno anche richiamate le forme con cui i Contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) hanno considerato la formazione continua. I contratti infatti non si sono limitati a prendere atto della novità introdotta dall'avvio del programma di ECM, integrando le norme che già precedentemente regolamentavano la formazione, ma sono intervenuti in modo ampio, affrontando anche questioni non risolte altrove. Hanno infatti definito meglio diritti e doveri delle Aziende sanitarie e degli operatori interessati, punti delicati come le sanzioni e le possibili ricadute in termini di accesso a progressioni di carriera che non erano state previste dalle leggi, e anche aspetti legati alle priorità e alle modalità per la realizzazione delle iniziative.

Qui di seguito vengono riassunti i punti più salienti, mentre nell'Allegato A è riportato un quadro sinottico dei vari contratti, riuniti in tre gruppi:

- quelli che riguardano il personale del comparto e della dirigenza del SSN;
- quelli dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali;
- quelli del personale dipendente da aziende private.

1.2.1. I contratti dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale

I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale del comparto del SSN e della dirigenza, medico-veterinaria e non medica, contengono articoli specifici assai simili tra loro, sulla formazione e sull'ECM in particolare.

In entrambi si riconosce la formazione continua nell'ambito della formazione obbligatoria già definita nei contratti precedenti. In effetti per la dirigenza medica e non medica è specificato anche che questa si svolge sulla base di linee di indirizzo nazionali e regionali, concordate nei progetti formativi aziendali o dell'ente. È prevista inoltre una sottolineatura particolare per la formazione sul campo e per la ricaduta della formazione sull'organizzazione del lavoro.

In tutti i contratti è previsto che l'Azienda o l'ente garantiscano l'acquisizione dei crediti formativi previsti dalla normativa vigente, in orario di servizio per il dipendente e con oneri a carico della struttura. Sono inoltre individuate le penalizzazioni previste per il dipendente che non ottemperi l'obbligo dell'ECM e non acquisisca i crediti previsti, oltre che le possibili cause di sospensione dell'obbligo dell'acquisizione di crediti formativi, tra cui anche il distacco per motivi sindacali.

Il solo contratto del comparto precisa che, al fine di ottimizzare le risorse per garantire la formazione a tutti gli operatori, è utile privilegiare la formazione aziendale o interaziendale, favorendo l'utilizzo dei mezzi multimediali e la formazione interna.

In tutti i contratti è riconosciuto che la finalità da perseguire per la formazione continua è il miglioramento delle prestazioni professionali, quindi strettamente correlata con le attività di competenza. Quando il dipendente sceglie iniziative o percorsi diversi dai piani

formativi aziendali o che comunque non rientrano nelle loro caratteristiche, si parla di formazione facoltativa e non dovrebbe essere a carico dell'Azienda, almeno nel caso dei dirigenti.

Per il personale del comparto è inoltre possibile utilizzare risorse previste dalla direttiva del 1995 del Dipartimento della funzione pubblica e altre previste da specifiche disposizioni di legge, comprese quelle eventualmente stanziati dall'Unione europea.

1.2.2. Gli accordi dei professionisti convenzionati

Anche i contratti che riguardano le attività dei professionisti convenzionati - medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti ambulatoriali (SA) - e di altre professioni sanitarie ambulatoriali riportano articoli specifici relativi alla formazione continua e all'ECM, i cui contenuti sono sostanzialmente molto simili tra loro.

Per questi professionisti, la formazione ha come finalità la crescita culturale e professionale nonché la garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

È la Regione che promuove la programmazione delle iniziative di formazione, tenendo conto di obiettivi indicati a livello nazionale, regionale e aziendale e prevedendo momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, e altri operatori sanitari. Per i PLS è previsto che le Regioni possono avvalersi anche della collaborazione delle società scientifiche e di enti accreditati.

Agli specialisti ambulatoriali è riconosciuta la possibilità di formazione solo nelle aree di specifica competenza e i crediti sono assegnati secondo criteri definiti dalla Commissione nazionale.

Le Regioni, secondo i contratti dei MMG e dei PLS, hanno un ruolo fondamentale nel processo formativo di questi professionisti e possono anche dotarsi di Centri formativi regionali con obiettivi ben definiti.

Per tutti i professionisti la partecipazione ad iniziative di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere la propria attività. Sono definiti inoltre gli eventi che danno possibilità di acquisizione di crediti e il procedimento disciplinare che viene attivato per chi non raggiunga il minimo di crediti formativi stabilito a livello nazionale.

Sono infine le Aziende che garantiscono a questi professionisti i relativi corsi che possono valere fino al 70% del debito formativo e i temi devono essere scelti orientativamente in modo da rispondere a:

- obiettivi aziendali e distrettuali, di cui un terzo su argomenti di organizzazione sanitaria;
- obiettivi regionali, di cui un terzo su argomenti deontologici e legali;
- integrazione tra territorio e ospedale.

I professionisti possono, per un 30%, frequentare altri corsi a proprie spese, anche in modalità FAD e gli specialisti ambulatoriali possono, fino al 30% del debito orario di formazione, partecipare con un permesso retribuito fino a un massimo di 32 ore.

Per i MMG e i PLS i corsi obbligatori si svolgono il sabato mattina, per almeno 10 sabati e per almeno 40 ore e l'attività svolta rientra nei compiti retribuiti. Le Aziende si assumono gli oneri per garantire la continuità assistenziale, anche con il pagamento della sostituzione.

Sono inoltre previste per MMG e PLS attività che danno luogo a crediti, come la formazione sul campo - incluse le attività di ricerca e sperimentazione -, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor valutatore.

Gli accordi regionali prevedono l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di medicina generale, la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi, i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco, le modalità e i criteri per la loro specifica formazione didattica e professionale permanente, le attività di sperimentazione e ricerca.

L'Accordo regionale del 2005 con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie individua, all'art. 33 sulla formazione continua, finalità, monte ore, tipologie di eventi formativi per l'acquisizione dei crediti di questi professionisti. La formazione viene considerata uno strumento di dialogo e di promozione dell'integrazione dello specialista ambulatoriale con le altre figure coinvolte nell'assistenza.

Si precisa inoltre che al medico specialista sono riconosciuti crediti didattici, equiparati ai crediti formativi, per attività di docenza/tutorato nelle proprie aree di attività professionale o nelle scuole di specializzazione, prevedendo per tali attività un compenso forfetario.

Crediti formativi possono inoltre essere acquisiti partecipando ad attività di *audit*, a ricerche clinico-epidemiologiche e a sperimentazioni, ed è prevista la possibilità di effettuare frequenze presso altre strutture, anche in deroga alle 50 ore previste nell'Accordo precedente (quello nazionale ne prevede 32) per programmi che tengano conto delle esigenze e della programmazione aziendale, fermo restando il riconoscimento del permesso retribuito.

1.2.3. Il contratto nella sanità privata

Ben minori sono gli impegni assunti dalle aziende della sanità privata, in particolare nei confronti del personale non medico. Si conviene sulla necessità di predisporre condizioni per favorire la partecipazione ai corsi di qualificazione professionale e l'acquisizione dei crediti ECM. La percentuale, tuttavia, di quelli che possono accedervi è assai piccola e subordinata ad esigenze di servizio.

2. Il modello dell'Emilia-Romagna

2.1. Le particolarità nel sistema di accreditamento

La Regione Emilia-Romagna è stata una delle prime ad avviare il proprio sistema di accreditamento per l'ECM, nel luglio del 2002. Il sistema regionale è regolato da tre delibere della Giunta regionale (nn. 1072/2002, 1217/2004 e 213/2006) riportate nell'Allegato B. Pur nel rispetto delle regole comuni descritte nel Capitolo precedente, sono stati introdotti alcuni elementi distintivi.

In primo luogo, al fine di distinguere le funzioni di supporto tecnico e orientamento per le decisioni della Regione da quelle di rappresentanza degli utenti dell'ECM si è deciso di dar vita a due organismi:

- una Commissione regionale per la formazione continua in medicina e per la salute, composta da esperti e con funzioni di consulenza per le attività di governo della Regione;
- una Consulta regionale per la formazione in sanità, composta da rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni degli operatori sanitari che hanno l'obbligo dell'ECM e con la funzione di raccogliere i giudizi e i suggerimenti in merito ai risultati del processo avviato su scala regionale e ai suoi possibili sviluppi.

In secondo luogo, sono stati riconosciuti provvisoriamente come organizzatori di formazione che hanno titolo a presentare proposte per l'accREDITamento di eventi formativi solo alcuni tra i possibili, in particolare le Università, le Aziende sanitarie della regione, gli Istituti scientifici del SSN, l'Istituto zooprofilattico sperimentale e l'Agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente. Questa decisione è stata motivata dall'assenza di criteri condivisi a livello nazionale per l'accREDITamento dei *provider*, ma anche dall'esigenza di sollecitare fin dall'inizio l'impegno di quegli enti che hanno la maggiore responsabilità, anche sul piano istituzionale, nella formazione permanente degli operatori sanitari.

Alle Aziende sanitarie, a conferma della loro responsabilità primaria nella pianificazione e nel governo dell'offerta, è stato chiesto di predisporre propri Piani annuali formativi (PAF), espressione di una valutazione completa dei diversi bisogni formativi e delle scelte di sviluppo anche per le collaborazioni locali.

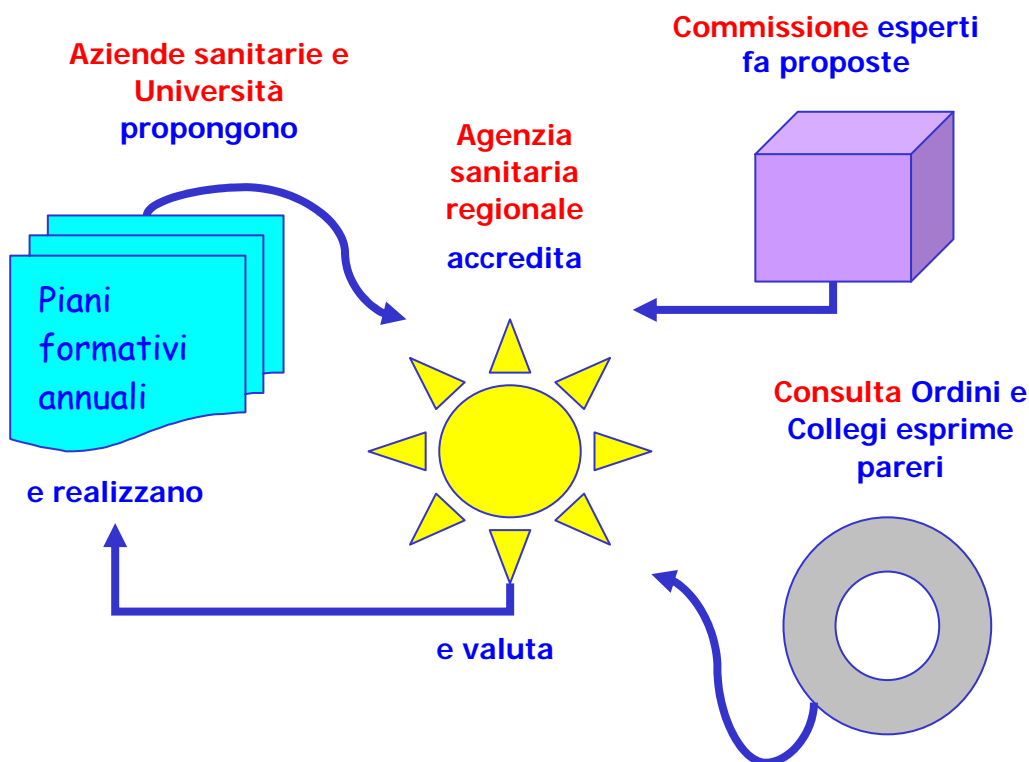
I PAF devono essere completati con le schede dei singoli eventi formativi da proporre per l'accREDITamento. È stato deciso tra l'altro che le schede includano non solo le informazioni necessarie per la loro valutazione, ma anche il numero di crediti ipotizzato da attribuire all'evento. In tal modo si è anticipata, attraverso una fase sperimentale controllata, la piena responsabilità degli organizzatori accREDITati nell'attribuire i crediti alle loro iniziative.

Fin dall'inizio, inoltre, è stato richiesto agli organizzatori di corredare le proposte di accreditamento con un'autocertificazione che assicuri che per la loro realizzazione non siano state utilizzate fonti di finanziamento dirette (anche parziali) provenienti da organizzazioni che abbiano interessi commerciali nel campo sanitario.

Il processo di accreditamento (*Figura 1*) prevede che la valutazione delle proposte venga effettuata dalla Commissione regionale sulla base dei criteri condivisi a livello nazionale e che la Regione, attraverso l'Agenzia sanitaria regionale, accrediti formalmente gli eventi, confermando o modificando i crediti proposti. Non è previsto il pagamento di tariffe per l'accREDITamento.

Un sistema informatizzato, accessibile tramite internet, messo a punto con l'Università di Bologna e col CINECA e poi gestito direttamente dalla Regione, ha permesso di gestire le procedure di accreditamento in linea. Il sito *web* sull'ECM dell'Emilia-Romagna - <http://ecm.regione.emilia-romagna.it> - costruito di conseguenza, ha permesso anche di diffondere informazioni agli utenti.

Figura 1. Il meccanismo per l'accREDITamento degli eventi per l'ECM in Emilia-Romagna



2.2. L'apprendimento sul campo

Il programma ECM dell'Emilia-Romagna è caratterizzato anche dalla particolare attenzione rivolta all'apprendimento sul campo, che è stato incluso esplicitamente nelle attività accreditabili per l'ECM secondo regole che sono definite nella delibera regionale 1217/2004 (*Allegato B*).

Le ragioni di questa attenzione vanno cercate da un lato nel tentativo di espandere l'arco di attenzione dell'ECM oltre l'angusto confine della formazione residenziale e delle incerte prospettive della formazione a distanza, dall'altro nella convinzione che ci fosse a disposizione un giacimento formativo nelle organizzazioni sanitarie che andava valorizzato.

Peraltro, gli studi sull'apprendimento degli adulti mostrano chiaramente che questo è legato soprattutto a tre elementi:

- l'esistenza di concreti e specifici problemi da risolvere;
- la possibilità di utilizzare metodi e tecniche didattiche che permettano un elevato grado di interattività e di diretto coinvolgimento;
- contesti organizzativi favorevoli, interessati alla formazione in quanto fattore positivo di evoluzione.

L'offerta formativa che poteva essere accreditata con le regole dell'ECM non aveva di solito queste caratteristiche. Piuttosto affrontava temi di carattere generale, utilizzava metodi didattici passivi (lezioni, conferenze, relazioni, discussioni in cui solo pochi prendono la parola) ed era spesso lontana dal contesto organizzativo in cui operano i partecipanti.

La possibilità di utilizzare per l'apprendimento direttamente le strutture sanitarie, le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali e le occasioni di lavoro costituiva un terreno assai fertile per la formazione, allora poco utilizzato. Questo approccio inoltre offriva la massima possibilità di essere legato alle specifiche esigenze di sviluppo dei servizi e di miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e di comportamenti organizzativi.

Per queste ragioni nella prima delibera regionale è stato incluso un esplicito richiamo all'apprendimento sul campo nell'ambito dell'ECM e un invito alle Aziende sanitarie a considerarlo una componente essenziale dei processi di formazione permanente aziendale.

Non si trattava di una scorciatoia per accumulare crediti a buon mercato o per risolvere i problemi di carenza di tempo a disposizione per lo studio degli infermieri, anche se è possibile che in alcune circostanze sia stato utilizzato in questo modo. Non si trattava neppure di un metodo per sostituire la formazione tradizionale, che deve mantenere un suo ruolo. Era piuttosto un modo per integrarla e per ricercare strade più efficaci per rafforzare molte attività importanti, anche sul piano didattico, con il rigore richiesto dall'accREDITAMENTO.

Per introdurre i progetti di apprendimento sul campo nei Piani annuali formativi e per poterli accreditare come iniziative valide ai fini dell'ECM, la Commissione regionale ha:

- inizialmente identificato e definito le opportunità effettivamente praticabili nel contesto organizzativo delle strutture sanitarie;
- quindi precisato i requisiti per l'accREDITamento delle diverse tipologie di formazione sul campo;
- scelto una scala di valutazione compatibile col sistema di crediti del processo di ECM;
- e infine definito le modalità per la valutazione.

In base a un censimento effettuato nelle strutture sanitarie della regione sono state identificate le tipologie di apprendimento sul campo utilizzabili per l'acquisizione di crediti validi per l'ECM:

- attività di addestramento
- partecipazione a commissioni o comitati
- *audit* clinico
- partecipazione a progetti di miglioramento
- partecipazione a ricerche

L'attività di addestramento si avvicina in effetti alla modalità degli *stage*, che in parte era stata già presa in considerazione dalla Commissione nazionale per l'ECM. Le altre tipologie previste, invece, rappresentavano una novità. Cambiano i contesti e le finalità (ricerca e organizzazione di documentazione, lettura e discussione in gruppo, analisi di casi, redazione, presentazione e discussione di elaborati, ecc.), ma le modalità di apprendimento sono simili.

Come previsto per le attività formative residenziali (corsi, convegni, seminari, ecc.), anche per le attività di apprendimento sul campo valgono i medesimi requisiti perché possano rientrare nel sistema di accREDITamento: essere prodotte da un organizzatore che ne abbia titolo; essere realizzate senza che si determinino condizioni di conflitto di interesse; avere una documentazione valutabile.

La possibilità che tali attività siano finanziate da parte di imprese interessate per motivi commerciali è più remota, ma il principio di esclusione fissato per gli eventi residenziali rimane valido.

È inoltre importante che l'attività di apprendimento sul campo da accREDITare per l'ECM sia stata adeguatamente progettata e formalizzata e per questo i soggetti autorizzati devono proporre alla Regione i progetti evidenziando una serie di elementi elencati in Tabella 3.

Le procedure per l'accREDITamento e l'assegnazione dei crediti sono le stesse seguite per le attività di formazione residenziale, e il sito *web* è stato predisposto per ricevere questi progetti.

Questa proposta, adottata in via sperimentale, è stata inviata all'esame della Commissione nazionale perché fosse proposta su scala nazionale, ma ciò non è avvenuto.

Tabella 3. Elementi per la stesura di un progetto di formazione sul campo

A.	Contesto organizzativo
1.	ente organizzatore che rilascia la certificazione
2.	contesto organizzativo (dipartimentale, aziendale, interaziendale, universitario, regionale, ecc.) in cui avviene il processo formativo
3.	atto formale che riconosce il contesto e la proposta formativa
B.	Progetto formativo
4.	titolo della proposta formativa
5.	tipologia della proposta formativa (vedi elenco)
6.	nome, qualificazione e curriculum del responsabile del processo formativo e degli eventuali tutor
7.	specifici obiettivi formativi e se questi rientrano tra le priorità nazionali, regionali o aziendali
8.	numero e professionalità dei partecipanti
9.	ruolo dei partecipanti nel processo
10.	grado d'impegno richiesto ai partecipanti
11.	metodi di apprendimento
12.	caratteristiche della documentazione prodotta e degli eventuali materiali didattici utilizzati (documenti, relazioni, pubblicazioni, ecc.)
13.	periodo di tempo in cui si sviluppa il processo
14.	modalità e criteri utilizzati per la documentazione della partecipazione e dell'impegno
15.	modalità e criteri per la valutazione dell'apprendimento
16.	modalità per la valutazione del processo

Nella valutazione delle attività di Educazione continua in medicina di tipo tradizionale il numero di crediti che si possono acquisire completando un determinato processo viene calcolato a priori in base alla rilevanza dell'evento, alla qualità didattica e alla durata. Ad ogni ora di formazione documentata di un processo completato corrisponde a circa un credito, uguale per tutti i partecipanti.

Anche nel caso della FSC si è deciso di attribuire a priori un determinato numero di crediti in funzione della rilevanza dell'iniziativa e dell'impegno richiesto. Poiché in questo caso la variabile temporale non ha lo stesso significato e non è comunque necessariamente esprimibile in ore, l'impegno va calcolato in modo complessivo e sono stati considerati due ordini di elementi: la rilevanza dell'iniziativa e l'impegno richiesto. Nella proposta del 2002 erano stati previsti un minimo di 3 e un massimo di 7 crediti, ad eccezione delle attività di addestramento in cui veniva considerato anche il tempo. Successivamente questi livelli sono stati aumentati per renderli più equilibrati con quelli previsti per le attività residenziali.

Il problema della verifica a posteriori dei progetti formativi (della coerenza tra progetto proposto e sua realizzazione, della riuscita effettiva dell'iniziativa, dell'apprendimento individuale, ed eventualmente dell'impatto a più lungo termine) è critico e di interesse anche per le organizzazioni sanitarie. Nel caso della formazione sul campo, sarebbe forse anche più facile assegnare alla fine dell'iniziativa un certo numero di crediti supplementari in funzione dell'impegno e dell'apprendimento.

2.3. Il ruolo delle Aziende sanitarie nella formazione

Lo sviluppo dell'ECM in Emilia-Romagna è legato direttamente alle capacità delle Aziende sanitarie di governare e organizzare la formazione. Queste competenze si erano già radicate negli anni precedenti, ma durante questo ultimo periodo si è verificato un ulteriore rafforzamento che ha avuto un riconoscimento anche nella legge regionale 29/2004 sul SSR, che considera la formazione e la ricerca come funzioni proprie delle organizzazioni sanitarie, al pari dell'assistenza.

Per sostenere i processi formativi, tradizionali, di apprendimento sul campo e a distanza sono state costruite competenze professionali in grado di progettare percorsi formativi, di sostenerli svolgendo funzioni di orientamento, supervisione, gestione d'aula, valutazione dei partecipanti, ecc.

In molte Aziende sanitarie esistevano già reti di operatori che svolgevano questi ruoli non solo nel campo della formazione, ma anche nella promozione dei processi di miglioramento della qualità, della documentazione e della ricerca. Queste figure hanno a volte una denominazione diversa (tutor, animatori, facilitatori o anche valutatori), anche se le funzioni che svolgono sono comparabili. Il loro contributo è stato determinante e merita di essere valorizzato.

Pertanto, numerosi operatori sanitari svolgono attività di sostegno all'apprendimento non solo in contesti di formazione accreditati per l'ECM, ma anche in corsi universitari, scuole di specializzazione, tirocini, ecc.

Il programma di ECM è stato anche l'occasione per considerare in modo più integrato i diversi filoni e le strategie della formazione aziendale e della collaborazione con altri settori (documentazione, ricerca) e con l'Università. Nei Capitoli successivi si potrà apprezzare meglio il quadro complessivo che si sta delineando.

3. Alcuni dati sul periodo 2002-2006¹

3.1. Gli utenti

Il numero di operatori sanitari interessati all'ECM in Emilia-Romagna nel 2006 era complessivamente di circa 61.000 ed era aumentato dal 2000 di circa 1.000 unità.

Nelle Aziende sanitarie e presso gli Istituti ortopedici Rizzoli operavano complessivamente oltre 47.000 persone interessate all'ECM. Tra questi circa 41.000 erano dipendenti (8.375 medici, 23.250 infermieri e 9.375 altre figure) e circa 5.500 medici avevano un rapporto di convenzione (circa 3.500 medici di medicina generale; 600 pediatri di libera scelta; 500 medici di continuità assistenziale; 900 specialisti ambulatoriali).

Negli ospedali privati accreditati dalla Regione Emilia-Romagna, inoltre, erano presenti circa 4.500 operatori sanitari, di cui 2.300 dipendenti e 2.200 convenzionati (circa 1.850 medici; 1.900 infermieri; 300 fisioterapisti e 450 altre professioni sanitarie).

In regione sono anche presenti 1.167 farmacie, con circa 6.000 farmacisti.

In questi dati non sono compresi i liberi professionisti che non hanno alcun rapporto di convenzione con il SSR, come la maggior parte dei dentisti che sono oltre 4.000.

3.2. L'offerta complessiva di formazione

Dal 2002 al 2006 sono stati accreditati complessivamente in Emilia-Romagna oltre 61.000 iniziative formative per l'ECM. Di queste circa 2/3 (42.094) sono state accreditate dalla Regione Emilia-Romagna e il restante dalla Commissione nazionale per la formazione continua (*Figura 2*).

In *Figura 3* sono evidenziati solo gli eventi accreditati dalla Regione Emilia-Romagna tenendo conto di quelli a carattere residenziale e di quelli di formazione sul campo.

La crescita è stata significativa nei primi anni e trainata da due fattori principali: l'aumento del numero di crediti che ogni operatore doveva acquisire (20 nel 2003 e 30 dal 2004) e il miglioramento nella capacità organizzativa delle Aziende. La crescita si è poi assestata dal 2005.

Il numero di iniziative di formazione sul campo accreditate è cresciuto più lentamente ma non si è arrestato fino a raggiungere un valore complessivo di 3.684.

¹ A cura di Manuela Righi e Marina Ventura, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.

Figura 2. Corsi accreditati per l'ECM in Emilia-Romagna negli anni 2002-2006

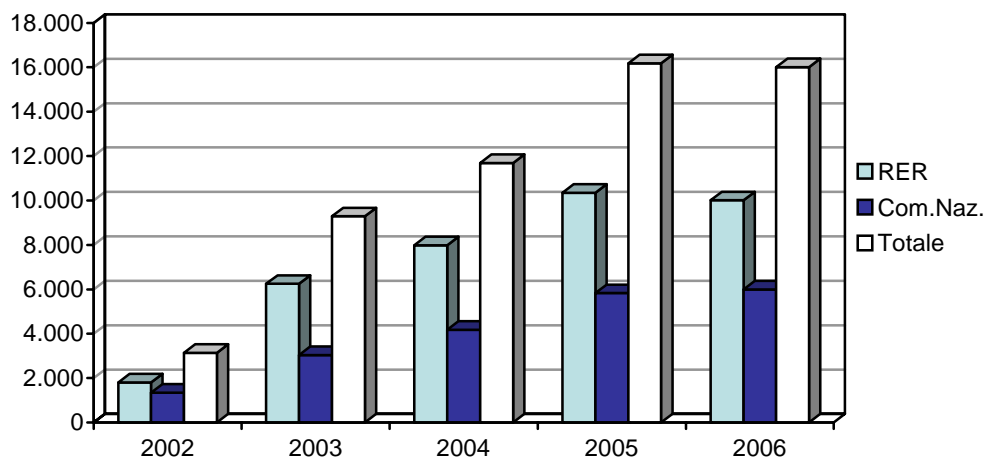
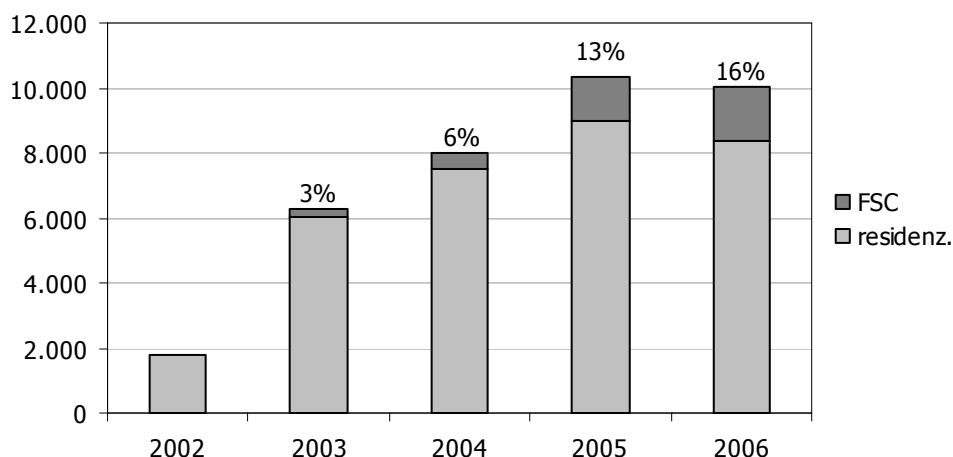


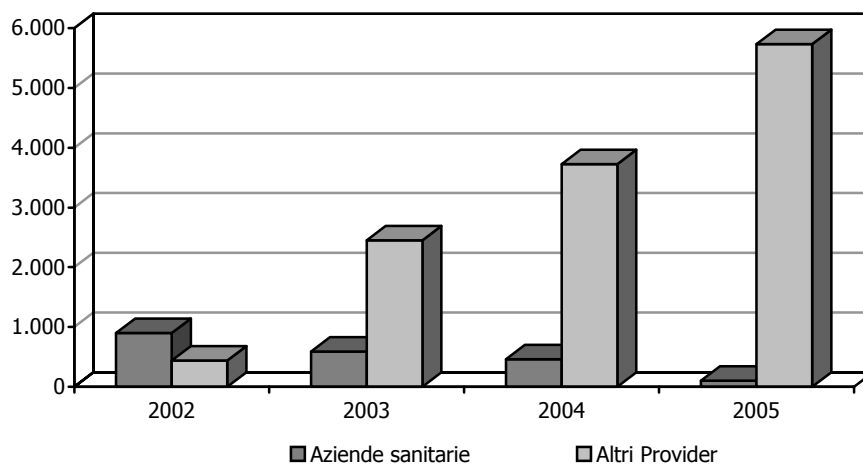
Figura 3. Numero di eventi di formazione sul campo e formazione residenziale accreditati per l'ECM dalla Regione Emilia-Romagna negli anni 2002-2006



Il numero di eventi accreditati dal Ministero della salute (*Figura 4*) è andato progressivamente crescendo negli anni. Si è trattato di eventi proposti sempre meno dalle Aziende sanitarie pubbliche e sempre più da organizzatori privati.

Presso il Ministero risultano registrati quasi 650 organizzatori di formazione residenti in Emilia-Romagna (*Tabella 4*). Anche considerando evidenti ripetizioni, un numero così elevato pone problemi di qualità e richiede verifiche appropriate che non sono state ancora effettuate.

Il contributo dell'Università alla formazione continua è rimasto contenuto, anche se dal 2004 al 2006 è più che triplicato: da 58 nel 2004, gli eventi accreditati presso la Regione sono stati 180 nel 2005 e 202 nel 2006.

Figura 4. Eventi per l'ECM realizzati in Emilia-Romagna accreditati dal Ministero della salute negli anni 2002-2005**Tabella 4.** Organizzatori di formazione per l'ECM dell'Emilia-Romagna riconosciuti dalla Regione e dalla Commissione nazionale per la formazione continua

Tipologie di organizzatori di formazione	Riconosciuti dalla Regione Emilia-Romagna	Riconosciuti dalla Commissione nazionale per la formazione continua
Aziende USL	11	44
Aziende ospedaliere + IOR	6	56
Istituti universitari	14	61
Società scientifiche		65
Case di cura		37
Ordini e Collegi		35
Associazioni professionali		85
Fondazioni		12
Enti di formazione		40
Case editrici		16
Altri privati		196
<i>Totale</i>	<i>31</i>	<i>647</i>

I dati che vengono presentati di seguito si riferiscono solo agli eventi organizzati dalle Aziende sanitarie. Essi sono stati ricavati dalla banca dati costruita in collaborazione con l'Università di Bologna e con il Cineca e con la quale sono state gestite in questi anni le procedure di accreditamento. Quando possibile, sono stati effettuati confronti tra gli anni dal 2003 (il 2002 è stato di rodaggio).

La Tabella 5 mostra il numero degli eventi accreditati, delle ore di formazione erogate e degli operatori interessati nelle diverse Aziende sanitarie.

Le figure professionali interessate all'ECM sono oltre 30, 17 delle quali tuttavia sono presenti con meno di 100 operatori in tutta la regione. Superano le mille unità solo gli infermieri, i medici, i veterinari, i tecnici di laboratorio, i tecnici di radiologia e i fisioterapisti. La Tabella 6 mostra il peso relativo degli eventi offerti a ogni professione sul totale degli eventi accreditati nel 2005.

È un'elaborazione discutibile perché è possibile accreditare lo stesso evento per più figure contemporaneamente e perché non si tiene conto della natura e della durata dei singoli eventi. Confrontando questi valori, tuttavia, con il peso percentuale che le diverse figure hanno nel corpo complessivo degli operatori, si nota come su scala regionale anche le figure meno numerose hanno ricevuto un'attenzione significativa. Le variazioni tra gli anni sono state modeste.

Tabella 5. Distribuzione degli eventi accreditati dalla Regione Emilia-Romagna nel periodo 2003-2005 proposti dalle Aziende sanitarie, ore erogate e numero di operatori interessato all'ECM

	2003			2004			2005			2006		
	eventi	ore erogate	operatori ECM	eventi	ore erogate	operatori ECM	eventi	ore erogate	operatori ECM	eventi	ore erogate	operatori ECM
Azienda osp-univ. Bologna	419	4.249	4.052	561	7.287	3.674	491	7.526	3.370	331	6.598	3.596
Azienda osp-univ. Ferrara	249	3.289	1.576	335	4.262	1.751	317	4.244	1.695	254	3.688	1.943
Azienda osp-univ. Modena	193	1.965	1.869	252	2.881	1.793	296	4.112	1.719	295	2.889	1.590
Azienda osp-univ. Parma	262	3.791	2.224	311	3.472	2.452	398	3.869	2.356	361	3.296	2.866
Azienda osp. Reggio Emilia	264	2.959	1.725	442	3.888	1.707	581	5.106	1.785	550	4.702	1.700
Azienda USL Cesena	185	2.144	2.035	335	3.396	2.080	325	3.173	2.146	390	2.892	1.894
Azienda USL Bologna *	-	-	-	806	9.539	6.962	1.196	14.720	7.001	1.173	13.738	7.129
Azienda USL Bologna Città	396	4.452	3.816	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azienda USL Bologna Nord	179	2.284	1.678	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azienda USL Bologna Sud	323	2.964	1.378	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azienda USL Ferrara	384	3.703	2.380	480	4.012	2.520	395	3.948	2.553	499	4.407	2.509
Azienda USL Forlì	330	2.370	1.849	314	1.972	1.805	388	2.284	1.875	311	1.873	1.980
Azienda USL Imola	205	2.069	1.198	232	1.956	1.265	299	2.613	1.313	277	1.999	1.309
Azienda USL Modena	883	7.641	5.279	1.055	9.028	5.209	1.435	12.653	5.453	1.158	9.882	5.906
Azienda USL Parma	145	1.392	2.220	144	1.432	2.224	178	1.991	2.006	204	2.492	2.046
Azienda USL Piacenza	337	3.363	2.448	298	3.466	2.722	330	3.919	2.693	281	3.539	2.847
Azienda USL Ravenna	467	3.934	3.624	483	4.277	3.797	754	6.842	3.797	734	5.570	3.601
Azienda USL Reggio Emilia	470	5.438	3.340	632	5.819	3.171	585	5.423	3.176	617	5.232	3.059
Azienda USL Rimini	518	3.912	2.778	681	4.371	2.828	643	4.442	2.611	619	4.300	2.627
Istituti ortopedici Rizzoli	13	114	688	87	804	721	166	1.637	685	146	1.147	714
Totale	6.222	62.033	46.157	7.448	71.862	46.681	8.777	88.502	46.234	8.200	78.244	47.316

* Nel 2004 le Aziende di Bologna si sono accorpate.

Tabella 6. Distribuzione del peso percentuale degli eventi per figure professionali a cui sono rivolti, rispetto alla presenza nel corpo professionale (dati pervenuti dalle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna relativi all'anno 2005)

Professioni	Totale	Peso % delle professioni	Peso % eventi FR per professione	Peso % eventi FR+FSC per professione
assistente sanitario	532	1,2%	4,3%	4,2%
biologo	375	0,8%	3,1%	3,1%
chimico	49	0,1%	2,3%	2,3%
dietista	109	0,2%	2,8%	2,7%
educatore professionale	531	1,1%	2,9%	2,9%
farmacista	194	0,4%	2,8%	2,8%
fisico	70	0,2%	1,8%	1,8%
fisioterapista	1.276	2,8%	4,1%	4,1%
igienista dentale	0	0,0%	1,0%	1,0%
infermiere	23.250	50,3%	10,8%	11,5%
infermiere pediatrico	67	0,1%	3,4%	3,3%
logopedista	264	0,6%	2,9%	2,9%
medici di continuità assistenziale	464	1,0%	9,7%	10,0%
medici medicina generale	3.318	7,2%	2,5%	2,4%
medico chirurgo	8.375	18,1%	1,8%	1,7%
odontoiatra	10	0,0%	1,6%	1,5%
odontotecnico	2	0,0%	1,7%	1,6%
ortottista	72	0,2%	1,0%	1,0%
ostetrica/o	868	1,9%	2,3%	2,3%
ottico	0	0,0%	4,1%	4,0%
pediatri libera scelta	541	1,2%	1,0%	1,0%
podologo	0	0,0%	1,6%	1,5%
psicologo	392	0,8%	1,3%	1,3%
specialisti ambulatoriali	887	1,9%	3,1%	3,2%
tecnico audiometrista	50	0,1%	2,3%	2,3%
tecnico audioprotesista	0	0,0%	1,2%	1,2%
tecnico prevenzione ambienti di lavoro	797	1,7%	2,7%	2,6%
tecnico di neurofisiopatologia	99	0,2%	2,6%	2,5%
tecnico edu. e riabilit. psych. e psicosoc.	2	0,0%	1,9%	1,8%
tecnico fisiopat. cardioc. e perf. cardiov.	92	0,2%	2,3%	2,2%
tecnico ortopedico	1	0,0%	1,4%	1,4%
tecnico sanitario di laboratorio biomedico	1.525	3,3%	3,8%	3,8%
tecnico sanitario di radiologia medica	1.490	3,2%	3,8%	3,9%
terapista neuro e psicomotricità età evolutiva	3	0,0%	1,7%	1,6%
terapista occupazionale	0	0,0%	1,0%	1,0%
veterinario	529	1,1%	1,6%	1,5%
	46.234	100,0%	100,0%	100,0%

La maggioranza (oltre il 70%) degli eventi accreditati sono stati rivolti esclusivamente agli operatori della stessa Azienda proponente. Negli altri casi gli eventi sono stati aperti anche ad operatori esterni, e in poco più del 10% dei casi anche a persone provenienti da fuori regione. Più della metà delle Aziende sanitarie ha aperto a partecipazioni esterne almeno un evento su quattro.

Considerando che ogni operatore doveva acquisire 30 crediti negli ultimi anni e moltiplicando questo valore per il numero di operatori sanitari dipendenti o convenzionati con il SSN in Emilia-Romagna, per coprire interamente la domanda sarebbe stata necessaria un'offerta complessiva di almeno 1.400.000 crediti. Si può quindi grossolanamente dire che questa è la dimensione quantitativa della domanda imposta dalle regole ECM.

Conoscendo il numero di crediti assegnato a ogni evento accreditato in regione dalle Aziende sanitarie e moltiplicando questi valori per il numero di partecipanti previsti, è stato possibile stimare la dimensione teorica dell'offerta. La Tabella 7 descrive la distribuzione dell'offerta di crediti nelle diverse Aziende negli anni 2003-2006 in confronto con la domanda teorica di crediti necessaria a soddisfare il debito formativo previsto per gli operatori sanitari di quell'Azienda, dipendenti e convenzionati.

Questa stima da un lato potrebbe sopravvalutare l'offerta, perché include anche gli eventi che sono stati accreditati ma non realizzati, ma dall'altro la sottovaluta, perché non include i crediti acquisiti con eventi accreditati presso la Commissione nazionale o acquisiti con iniziative esterne. Si può notare come l'offerta accreditata in regione supera significativamente la domanda teorica in tutte le Aziende e anche negli IOR, che hanno comunque accreditato diverse iniziative presso la Commissione nazionale. Va sottolineato che l'eccesso di offerta nel 2003 è stato in media superiore al doppio della domanda, tanto che si è parlato di "febbre da credito". Successivamente questo fenomeno si è raffreddato, per poi tendere a una stabilizzazione.

È stato anche chiesto alle Aziende sanitarie di stimare - sulla base delle informazioni in loro possesso - la copertura del debito dei propri dipendenti. Queste stime sono difficili, risultano assai variabili e, comunque, tendono a sottovalutare il fenomeno perché spesso non tengono conto dei crediti acquisiti in iniziative esterne alle Aziende. Per le Aziende di cui si dispongono i dati, in 9 la copertura del debito minimo è stata superiore all'80% e in 6 è stata superiore al 65-70%. Questo grado di copertura è stato simile tra le diverse figure professionali.

Tabella 7. Distribuzione della domanda e dell'offerta di crediti ECM nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna negli anni 2003-2006

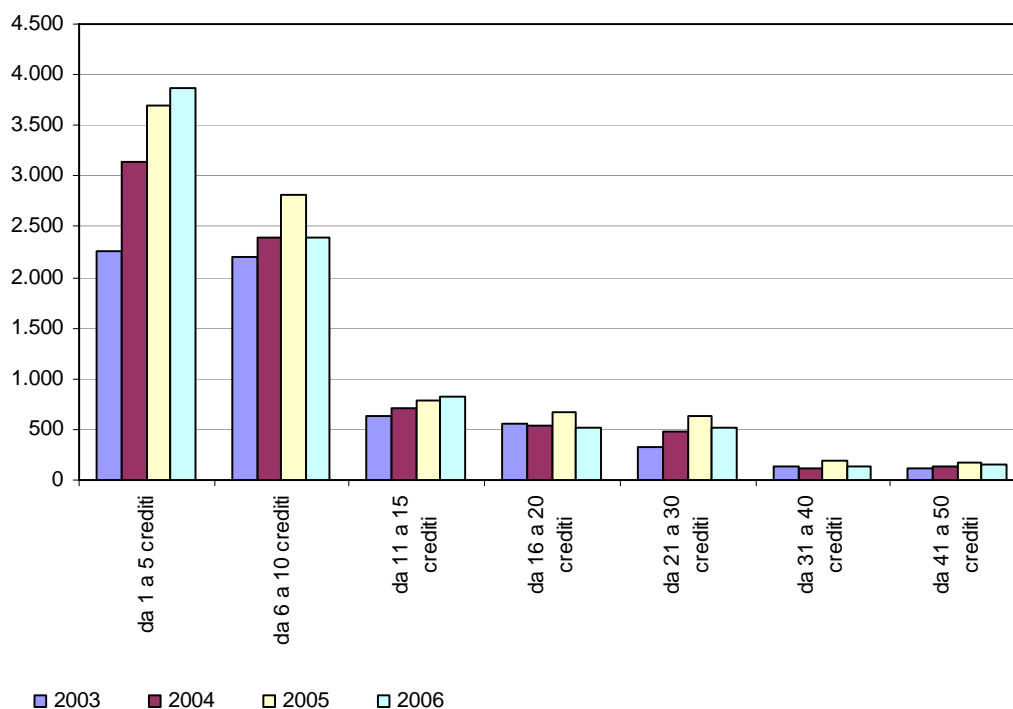
	2003			2004			2005			2006		
	crediti offerti	crediti necessari	offerta/domanda	crediti offerti	crediti necessari	offerta/domanda	crediti offerti	crediti necessari	offerta/domanda	crediti offerti	crediti necessari	offerta/domanda
Azienda osp-univ. Bologna	134.702	81.040	1,66	139.034	110.220	1,26	151.748	101.100	1,50	120.642	107.880	1,12
Azienda osp-univ. Ferrara	71.586	31.520	2,27	102.415	52.530	1,95	126.114	50.840	2,49	103.250	58.290	1,77
Azienda osp-univ. Modena	70.903	37.380	1,90	84.764	53.790	1,58	149.451	51.740	2,90	123.654	47.700	2,59
Azienda osp-univ. Parma	113.315	44.480	2,55	127.097	73.560	1,73	166.873	70.680	2,36	148.260	85.890	1,72
Azienda osp. Reggio Emilia	91.310	34.500	2,65	101.744	51.210	1,99	147.724	53.550	2,76	132.017	51.000	2,59
Azienda USL Cesena	70.953	40.700	1,74	97.443	62.400	1,56	97.172	64.380	1,51	103.620	56.820	1,82
Azienda USL Bologna *	-	-		296.455	208.860	1,42	461.280	210.030	2,20	420.946	213.870	1,97
Azienda USL Bologna Città	138.047	76.320	1,81	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azienda USL Bologna Nord	61.946	33.560	1,85	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azienda USL Bologna Sud	95.212	27.560	3,45	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azienda USL Ferrara	98.923	47.600	2,08	100.075	75.600	1,32	107.663	76.590	1,41	113.839	75.270	1,51
Azienda USL Forlì	91.064	36.980	2,46	62.779	54.150	1,16	79.475	56.250	1,41	65.995	59.400	1,11
Azienda USL Imola	39.513	23.960	1,65	59.297	37.950	1,56	70.586	39.390	1,79	58.662	39.270	1,49
Azienda USL Modena	216.736	105.580	2,05	249.706	156.270	1,60	386.617	163.590	2,36	314.575	177.180	1,78
Azienda USL Parma	73.158	44.400	1,65	68.215	66.720	1,02	91.960	60.180	1,53	103.324	61.380	1,68
Azienda USL Piacenza	107.465	48.960	2,19	111.904	81.660	1,37	116.127	80.790	1,44	115.561	85.410	1,35
Azienda USL Ravenna	149.066	72.480	2,06	162.456	113.910	1,43	224.087	113.910	1,97	176.557	108.030	1,65
Azienda USL Reggio Emilia	141.075	66.800	2,11	140.307	95.130	1,47	166.086	95.280	1,74	158.234	91.770	1,72
Azienda USL Rimini	104.172	55.560	1,87	122.981	84.840	1,45	118.242	78.330	1,51	115.227	78.810	1,46
Istituti ortopedici Rizzoli	4.700	13.760	0,34	24.659	21.630	1,14	52.817	20.550	2,57	49.084	21.420	2,29
Totale	1.873.846	923.140	2,03	2.051.331	1.400.430	1,46	2.714.022	1.386.750	1,96	2.423.447	1.419.480	1,71

* Nel 2004 le Aziende di Bologna si sono accorpate.

3.3. Le caratteristiche degli eventi

Nella Figura 5 è descritta la distribuzione degli eventi accreditati presso l'Emilia-Romagna in base al numero di crediti previsti. Prevalgono ovviamente - e sono anche aumentate negli anni - le iniziative brevi (con 3-4 crediti equivalenti a mezza giornata o 7-8 crediti equivalenti a una giornata intera). La ragione di questo fenomeno è da attribuire probabilmente sia alla maggiore facilità di organizzare eventi brevi, sia alla maggiore resa che questi danno in crediti ECM. Va comunque segnalato che nel 2005 sono stati accreditati 355 eventi con oltre 30 crediti (corrispondenti all'intero debito annuale) e 103 eventi con 50 crediti (il massimo attribuibile per un evento), e nel 2006 rispettivamente 245 e 114.

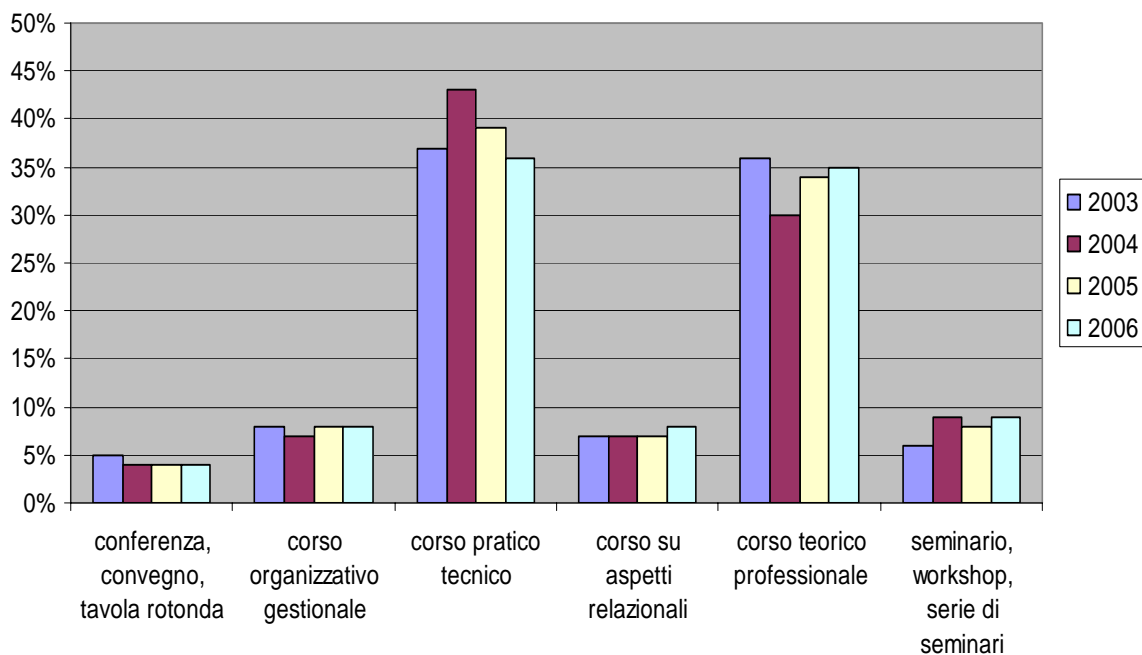
Figura 5. Distribuzione percentuale degli eventi accreditati per l'ECM dalla Regione Emilia-Romagna negli anni 2003-2006 in funzione del numero di crediti



La grande maggioranza degli eventi accreditati in Regione ha avuto carattere residenziale. Nella Figura 6 sono descritte le diverse tipologie di tali eventi: convegni e tavole rotonde sono stati una minoranza rispetto a corsi e seminari; i corsi teorico-professionali e pratico-tecnici hanno rappresentato ognuno circa il 35% del totale.

Gli eventi con finalità tecnico-professionali sono stati nettamente più numerosi (circa 80%) rispetto a quelli sugli aspetti organizzativo-gestionali o comunicativo-relazionali. Solo una piccolissima parte ha riguardato i temi etici.

Figura 6. Distribuzione percentuale degli eventi accreditati per l'ECM dalla Regione Emilia-Romagna negli anni 2003-2006 in funzione della tipologia



Gli organizzatori hanno segnalato anche che avrebbero distribuito copia delle relazioni in circa il 45% degli eventi e dei lucidi utilizzati dai docenti in circa il 25% degli eventi. In quasi il 40% dei casi è stato previsto di distribuire linee guida, ipertesti o esercizi; in oltre il 40% è stata prevista una documentazione bibliografica.

La valutazione della formazione rimane uno degli aspetti più difficili, anche perché gli oggetti da valutare sono diversi, così come sono diversi gli osservatori e i criteri.

In quasi tutti i casi è stato valutato, di solito con un questionario, il gradimento soggettivo dell'evento da parte dei partecipanti, sia della rispondenza alle attese sia della qualità organizzativa e didattica.

Un questionario per la valutazione dell'apprendimento è stato previsto in oltre il 70% dei casi. Questo approccio è stato utilizzato soprattutto per eventi brevi, convegni o seminari. La sua validità è modesta e spesso risulta imbarazzante anche per i partecipanti che lo devono compilare. In meno del 30% dei casi la valutazione di apprendimento è stata effettuata con una prova pratica e in meno del 10% con una prova orale o scritta. Nel 7% dei casi è stato usato un test di ingresso con verifica finale.

3.4. Le modalità di accreditamento

In Emilia-Romagna l'accREDITamento degli eventi è stato effettuato, sulla base degli stessi criteri condivisi a livello nazionale, dall'Agenzia sanitaria regionale (delibera di Giunta 1217/2004), su indicazioni della Commissione regionale.

Gli organizzatori, inoltre, dovevano segnalare nelle richieste che inviavano il numero di crediti che ritenevano giusto attribuire. Questa procedura è stata sperimentata anche in previsione di una futura modifica del sistema, in cui saranno gli organizzatori di attività didattiche a essere accreditati e potranno attribuire autonomamente i crediti ai loro eventi.

Non sono stati utilizzati *referee* esterni per la valutazione di contenuto, perché è la qualità degli organizzatori proponenti (Aziende sanitarie e Università) a garantire sotto questo profilo.

Il sistema di gestione informatizzata delle procedure dell'Emilia-Romagna contiene anche un meccanismo di verifica della qualità formale dei progetti proposti che permette un primo *screening*. La Commissione ha rivisto in dettaglio tutti gli eventi proposti che prevedevano un numero maggiore di 15 crediti e quelli in cui la proposta degli organizzatori si discostava dalla valutazione del sistema di 2 crediti o più. Questi ultimi sono diminuiti dal 2003 al 2006 dal 20% all'11%, nel 39% dei quali i promotori avevano proposto un numero di crediti minore di quanto avrebbero dovuto.

Anche se alcuni aspetti potrebbero essere perfezionati, si conferma che il meccanismo di autovalutazione degli organizzatori, supportato dal sistema di gestione in linea dell'accREDITamento, ha dato sufficienti garanzie di attendibilità. Il passaggio dall'accREDITamento degli eventi a quello degli organizzatori non dovrebbe quindi porre problemi rilevanti in Emilia-Romagna, almeno per gli organizzatori finora riconosciuti dalla Regione, cioè le Aziende sanitarie e le Università. Problemi diversi si potrebbero porre con gli altri potenziali organizzatori.

3.5. I costi della formazione per l'ECM

Complessivamente, la spesa diretta sostenuta dalle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna per l'ECM, sia per l'organizzazione degli eventi sia per inviare gli operatori a iniziative esterne, è stata di circa € 9 milioni all'anno, a cui vanno aggiunti circa € 5 milioni per gli Uffici formazione. La formazione realizzata nelle Aziende sanitarie che non rientra nell'ECM è costata circa € 1,5 milioni all'anno. È importante ricordare che da queste cifre sono esclusi i costi per il pagamento del tempo di lavoro del personale che è impegnato nell'attività formativa e quelli eventuali per sostituzioni.

Queste cifre si sono mantenute piuttosto stabili negli anni: in Tabella 8 vengono riportati i dati relativi al solo 2005.

Mediamente e contando anche le spese degli Uffici formazione, per ogni operatore dipendente o convenzionato interessato all'ECM si sono spesi nel 2005 circa € 300. Si nota una certa variabilità fra le Aziende, che va da un minimo di € 178 a un massimo di € 533.

In generale, la spesa per organizzare iniziative formative all'interno delle Aziende è stata largamente superiore a quella utilizzata per inviare gli operatori a corsi e convegni esterni. Ciò significa che ha prevalso la formazione organizzata direttamente dalle Aziende, anche se ciò non è vero in tutte le situazioni e, comunque, le strategie in questo ambito presentano una più marcata variabilità.

Dividendo la cifra complessiva impegnata per l'ECM dalle Aziende sanitarie per il numero di crediti teoricamente offerti, è possibile ottenere un valore di costo medio per credito di circa € 5.

Il costo medio per offrire un'ora di formazione ECM è stato di circa € 130. Questa stima è stata ottenuta suddividendo la spesa complessiva per l'organizzazione di iniziative ECM e il funzionamento degli Uffici formazione per il numero di ore di formazione erogate.

Tabella 8. I costi per la formazione ECM nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna nel 2005

Aziende sanitarie	ECM formaz. interna dipendenti	ECM formaz. esterna dipendenti	Servizio formazione	Somma	N. dipen- denti	Spesa <i>pro</i> <i>capite</i> dipend.
AOSP Bologna	€ 349.364	€ 425.278	€ 202.623	€ 977.264	3.370	290
AOSP Ferrara	€ 326.195	€ 182.321	€ 163.540	€ 672.056	1.695	396
AOSP Modena	€ 507.823	€ 54.946	€ 352.716	€ 915.485	1.719	533
AOSP Parma	€ 178.862	€ 174.005	€ 342.028	€ 694.895	2.356	295
AOSP Reggio Emilia	€ 515.353	€ 57.895	€ 184.000	€ 757.248	1.785	424
AUSL Cesena	€ 226.464	€ 229.513	€ 132.777	€ 588.754	2.146	274
AUSL Bologna	€ 788.447	€ 204.574	€ 810.881	€ 1.803.902	7.001	258
AUSL Ferrara	€ 262.371	€ 17.960	€ 175.338	€ 455.669	2.553	178
AUSL Forlì	€ 268.000	€ 113.000	€ 99.908	€ 480.908	1.875	256
AUSL Imola		€ 45.958	€ 120.000	€ 461.676	1.313	352
AUSL Modena	€ 601.993	€ 271.853	€ 220.273	€ 1.094.119	5.435	201
AUSL Parma	€ 187.250	€ 80.250	€ 223.000	€ 490.500	2.006	245
AUSL Piacenza	€ 381.717	€ 172.884	€ 176.000	€ 730.601	2.693	271
AUSL Ravenna	€ 339.311	€ 206.012	€ 382.056	€ 927.379	3.797	244
AUSL Reggio Emilia	€ 589.814	€ 271.988	€ 351.617	€ 1.213.420	3.176	382
AUSL Rimini	€ 413.343	€ 4.529	€ 848.137	€ 1.266.008	2.611	485
IOR	€ 1.400	€ 179.618	€ 124.230	€ 305.248	685	446
<i>Totali</i>	<i>€ 6.233.425</i>	<i>€ 2.692.584</i>	<i>€ 4.909.123</i>	<i>€ 13.835.132</i>	<i>46.216</i>	

4. La sperimentazione della formazione sul campo²

4.1. Introduzione

La formazione sul campo (FSC) è il paradigma formativo che, probabilmente, meglio si presta a sostenere lo sviluppo attuale del sistema sanitario, soprattutto per la sua capacità di cogliere gli aspetti sostanziali dei processi e per la forza didattica nel coinvolgere direttamente operatori sanitari che collaborano in attività importanti, in genere di valutazione, di miglioramento o di innovazione.

Il riconoscimento nel programma di ECM è stato avviato in via sperimentale in Emilia-Romagna nel 2003, successivamente adottato anche in altre regioni. In questi anni è stata accumulata una quantità di dati empirici che permettono di trarre considerazioni metodologiche e di rafforzare le possibilità di utilizzo.

Riconoscere le attività di formazione sul campo nell'ambito dell'ECM significa rendere esplicito il fatto che l'interazione quotidiana è occasione di creazione e scambio di conoscenza, e significa evidenziare l'opportunità - e la necessità - di utilizzare in maniera funzionale ai singoli e all'organizzazione i processi di apprendimento che avvengono nelle pratiche quotidiane di lavoro.

Il contributo di Angehrn *et al.* (2005) sintetizza efficacemente le situazioni di apprendimento (*Figura 7*) e può essere utile per definire un quadro concettuale e teorico in cui collocare le attività che in Emilia-Romagna sono state riconosciute nell'ambito dell'ECM come formazione sul campo. Il modello presentato distingue i 3 vettori principali dell'apprendimento:

² A cura di Barbara Lelli, Marina Ventura e Marco Biocca (Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna) e con i contributi dei componenti del Gruppo di lavoro regionale sulla FSC composto da Chiara Beggi (Azienda ospedaliera di Reggio Emilia), Annalisa Bergonzoni (Azienda ospedaliero-universitaria di Modena), Marinella Bonazza (Azienda USL di Ferrara), Barbara De Cicco (Azienda USL di Modena), Salvatore De Franco (Azienda ospedaliera di Reggio Emilia), Antonella Dovani (Azienda ospedaliera-universitaria di Parma), Mariangela Fumagalli (Azienda USL di Forlì), Franco Gatta (Azienda USL di Forlì), Nadia Ghiotti (IOR), Andrea Giungi (Azienda USL di Bologna), Antonella Guidi (Azienda USL di Cesena), Emanuela Manzari (Azienda USL di Ravenna), Nadia Mimmi (Azienda USL di Imola), Marilena Montalti (Azienda USL di Rimini), Gilberto Mussoni (Azienda USL di Rimini), Antonella Nicolucci (Azienda USL di Forlì), Maria Teresa Pantani (Azienda USL di Reggio Emilia) e Annalisa Zambianchi (Azienda USL di Cesena).

- l'accesso più o meno strutturato a contenuti formalizzati, cioè le cosiddette conoscenze esplicite;
- l'apprendimento guidato dall'agire, che avviene in modo induttivo (prova-errore) e attraverso l'esperienza oppure attraverso un'attività di *problem solving*;
- l'apprendimento guidato dalla relazione, l'interazione sociale come occasione di apprendimento soprattutto delle cosiddette conoscenze tacite.

Questi tre vettori sono compresenti, in misura più o meno elevata, nelle diverse situazioni di apprendimento. Accogliendo infatti un approccio di tipo costruttivista, non è possibile disarticolare le dimensioni cognitive (sapere), tecnico-funzionali (saper fare) e sociali comportamentali (saper essere) delle competenze perché esse sono agite unitariamente e in modo indissolubile dal contesto.

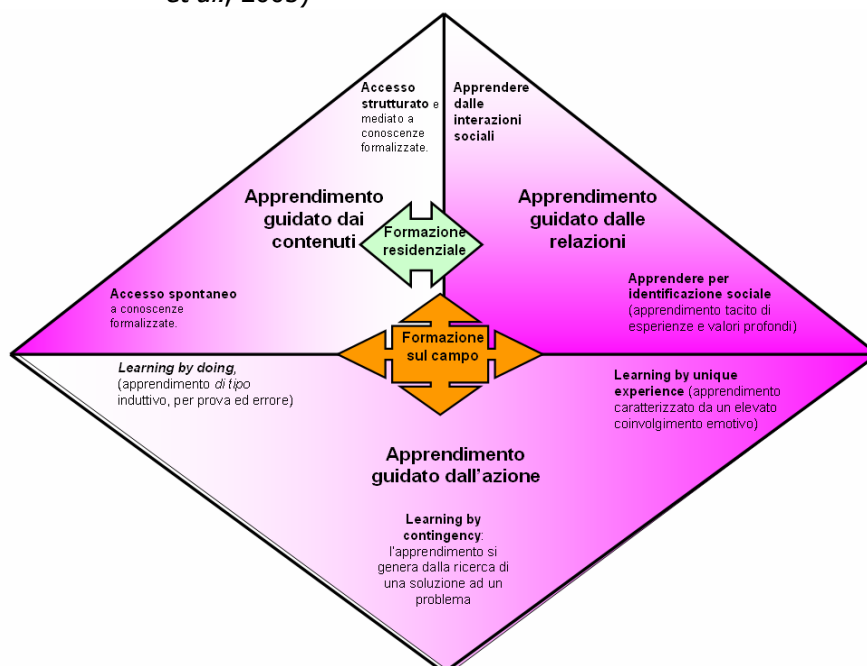
Dunque, l'azione formativa deve essere intesa dentro a un contesto, come un insieme di iniziative e supporti che, innestandosi sui naturali processi di apprendimento, sfruttando cioè in modo consapevole i tre vettori descritti, ne orientano e moltiplicano gli effetti in termini di ritenzione, efficacia e utilità.

In questo senso parlare di formazione residenziale, piuttosto che di formazione sul campo o a distanza o di auto-apprendimento, significa soprattutto progettare i contesti. Il riconoscimento dell'ubiquità dell'apprendimento non significa infatti un depotenziamento del ruolo della progettazione formativa; richiede peraltro anche il recupero di spazi e contesti che sono già formativi senza che di essi se ne sia consapevoli.

Gli studi sull'apprendimento degli adulti hanno da tempo allargato il campo dell'azione formativa fuori dall'aula, nei contesti reali di azione e interazione del soggetto, e hanno riconosciuto come maggiormente efficaci quelle metodologie didattiche che permettono un elevato grado di interattività e di diretto coinvolgimento dei partecipanti.

In ambito sanitario anche gli studi inclusi nella banca dati della Cochrane (Bero *et al.*, 1998; Grimshaw *et al.*, 2002) hanno messo in evidenza come siano effettivamente più efficaci quegli interventi formativi che prevedono il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei discenti, rispetto all'utilizzo della didattica cosiddetta tradizionale (lezioni frontali, disseminazione di materiale educativo).

Figura 7. Classificazione delle situazioni di apprendimento (riadattamento da Angehrn *et al.*, 2005)



4.2. La sperimentazione in Emilia-Romagna

La sperimentazione per il riconoscimento della valenza formativa di alcune attività che vengono svolte nelle strutture sanitarie e normalmente identificate come tempo di lavoro è iniziata nel 2003. Prima di allora questo approccio, nonostante le potenzialità che offre, era relativamente poco utilizzato e non riconosciuto tra le regole condivise dell'accreditamento per l'ECM.

Dopo la prima sperimentazione del 2003, la Giunta regionale ha definito le regole per l'accreditamento con la delibera 1217/2004 che è riportata interamente nell'Allegato B e che è stata riassunta nel Capitolo 2.

In termini quantitativi, dal 2003 al 2006, a fronte di un generale aumento del numero di eventi accreditati per l'ECM di circa un terzo, le iniziative di FSC sono aumentate di oltre cinque volte, passando dal 3% del totale degli eventi accreditati nel 2003 al 16% del 2006 (*Tabella 9 e Figura 3*).

Tabella 9. Eventi di formazione sul campo accreditati in Emilia-Romagna negli anni 2003-2006

	2003	2004	2005	2006
Eventi accreditati di formazione residenziale	6.407	7.503	8.961	8.402
Eventi accreditati di formazione sul campo	209	476	1.388	1.611

L'introduzione dell'accreditamento della formazione sul campo è stata accolta fin dall'inizio con entusiasmo per ragioni sia pedagogiche che economiche. L'opinione diffusa era infatti che l'utilizzo dell'apprendimento sul campo consentisse una formazione maggiormente finalizzata rispetto agli obiettivi aziendali, senza tuttavia dover distaccare il personale (meno problemi rispetto all'organizzazione dei turni e meno ore di straordinario) e riducendo i costi che, nella formazione residenziale, derivano dai docenti.

La sperimentazione è stata però avviata con cautela perché si trattava di una novità e perché non era competitiva - in termini di crediti che si potevano acquisire - con la formazione residenziale, che continua comunque a rappresentare l'offerta più consistente.

Da un lato quindi si sono incontrate resistenze e dall'altra si riconoscevano le esigenze di promuovere un maggiore impegno per integrare la FSC nei sistemi di formazione delle Aziende, considerato che gli esiti del periodo di sperimentazione delle attività di formazione sul campo ne stavano confermando la capacità di coinvolgimento e l'efficacia.

In questo senso, l'esperienza dell'Azienda USL di Reggio Emilia, presentata in un recente contributo di Pantani e Ruozi (2006), è emblematica del percorso intrapreso dalle Aziende in questa sperimentazione.

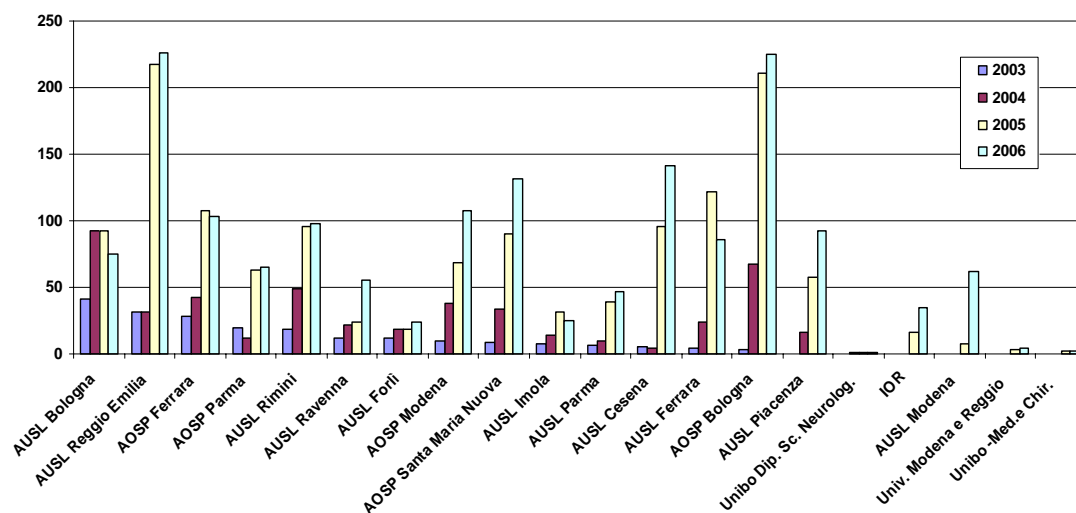
L'AUSL di Reggio Emilia ha scelto di partire con l'accreditamento di alcune attività che già si realizzavano da tempo (supervisione di casi clinici - particolarmente nell'area della salute mentale - e addestramenti - specie nell'area infermieristica) e che presentavano le caratteristiche necessarie per essere inquadrati come formazione sul campo. L'attenzione è stata orientata ad aumentare i livelli di qualità documentale e di sostegno organizzativo al fine di meglio consolidare gli aspetti di apprendimento emergenti dalla pratica. Consolidato il sistema, ci si è potuti addentrare in aree un po' più complesse come i gruppi di progetto, le attività di miglioramento, gli audit clinici: sovrapposizioni di strumenti e di metodologie, difficoltà a circoscrivere gruppi o settori coinvolti, a suddividere le tappe di un percorso che a un certo punto si trasformava in qualcosa di diverso da ciò che era inizialmente, erano fonte di non pochi problemi legati alla gestione del processo. A volte si presentavano dubbi sul come denominare un certo tipo di attività. Altre volte un'analisi dei casi-problemi dell'unità operativa diventava un gruppo di miglioramento.

Questa fase ha consentito di individuare alcune criticità e ha fornito il materiale di riflessione utile a dare una migliore strutturazione agli eventi. Si è scoperto, ad esempio, che mantenendo come punto di riferimento il sotto-obiettivo "organizzativo" si poteva procedere a una sub-articolazione di un'attività in diversi eventi, con specifici (a volte in parte sovrapponibili) obiettivi di apprendimento. Ciò consentiva maggiore equità e appropriatezza nella distribuzione dei crediti formativi. Infatti, nella nostra realtà regionale i crediti sono assegnati all'evento e non distinti in relazione al livello di impegno/contributo dei singoli partecipanti: quindi è solo sulla definizione dell'evento che si può agire per diversificare.

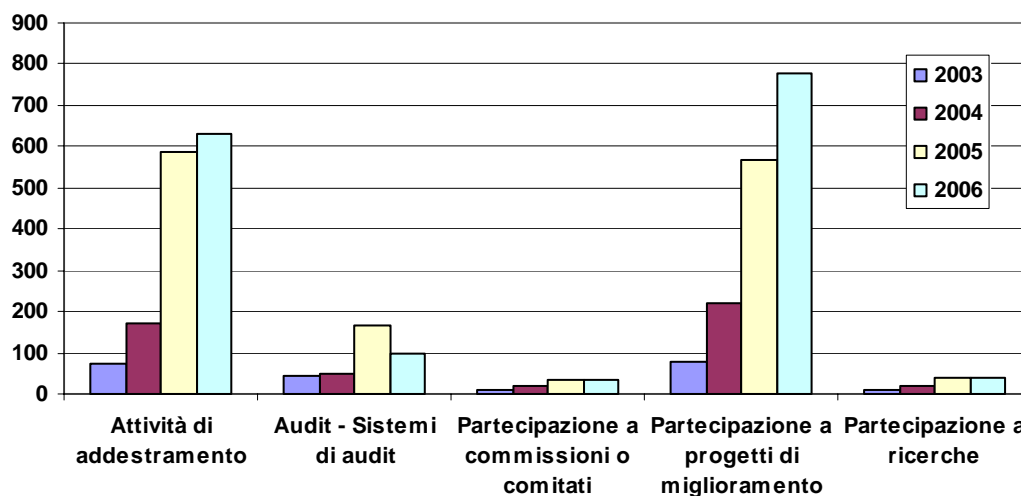
Nella fase iniziale dell'accreditamento delle attività di formazione sul campo (2003 e 2004) lo Staff Sviluppo Risorse Umane ha fornito consulenza e supporto ai professionisti nella organizzazione e strutturazione delle attività; in un secondo momento (2005 e 2006) si è posto il problema della formazione specifica, tanto che le indicazioni relative ai contenuti di apprendimento che servivano a chi organizzava attività formative sul campo sono venute proprio dagli stessi professionisti che, constatata l'utilità e l'efficacia di questi percorsi, hanno espresso l'esigenza da un lato di approfondire alcuni aspetti relativi alle varie tipologie e agli strumenti e metodi per realizzarle, dall'altro di possedere strumenti per la gestione efficace dei gruppi di apprendimento.

La Figura 8 mostra la distribuzione degli eventi accreditati nelle diverse Aziende della regione. Ve ne sono alcune che da subito hanno puntato sulla promozione di questa metodologia, mentre altre hanno mostrato maggiore cautela. Comunque, a partire dal 2005 tutte le Aziende hanno effettuato proprie sperimentazioni.

Figura 8. Distribuzione degli eventi di formazione sul campo accreditati in Emilia-Romagna negli anni 2003-2006



La Figura 9 mostra la distribuzione degli eventi nelle diverse tipologie negli anni 2003-2006. Nonostante il notevole aumento del numero di eventi, il rapporto percentuale delle tipologie previste non è variato sostanzialmente e descrive anche il loro diverso grado di utilizzabilità (*Tabella 10*).

Figura 9. Distribuzione delle iniziative di formazione sul campo accreditate in Emilia-Romagna negli anni 2003-2005 per tipologia**Tabella 10.** Distribuzione percentuale delle iniziative di formazione sul campo accreditate in Emilia-Romagna negli anni 2003-2006 per tipologia, rispetto al totale (valori in percentuale)

	2003	2004	2005	2006
Attività di addestramento	33,9	35,7	42,1	39,9
<i>Audit</i> - Sistemi di <i>audit</i>	20,5	10,0	11,8	6,1
Partecipazione a commissioni o comitati	3,8	4,2	2,3	2,0
Partecipazione a progetti di miglioramento	37,7	45,7	40,8	49,3
Partecipazione a ricerche	3,8	4,2	2,8	2,5
<i>Totale</i>	100,0	100,0	100,0	100,0

I criteri di attribuzione dei crediti per la FSC utilizzati all'inizio della sperimentazione erano empirici, ovviamente, e piuttosto avari (vedi anche *Capitolo 2*). Agli *audit* erano stati riconosciuti valori relativamente maggiori al fine di valorizzare questa attività.

La variabilità nelle percentuali delle diverse modalità può riflettere anche queste incertezze. I confini tra una tipologia e l'altra, ad eccezione dell'addestramento, sono piuttosto labili e le tipologie individuate non sono completamente auto-escludenti, per cui ad esempio molti progetti che potrebbero rientrare nella "Ricerca" vengono accreditati come "Gruppi di miglioramento" o "*Audit*".

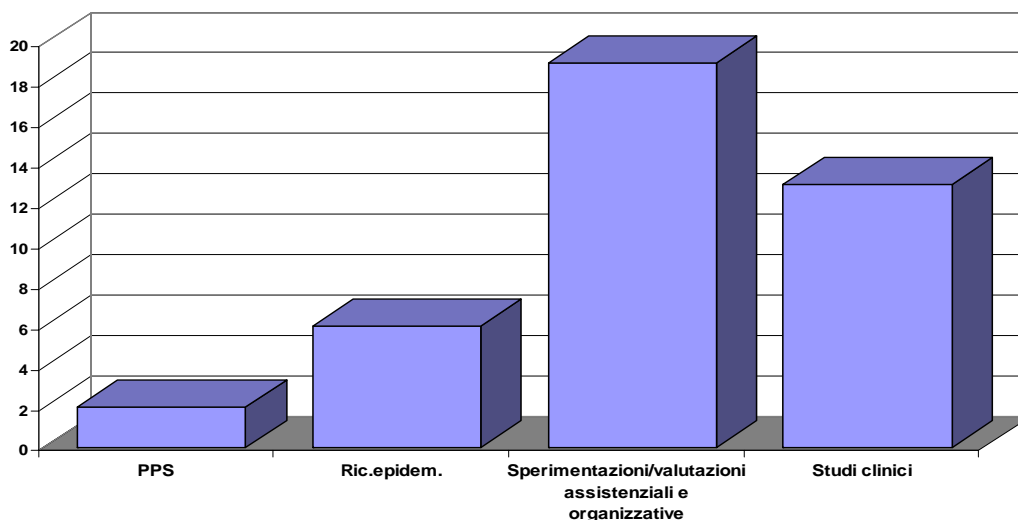
Le attività di addestramento e di affiancamento e la partecipazione a progetti di miglioramento rappresentano le tipologie più utilizzate, anche perché già molto praticate - soprattutto per il personale del comparto - e strutturate nelle *routine* organizzative, per cui chiederne l'accREDITAMENTO è risultato più facile.

La partecipazione a commissioni, a comitati e a ricerche è stata meno frequentemente utilizzata, ma perché sono comunque eventi alquanto rari. Ci si sarebbe potuto aspettare un numero più elevato di partecipazioni a ricerche dei 108 eventi accreditati in 4 anni, ma probabilmente queste trovano altri canali di valorizzazione (pubblicazioni scientifiche, partecipazione a convegni, ecc.) e chi è coinvolto non avverte la necessità di tradurre la propria attività in crediti formativi. Tuttavia questo è anche un indizio che dovrebbe stimolare la formazione per dotare gli operatori sanitari di maggiori competenze metodologiche utili alla progettazione e realizzazione di *audit* e ricerche.

La Figura 10 mostra la distribuzione dei 40 progetti di FSC basati sulla partecipazione a ricerche nel 2006, per tipologia di attività di ricerca. Sono state utilizzate tutte le tipologie previste, sperimentazioni/valutazioni assistenziali e organizzative (la più utilizzata), studi clinici, epidemiologia, piani per la salute.

Del resto, questa è la strada che l'Emilia-Romagna ha esplicitamente scelto di percorrere stabilendo per le Aziende sanitarie l'integrazione della funzione di assistenza con le funzioni di ricerca e formazione (vedi legge regionale 29/2004). E, come rileva anche Catalani su *Il Sole 24ore Sanità* (22-28 febbraio 2006), le Aziende sanitarie sono luoghi ideali dove fare ricerca e la formazione costituirebbe un naturale ambito per coniugare ricerca e sviluppo nel contesto del sistema sanitario pubblico.

Figura 10. Distribuzione delle iniziative di formazione sul campo nella categoria "partecipazione a ricerche" nel 2006



A titolo esemplificativo delle tematiche trattate, nel Box 2 si riportano alcuni dei progetti accreditati nel 2005 e 2006. Per lo più sono coinvolti multiprofessionali anche se non mancano eventi specificamente dedicati a una singola professione. Gli infermieri sono presenti in molti eventi trasversali e in modo specifico in un quarto degli eventi. Sono ancora numeri molto piccoli rispetto alla totalità degli eventi di formazione sul campo, che continuano a vedere gli infermieri impegnati soprattutto nelle attività di addestramento.

L'offerta formativa ha comunque riguardato tutte le professioni sanitarie interessate dal programma ECM, anche le figure professionali meno numerose, come per esempio chimici, fisici o psicologi.

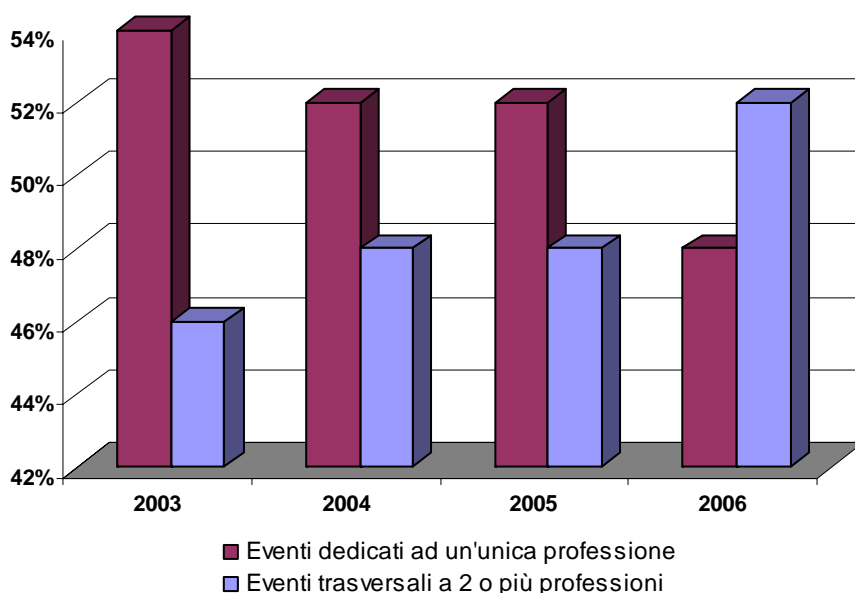
Box 2. Esempi di progetti di ricerca accreditati anche come iniziative di formazione sul campo nel 2005-2006

- Progetto dell'Azienda USL di Modena rivolto a 13 MMG informatizzati, del bacino territoriale di Modena e Castelfranco, da almeno tre anni e con più di 500 assistiti. I medici devono ricavare dalle loro cartelle i dati diagnostici BPCO e valutare l'appropriatezza della prescrizione della stessa in base alla diagnosi e alla stadiazione della malattia (Linee guida Gold 2004). L'obiettivo è individuare eventuali necessità di miglioramento.
- Progetto dell'Azienda USL di Modena rivolto a fisioterapisti, psicologi, infermieri e medico: tra tutti, 18 operatori dell'Azienda. Gli operatori assistono a un corso di allenamento alla memoria (8 incontri di 1 ora) tenuto da un docente e rivolto a 20 anziani non affetti da demenza. Una volta acquisite le tecniche, si propongono di condurre in autonomia gli incontri con i loro pazienti.
- Progetto dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma, ma di area regionale, rivolto a 5 tra MMG e PLS su metodologia di ricerca e conoscenza clinica del disturbo di Tourette.
- Progetto dell'Azienda USL di Imola (in altre edizioni per Forlì e Ravenna) di livello regionale, rivolto a infermieri per identificare indicatori di esito per infezioni e lesioni da decubito. Questo percorso rientra in un Progetto di miglioramento di 19 strutture per anziani. La rilevazione degli indicatori viene condotta in Agenzia sanitaria regionale.
- Progetto Azienda ospedaliero-universitaria di Parma: rivolto a medici e fisioterapisti. Il percorso si propone di valutare l'efficacia di un trattamento riabilitativo finalizzato al recupero della deambulazione nei pazienti con ictus in fase acuta: attualmente pare non esista in letteratura uno studio sul paziente acuto. Il progetto prevede la collaborazione dell'UO di medicina riabilitativa dell'Azienda ospedaliera di Novara e dell'Azienda USL di Piacenza.
- Progetto dell'Azienda USL di Imola, ma di livello regionale, per l'elaborazione di linee guida nel *reprocessing* delle attrezzature endoscopiche. Il percorso è rivolto a infermieri.
- Progetto dell'Azienda USL di Bologna, rivolto a tutte le figure professionali. L'obiettivo è accrescere le conoscenze sul Bilancio di missione e costruire un documento per la rendicontazione.
- Progetto dell'Azienda USL di Bologna per implementare un sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere nei neonati sottoposti a cure intensive. Il progetto è stato preceduto da un'indagine effettuata nel 2004. Viene utilizzato il modello di sorveglianza dei Centers for Disease Control in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale. Nel progetto sono coinvolti medici, infermieri e infermiere pediatrici.
- Progetto dell'Azienda USL di Reggio Emilia in cui viene affrontato il problema della relazione con l'utente straniero e la difficoltà relativa alla conoscenza della lingua. Il percorso formativo prevede la conoscenza e l'utilizzo di un *software* con domande prefigurate in 13 lingue con un numero chiuso di risposte. Sono coinvolti infermieri e medici.

Dal 2006 prevalgono nettamente gli eventi trasversali rispetto a quelli dedicati ad un'unica professione (*Figura 11*). In effetti, considerando solo i dati relativi all'addestramento anche negli anni precedenti erano stati prevalenti gli eventi trasversali a più *target* professionali.

Diversi responsabili degli Uffici formazione già nella prima fase della sperimentazione avevano inoltre rilevato che la formazione sul campo veniva maggiormente promossa e realizzata in quelle aree dell'Azienda e in quei servizi che lavoravano già in modo trans-professionale, attenti al confronto e ai processi. In alcuni dipartimenti, ad esempio, è stato semplice formalizzare progetti di FSC perché le attività erano già strutturate e organizzate in maniera riconoscibile e gli operatori erano già abituati a lavorare in maniera integrata, con momenti di coordinamento ben definiti e strutturati a cui partecipavano le diverse figure professionali e in cui c'era già l'abitudine di produrre evidenze del lavoro svolto.

Figura 11. Distribuzione degli eventi di FSC accreditati in Emilia-Romagna negli anni 2003-2006 per *target*



Le figure professionali maggiormente coinvolte in tutte le attività di FSC sono stati gli infermieri, soprattutto nelle attività di addestramento in cui solo a partire dal 2005 sono stati coinvolti i medici (nel 14% degli addestramenti per il 2005, ma si scende all'8% nel 2006).

Nel riconoscere l'importanza e l'utilità di questa tipologia di formazione occorre fare attenzione che da risorsa non si trasformi in limite per la crescita, in particolare degli infermieri (Silvestro, 2006) se diventa l'unica possibilità effettiva di accedere a un'offerta formativa (e ai crediti ECM) senza mettere in crisi l'organizzazione del lavoro. Se per i medici, infatti, è normale partecipare ad eventi esterni, proprio per confrontarsi e

apprendere da contesti differenti, questo non è altrettanto vero per gli infermieri. Se non adeguatamente bilanciata, la FSC rischia di trasformarsi in un meccanismo autoreferenziale che limita le opportunità di crescita per il sistema.

Se si considerano gli scopi prevalenti degli eventi accreditati in formazione sul campo, si osserva che sono stati esplorati tutti gli ambiti, anche se sta prevalendo quello di ordine tecnico-pratico (*Figura 12*).

Coerentemente, lo strumento di valutazione maggiormente utilizzato è stata la prova pratica (*Figura 13*), anche se sono stati inclusi strumenti diversi coerenti con gli obiettivi. Per lo più è stata utilizzata la relazione finale del tutor o del responsabile del corso o comunque una loro valutazione basata anche sull'osservazione del comportamento dei partecipanti. Sono stati anche utilizzati altri metodi come:

- verifica dell'adesione a protocolli o linee guida (negli eventi che avevano come obiettivo l'applicazione e la diffusione di protocolli);
- colloqui con il tutor o il responsabile;
- valutazioni di gruppo basate sul confronto tra i partecipanti, sul confronto dei risultati, discussioni collegiali;
- evidenza documentale prodotta (manuali, protocolli, linee guida, ecc.);
- *follow up*;
- esiti del monitoraggio attraverso griglie e schede compilate dai tutor;
- esiti delle esercitazioni (o simulazioni);
- verifica del raggiungimento degli obiettivi che l'attività si proponeva.

Figura 12. Numero di eventi accreditati in formazione sul campo per scopo nel periodo 2003-2006

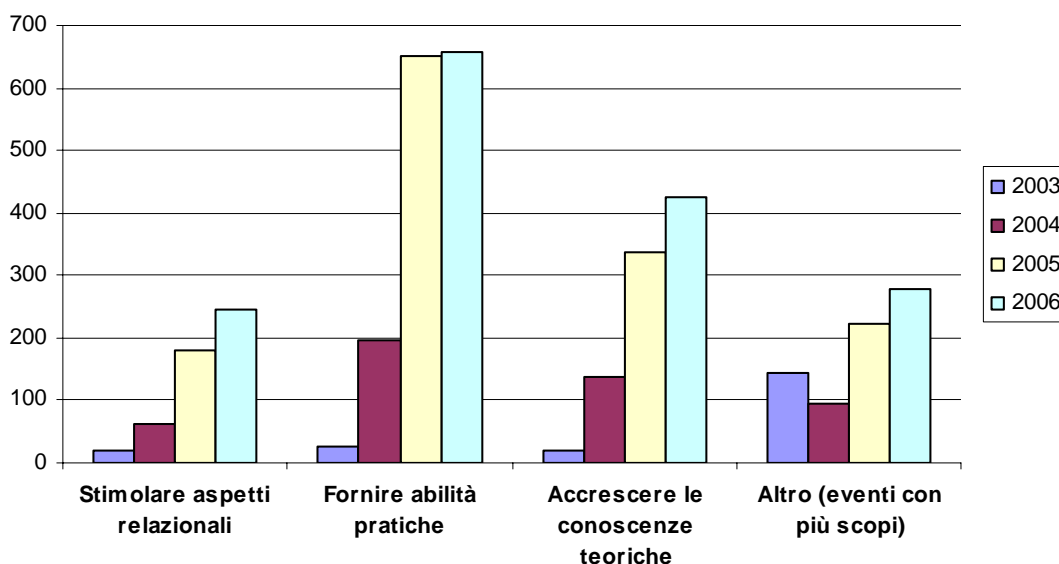
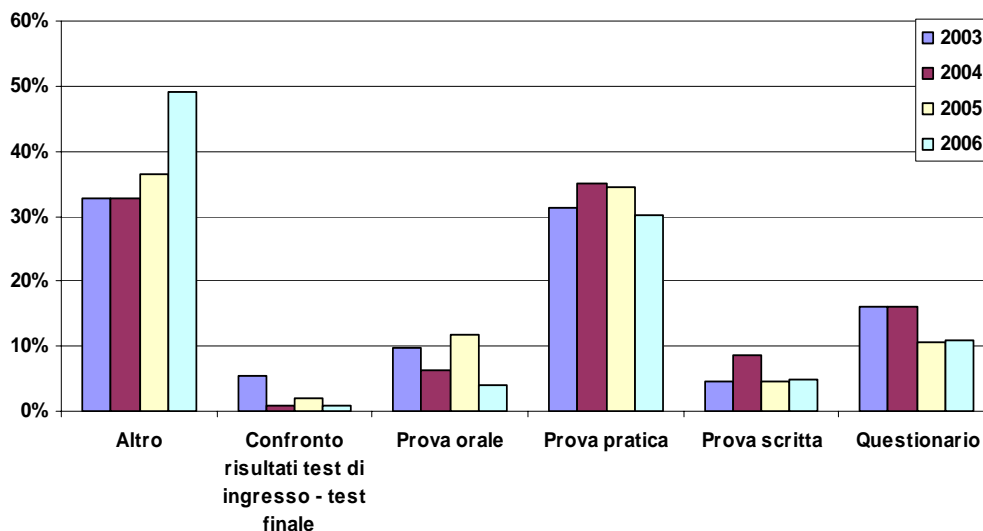


Figura 13. Strumenti per la valutazione dell'apprendimento utilizzati nella formazione sul campo

4.3. Alcune considerazioni a consuntivo

Il riconoscimento di attività assistenziali e organizzative in percorsi formativi, accreditabili per l'ECM, si è presentato come un'innovazione.

Ogni innovazione può essere vista come una "impresa cognitiva" che implica un processo di apprendimento di nuove capacità individuali e collettive (Zanzara e Ciborra, 1999). Occorre infatti imparare un metodo e una nuova competenza, cioè, in questo caso, la capacità di trasformare una pratica di lavoro in evento formativo. Questo significa che, affinché l'apprendimento sul campo si sviluppi in maniera efficace, è necessario avere più consapevolezza di come avviene l'apprendimento nei contesti, avere gli strumenti e le metodologie per poterli leggere, saper cogliere le risorse di cui un contesto dispone.

Nei processi di innovazione, infatti, individui, organizzazioni e istituzioni devono essere capaci di costruire e consolidare nuovi repertori cognitivi e abilità pratiche. Uno dei maggiori ostacoli all'innovazione è la limitata capacità di riflettere su - e di ristrutturare - le basi cognitive e istituzionali che sostengono i modi abituali e dati per scontati di fare le cose, sia dell'individuo che dell'organizzazione (Lanzara e Ciborra, 1999).

La formazione sul campo, peraltro, richiede di modificare la propria prassi lavorativa, di dare rilievo e spazio a momenti di riflessione e rielaborazione dell'esperienza per capitalizzare le competenze che si costruiscono dentro a un'organizzazione di lavoro. Impone di ripensare le pratiche non solo in funzione dei contenuti e degli esiti che producono, ma anche e soprattutto dei processi che si attivano: i ruoli, i tempi, le ricadute organizzative e quelle formative.

Il bilancio di questi anni si è basato sulla lettura dei dati presenti nel *database* regionale per la gestione dell'accreditamento ECM e non permette quindi di approfondire la qualità dell'impatto di questa innovazione. In particolare non permette di valutare la qualità

dell'apprendimento organizzativo che ha prodotto, anche se le Aziende si stanno attivando in questa direzione, come per esempio l'Azienda USL di Rimini che ha realizzato una prima indagine sull'impatto dell'attività formativa sulle pratiche di gestione del rischio clinico (Ferrari *et al.*, 2006).

Tuttavia si possono avanzare alcune riflessioni.

Innanzitutto è opportuno premettere che l'adozione di un'innovazione (tecnologica o organizzativa che sia) è sempre un processo di apprendimento che implica attività pratiche, scelte progettuali, mosse cognitive e interazioni sociali. Ciò che viene adottato e selezionato dipende cioè dal contesto in cui vengono introdotte e gli esiti possono prendere traiettorie assolutamente non programmate, devianti rispetto all'intento originario. L'aumento di eventi di formazione sul campo accreditati è un indizio che le Aziende abbiano acquisito una nuova metodologia nella prassi formativa, ma potrebbe anche solo trattarsi della capacità di organizzare la formazione per utilizzare una nuova prassi nell'offerta di crediti ECM.

Per stimolare la riflessione, soprattutto pensando ad approfondimenti futuri, può essere utile fare riferimento al numero di eventi di FSC che hanno prodotto evidenze documentabili, per esempio rapporti, linee guida, pubblicazioni, ecc. (Figura 14), come possibile indicatore, anche se parziale e indiretto, del fatto che in quell'evento è stata dedicata attenzione a quella attività riflessiva necessaria a produrre un apprendimento in grado di ristrutturare strategie di azione, valori e norme sottese ai comportamenti (Argyris e Schon, 1978).

L'aumento in percentuale degli eventi che non hanno prodotto evidenze documentabili (dal 15% al 30% circa), anche se imputabile soprattutto all'aumento delle attività di addestramento, è un dato da tenere monitorato, soprattutto se si considerano i progetti di miglioramento (Tabella 11).

Figura 14. Eventi di FSC accreditati in Emilia-Romagna negli anni 2003-2006 che hanno prodotto evidenze documentabili

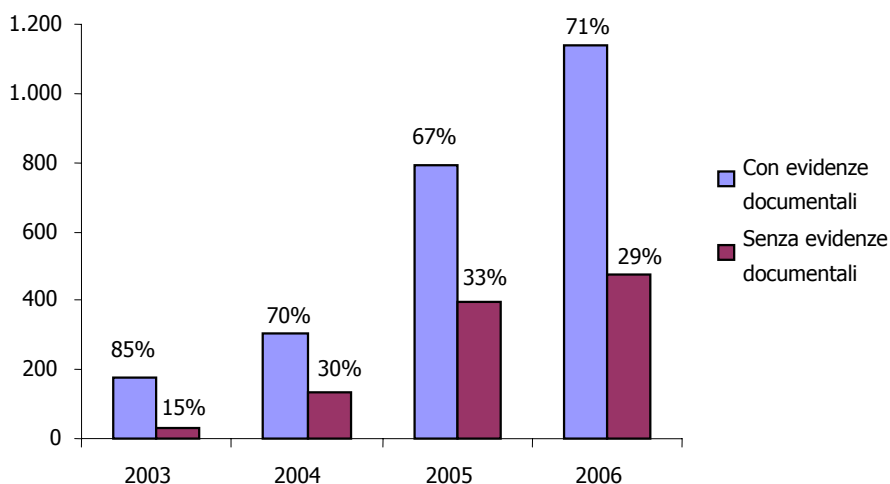
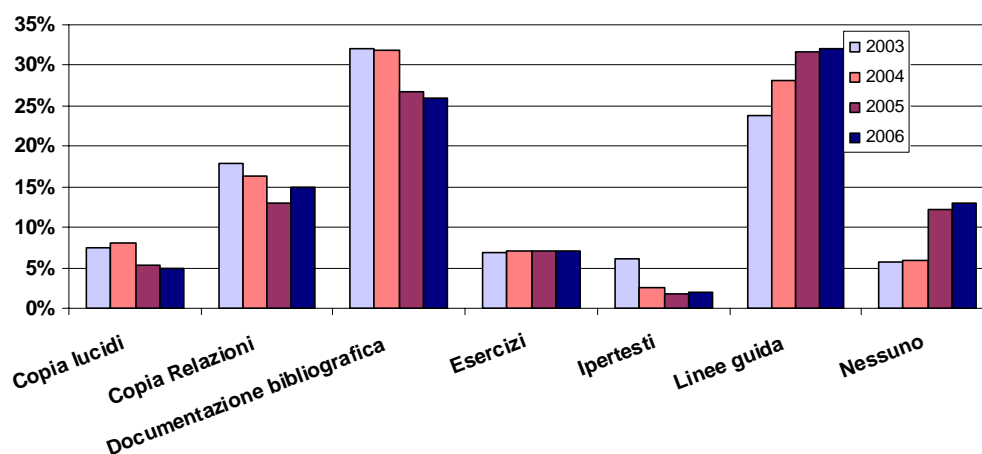


Tabella 11. Eventi di FSC accreditati in Emilia-Romagna negli anni 2003-2006 senza evidenze documentabili

	2003	2004	2005	2006
Attività di addestramento	21	80	360	258
Audit - Sistemi di audit	0	0	23	8
Partecipazione a commissioni o comitati	1	1	2	1
Partecipazione a progetti di miglioramento	9	48	92	204
Partecipazione a ricerche	1	3	4	2

Questo dato potrebbe confermare la preoccupazione che la FSC sia utilizzata soprattutto per la produzione di crediti nelle Aziende sanitarie piuttosto che per valorizzare le conoscenze organizzative e quelle tacite (Nonaka e Takeuchi, 1995) radicate nelle *routine* organizzative e negli *skill* individuali. Si potrebbe cioè sollevare il timore (solo suggerito ma non confermato dai dati) di "apprendimento limitato" (Lanzara e Ciborra, 1999). L'organizzazione (o parti di essa) avrebbe appreso a produrre più crediti, cioè avrebbe modificato le sue strategie di azione includendo la FSC tra le risorse a disposizione per rispondere al fabbisogno di crediti formativi del personale, ma non avrebbe ristrutturato le premesse e i valori che sono alla base degli effettivi modelli di comportamento. Rimarrebbe cioè prevalente l'idea di accreditamento come adempimento burocratico piuttosto che come occasione di cambiamento e di risorsa.

In effetti, il bilancio delle attività di formazione sul campo realizzate in questi anni nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna propone soprattutto elementi positivi per la serietà e l'interesse che ha suscitato come strumento importante a supporto dell'apprendimento continuo e non solo funzionale al sistema di riconoscimento crediti introdotto dall'ECM. Un ulteriore indicatore positivo deriva infatti dalla presenza di materiale didattico in quasi tutti gli eventi accreditati (*Figura 15*).

Figura 15. Materiale didattico distribuito negli eventi FSC per anno

La FSC è considerata luogo di integrazione di competenze e soprattutto leva indispensabile per sostenere l'integrazione di quelle funzioni strategiche - formazione, assistenza e ricerca - che stanno alla base di un sistema sanitario capace di governare i cambiamenti necessari per far fronte ai bisogni di salute della popolazione. Ma la stessa FSC costituisce di per sé un'innovazione, gli esiti della cui adozione dipendono appunto dalle strategie e dai percorsi che vengono messi in atto all'interno delle organizzazioni e che vanno studiati e sostenuti. All'interno delle Aziende sono stati infatti attivati dispositivi che hanno facilitato questa adozione: i percorsi di formazione e sostegno alle reti dei referenti della formazione, il ruolo di consulenza che gli Uffici formazione delle Aziende offrono a chi progetta un evento, ecc.

Occorre quindi sostenere e capitalizzare queste nuove esperienze e competenze, capire e dirigere le traiettorie che l'adozione di questa tipologia di formazione comporta. In particolare bisogna prestare attenzione a quelle figure su cui maggiormente ricade l'impegno nel portare avanti la formazione sul campo: il responsabile dell'evento e i tutor che lo affiancano (Ferrari *et al.*, 2006). Si tratta in genere di persone non solo esperte nei contenuti ma a cui sono anche richieste competenze metodologiche. Questo vale particolarmente per i tutor, il cui ruolo appare diverso da quello del tutor d'aula nella formazione di tipo tradizionale. I tutor di questi progetti hanno un ruolo attivo non solo nell'organizzazione, ma anche nella valutazione dell'apprendimento e degli esiti e sono esperti dei contenuti che attraversano l'evento. Da un lato rappresentano una grande ricchezza in termini di competenze, dall'altro si evidenzia la necessità di valorizzarli e sensibilizzarli rispetto a un orientamento pedagogico della loro attività che non trovano normalmente nel loro bagaglio culturale di riferimento.

Questo diviene sempre più importante anche alla luce della complessità che ormai caratterizza l'offerta formativa ECM e dalla necessità di integrazione delle diverse tipologie, sempre più necessaria anche indipendentemente dalle modalità di accreditamento per l'ECM. Eventi di FSC sono spesso accompagnati da momenti di teoria in aula; oppure da eventi di formazione residenziale scaturiscono progetti di intervento sul campo, che vengono a loro volta supportati da ulteriori approfondimenti offerti dall'impiego delle nuove tecnologie dell'*e-learning*.

Per il futuro si deve prevedere una formazione integrata, in grado di connettere conoscenze, tecnologie e contenuti innovativi che provengono dall'esterno con le pratiche assistenziali e le culture organizzative che pervadono i luoghi di lavoro e che possono essere allo stesso tempo ostacolo e veicolo per il cambiamento. Come gran parte della letteratura pedagogica registra da diversi anni (si pensi solo all'approccio costruttivista), i canoni classici del rapporto duale docente-discente della formazione tradizionale focalizzata sul travaso di contenuti dall'esperto al non esperto sono ormai superati a favore di una *leadership* circolante della docenza, cioè distribuita sui partecipanti, o meglio sugli attori, in cui l'apprendimento è affidato all'interazione e allo scambio e non sempre confinato in uno spazio di tempo ben definito e delimitato (ore d'aula) ma diffuso e non solo fuori dall'aula (*on the job*) ma sempre più anche in "non luoghi", come gli spazi virtuali offerti dalla rete.

Le opportunità per promuovere la disponibilità a un apprendimento continuo quindi non mancano e il riconoscimento delle attività di formazione sul campo all'interno del sistema di educazione continua dell'Emilia-Romagna da quanto emerso sembra andare nella giusta direzione.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Collana Dossier, n. 92. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, 2004.
- Angehrn A., Cesaria R., Totti U. La formazione contestuale. *Sviluppo e Organizzazione*, n. 211, settembre/ottobre 2005.
- Argyris C., Schon D.A. *Organizational Learning. A Theory of Action Perspective*. Reading Massachusetts, Addison - Wesley, 1978.
- Bero L.A., Grilli R., Grimshaw J.M., Harvey E., Oxman A.D., Thomson M.A. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ*, 317 (7156): 465-468, 1998.
- Ferrari M., Montalti M., Mussoni G. La formazione sul campo: esperienza dell'Ausl di Rimini. *Nursing Oggi*, n. 2, 2006.
- Grimshaw J.M., Shirran L., Thomas R., Mowatt G., Fraser C., Bero L., Grilli R., Harvey E., Oxman A., O'Brien M.A. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care*, 39 (8 Suppl 2): II2-45, 2001.
- Lanzara G.F., Ciborra C. *Labirinti dell'innovazione. Tecnologia, organizzazione, apprendimento*. Etas, 1999.
- Nonaka I., Takeuchi I. *The knowledge creating company*. Oxford, Oxford University Press, 1995.
- Pantani M.T., Ruozi C. La formazione sul campo in ambito sanitario: il valore di una formazione oltre l'aula. *Janus*, 24: 29-35, 2006.
- Silvestro A. Intervento a *Dove va la formazione continua? III Conferenza regionale sull'Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna*. Bologna, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, 26 maggio 2006.

5. Le opinioni degli operatori sanitari³

5.1. Il disegno dell'indagine

Nonostante il programma ECM abbia interessato centinaia di migliaia di persone, non sono state effettuate indagini per esplorare le opinioni degli operatori sanitari coinvolti e per descrivere il loro punto di vista in merito agli eventuali cambiamenti nelle opportunità e nelle modalità di fare formazione. I giudizi che sono stati espressi in questi anni, a volte anche con enfasi, sono per lo più privi di basi empiriche.

È stata quindi immediatamente colta l'occasione di partecipare all'indagine promossa nell'ambito del progetto pilota per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM (ONECM).⁴ Il progetto ONECM era stato avviato nel maggio 2005 in seguito all'Accordo sull'ECM del 2004 raggiunto nella Conferenza Stato-Regioni, sulla base di una convenzione tra il Ministero della salute e la Regione Emilia-Romagna che lo ha coordinato. Al progetto hanno partecipato ufficialmente anche le Regioni Lazio, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Trentino, Val d'Aosta e Veneto. Al corso per Osservatori della qualità dell'ECM, che è stato organizzato nell'ambito del progetto, hanno partecipato operatori di quasi tutte le regioni.

Nel progetto, che era finalizzato a disegnare un sistema di osservazione utile a fini sia valutativi che di promozione della qualità, è stata inclusa anche un'indagine sulle opinioni dei professionisti della sanità. Qui viene presentato un estratto dello studio con l'analisi dei soli dati raccolti in Emilia-Romagna. Per una trattazione completa della metodologia e dei risultati complessivi si rinvia al rapporto conclusivo del progetto ONECM.

³ A cura di Giovanna Artioli, Patrizia Copelli, Barbara Lelli e Marco Biocca, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.

⁴ Il progetto pilota è stato coordinato da Marco Biocca (responsabile scientifico, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna), Maria Paola Bacchielli (Agenzia sanitaria regionale delle Marche), Franca Bellotti (Assessorato alla sanità della Provincia di Trento), Maria Teresa Manoni (Assessorato alla sanità del Veneto), Alberto Zanobini e Francesco Nardi (Assessorato alla salute della Toscana), Giovanni Perilli (Agenzia sanitaria regionale della Puglia), Manuela Righi (Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna), Silvana Scalise (Assessorato alla sanità della Valle d'Aosta), Antonio Sellaroli (Assessorato alla sanità del Lazio), Loredana Luzzi, Enzo Vigutto e Marco Cavallo (Assessorato alla sanità della Lombardia). Il Comitato scientifico del progetto era composto - oltre che da Maria Paola Bacchielli, Marco Biocca e Alberto Zanobini - da Mario Ciavatta, Maria Linetti, Paolo Messina e Riccardo Vigneri della Commissione nazionale per la formazione continua.

L'indagine riguardava la formazione continua in medicina dal momento dell'avvio del programma di ECM e mirava a studiare in particolare tre dimensioni:

- lo sviluppo delle competenze professionali e il raccordo con l'organizzazione del lavoro e con i processi di miglioramento e di innovazione nelle strutture sanitarie;
- il ruolo del sistema, inteso come opportunità di formazione ricevute, peso percepito dei conflitti d'interesse, relazione tra macro-sistema (Piani sanitari regionali e nazionali) e micro-sistema (ricezione degli obiettivi da parte delle Aziende sanitarie);
- l'uso delle tipologie formative e l'impegno in attività didattiche.

Più complessivamente, l'indagine intendeva anche esplorare se il programma di ECM fosse considerato un'opportunità e una positiva innovazione per i professionisti e per l'organizzazione, o viceversa se prevalessero elementi negativi o di staticità e si potesse considerare l'ECM più un vincolo e uno strumento inadeguato nel produrre cambiamento e miglioramento.

Lo studio è stato realizzato nell'autunno del 2006 secondo due modalità complementari tra loro:

- un'indagine campionaria, realizzata in singole Aziende sanitarie pubbliche attraverso un questionario a domande chiuse;
- un'indagine su base volontaria, rivolta a tutti i professionisti interessati all'ECM, realizzata attraverso lo stesso questionario a domande chiuse disponibile su internet.

Lo stesso questionario è stato utilizzato per entrambe le indagini. Era costituito da 14 domande chiuse a risposta multipla, raggruppabili in tre sezioni:

- aspetti socio-demografici (genere, anzianità di lavoro, tipo di professione e struttura sede di lavoro);
- qualità dell'ECM (qualità della formazione ricevuta, utilizzo degli sponsor, cambiamenti nelle competenze e nell'organizzazione del lavoro);
- prospettive (utilità delle diverse attività di formazione, attività di docenza e tutorato).

In Emilia-Romagna l'indagine campionaria è stata realizzata nelle Aziende USL e ospedaliera di Reggio Emilia e nell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara e vi hanno partecipato il 10,7% degli operatori con obbligo ECM (713 persone), che rappresentano circa l'1,5% del totale regionale (*Tabella 12*). Il campione ha rispettato il rapporto attualmente esistente nelle Aziende tra i generi (circa 71% donne) e tra le professioni (51% infermieri e ostetriche, 29% medici e 20% le altre professioni sanitarie).

L'indagine volontaria *on line* era invece rivolta a tutti coloro, incluso il personale senza obbligo ECM, che volessero esprimere la propria opinione in merito alla formazione continua. Hanno risposto 2.547 persone, circa il 5% del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario regionale con l'obbligo dell'ECM, la cui distribuzione per Azienda è descritta in *Tabella 13*.

Tabella 12. Questionari raccolti nelle Aziende dell'Emilia-Romagna

Azienda	Questionari raccolti	Operatori con obbligo ECM (2005)	%
Azienda ospedaliera Reggio Emilia	164	1.785	9,7%
Azienda USL Reggio Emilia	389	3.176	12,2%
Azienda ospedaliero-universitaria Ferrara	160	1.695	9,0%
<i>Totale</i>	<i>713</i>	<i>6.656</i>	<i>10,7%</i>

Tabella 13. Partecipazione al sondaggio *on line* tra gli operatori delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna

Azienda	Numero risposte	%
Azienda ospedaliera di Reggio Emilia	540	21,2%
Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna	258	10,13%
Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara	22	0,86%
Azienda ospedaliero-universitaria di Modena	56	2,20%
Azienda ospedaliero-universitaria di Parma	224	8,79%
Azienda USL di Bologna	72	2,83%
Azienda USL di Cesena	55	2,16%
Azienda USL di Ferrara	163	6,40%
Azienda USL di Forlì	148	5,81%
Azienda USL di Imola	123	4,83%
Azienda USL di Modena	43	1,69%
Azienda USL di Parma	87	3,42%
Azienda USL di Piacenza	81	3,18%
Azienda USL di Ravenna	113	4,44%
Azienda USL di Reggio Emilia	204	8,01%
Azienda USL di Rimini	232	9,11%
<i>Totale</i>	<i>2.421</i>	<i>95,05%</i>
Altro	126	4,95%
	<i>2.547</i>	<i>100,00%</i>

La distribuzione per genere (*Figura 16*) nell'indagine campionaria ha rispettato quella esistente tra il personale dipendente dell'Emilia-Romagna, mentre in quella volontaria *on line* sono state relativamente più numerose quelle degli uomini.

Nell'indagine volontaria (*Figura 17*) gli infermieri sono sottorappresentati. Le ragioni di queste differenze sono probabilmente da attribuire alle minori possibilità di accesso a internet degli infermieri e ciò spiegherebbe anche il minor numero relativo di risposte di donne nell'indagine volontaria.

In entrambe le indagini, oltre i 2/3 delle persone che hanno risposto aveva più di 15 anni di anzianità (*Figura 18*) e in maggioranza erano impegnate in strutture ospedaliere (*Figura 19*).

Figura 16. Distribuzione percentuale delle risposte per genere nelle due indagini

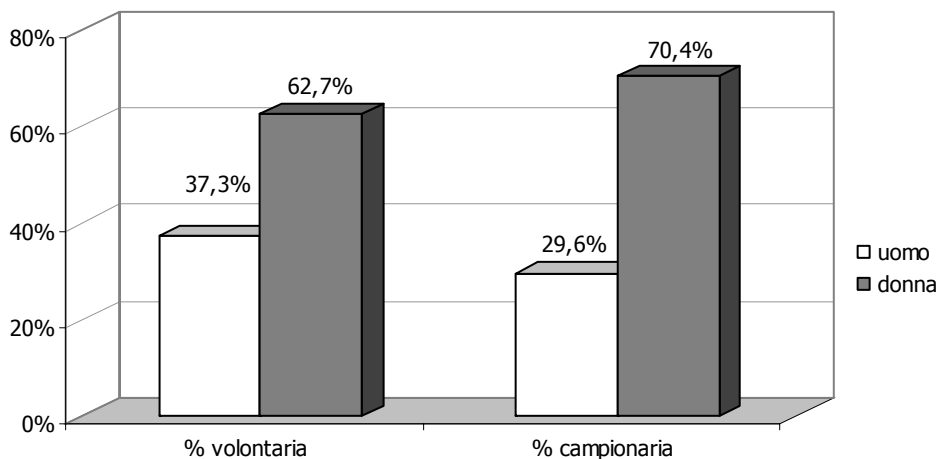


Figura 17. Distribuzione percentuale delle risposte in base alla professione nelle due indagini

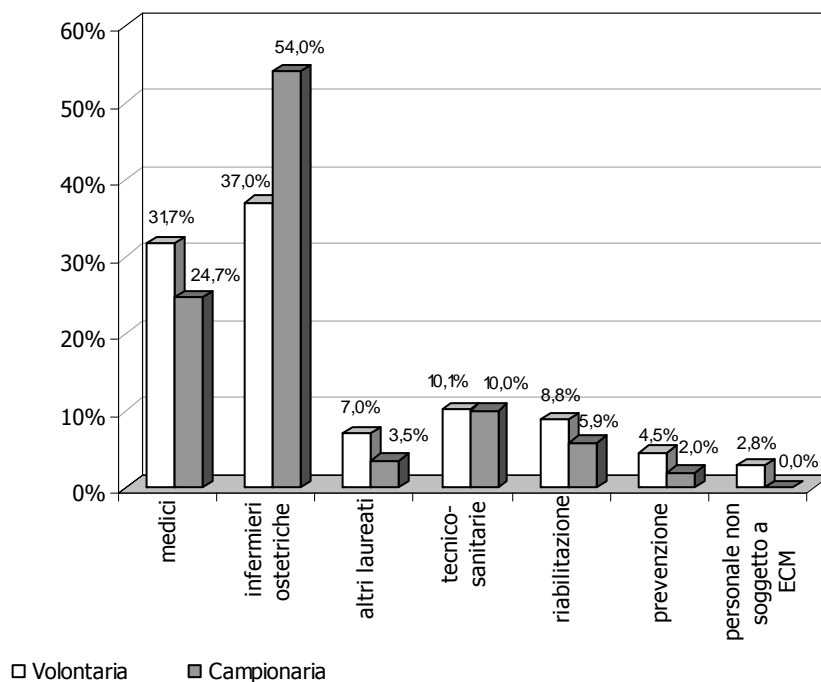


Figura 18. Distribuzione percentuale delle risposte in base all'anzianità di servizio nelle due indagini

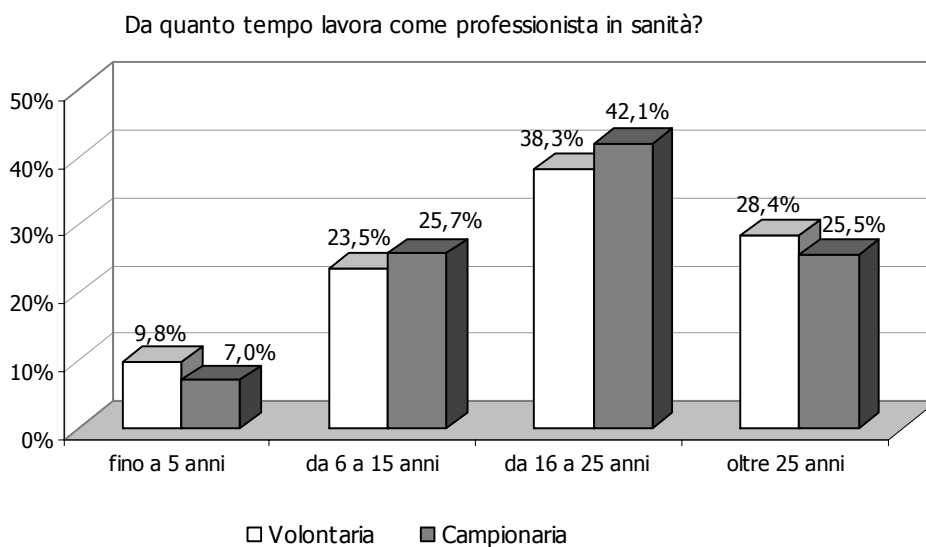
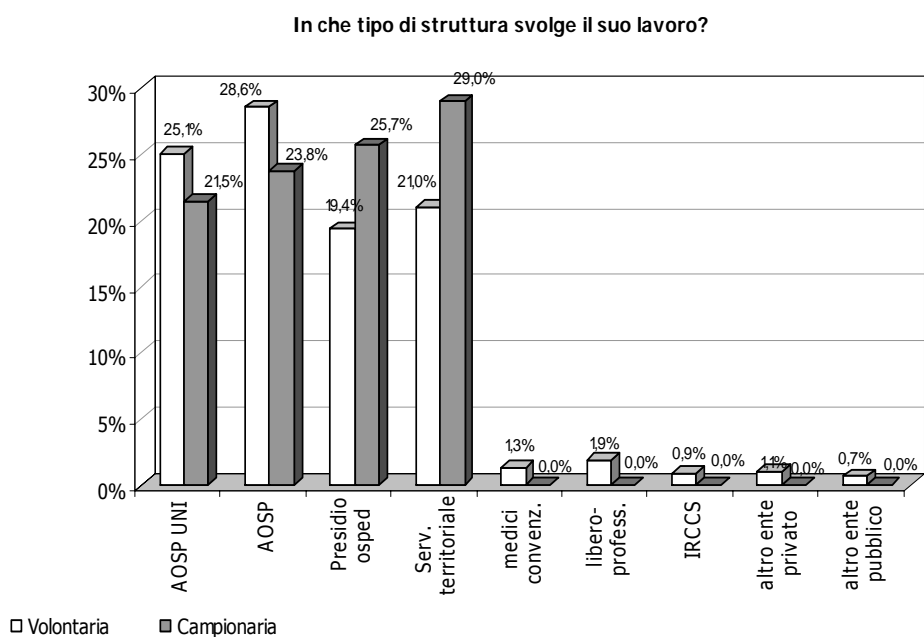


Figura 19. Distribuzione percentuale delle risposte in base alla struttura/servizio di appartenenza nelle due indagini



5.2. I risultati

5.2.1. Opportunità di formazione

Innanzitutto va considerato che nell'indagine volontaria il 50% degli intervistati ha dichiarato di avere avuto maggiori opportunità di formazione dall'introduzione dell'ECM, percentuale che arriva al 64% tra le risposte dell'indagine campionaria. Questo dato risulta più alto di quello registrato nello studio a livello nazionale, che è stato rispettivamente di 47,5% e 56,8%. Una quota di professionisti ha registrato una diminuzione delle opportunità formative rispetto al passato: 7,2% nella volontaria *on line* e 4,8% nella campionaria.

Sono in particolare i professionisti non medici a dichiarare di avere avuto maggiori opportunità formative con l'introduzione dell'ECM (60,5% degli infermieri e 48,3% degli operatori delle altre professioni sanitarie nell'indagine volontaria). Tra i medici, invece, il 40,7% ha rilevato migliori opportunità, mentre il 51,1% non ha rilevato differenze rispetto a prima. Nell'indagine campionaria le percentuali dei soddisfatti sono più alte: risponde di avere avuto maggiori opportunità il 68,9% degli infermieri, il 71% degli altri professionisti e il 49% dei medici intervistati.

Questi dati suggeriscono che, mentre per i medici l'offerta di aggiornamento professionale era già ampia, l'introduzione del sistema ECM ha probabilmente aperto più strade alle altre professioni, che ne avvertivano l'esigenza.

Questi dati vanno considerati anche in correlazione con quanto riferito dagli Uffici formazione delle Aziende sanitarie relativamente alle stime sulla copertura, che mostrano come effettivamente anche le professioni meno numerose abbiano trovato risposte agli obblighi introdotti dall'ECM, almeno in buona parte (vedi *Capitolo 3*). Sono anche coerenti con i risultati di una ricerca promossa dall'IPAVSI nel 2003 realizzata attraverso un questionario distribuito a 11.000 infermieri: i 3/4 del campione erano fortemente consapevoli dell'utilità dell'ECM, ritenendolo un valido sistema per assicurare la formazione professionale (http://fnomceoweb.omitech.it/27-01-04/articolo_05.php)

5.2.2. La qualità della formazione

L'indagine cercava inoltre di approfondire alcune dimensioni qualitative dell'offerta ECM e, in particolare, se aveva risposto alle necessità di aggiornamento e di crescita delle competenze professionali individuali, e se avesse avuto un impatto sull'organizzazione del lavoro. In Figura 20 sono riportati i valori medi ottenuti (su una scala da 1 a 9). Oltre il 73% degli intervistati nella campionaria ha giudicato positivamente - e il 26% molto positivamente - l'offerta ricevuta rispetto alle necessità di aggiornamento. Il giudizio positivo sale al 75% relativamente all'impatto sulle competenze, mentre scende al 53% per l'impatto sull'organizzazione, per il quale il 31% è chiaramente insoddisfatto. Nell'indagine volontaria i giudizi sono risultati sempre meno favorevoli: i valori positivi per le tre domande sono rispettivamente al 57,6%, 60,6% e 41,3% per l'organizzazione del lavoro (43% di insoddisfatti). I giudizi degli infermieri sono stati di solito più favorevoli (*Figure 21 e 22*).

Figura 20. Media dei giudizi sugli effetti delle attività formative ricevute, nelle due indagini (media dei valori espressi su una scala da 1 a 9)

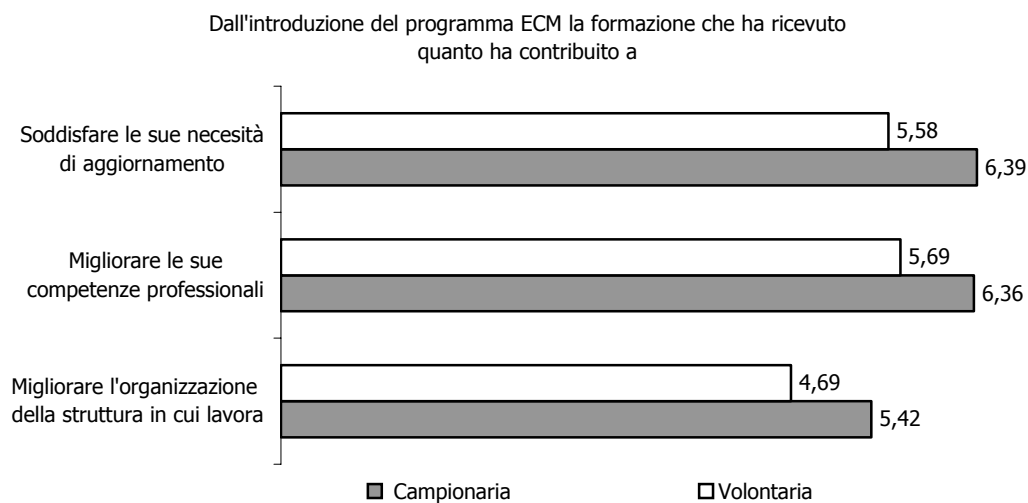


Figura 21. Media dei giudizi sugli effetti delle attività formative ricevute, per ciascuna professione, nell'indagine volontaria (media dei valori espressi su una scala da 1 a 9)

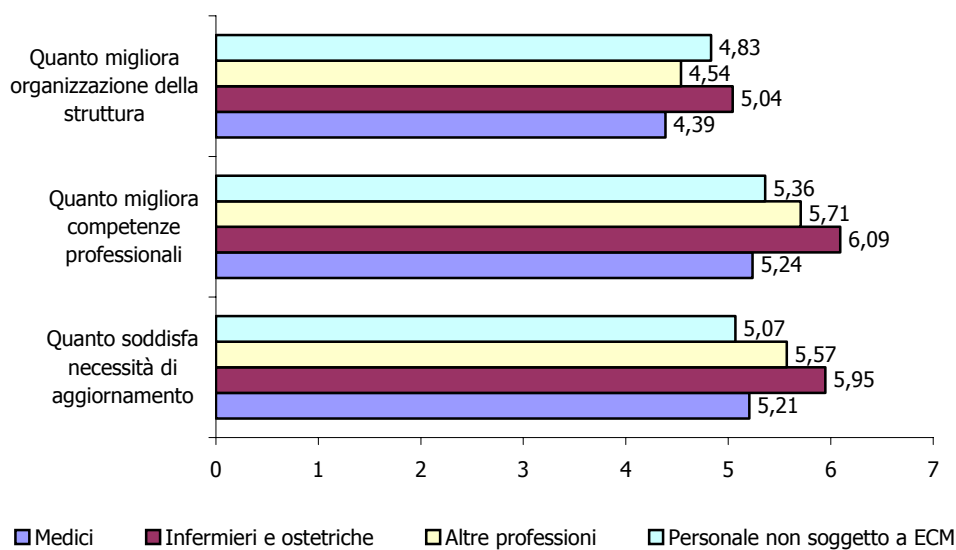
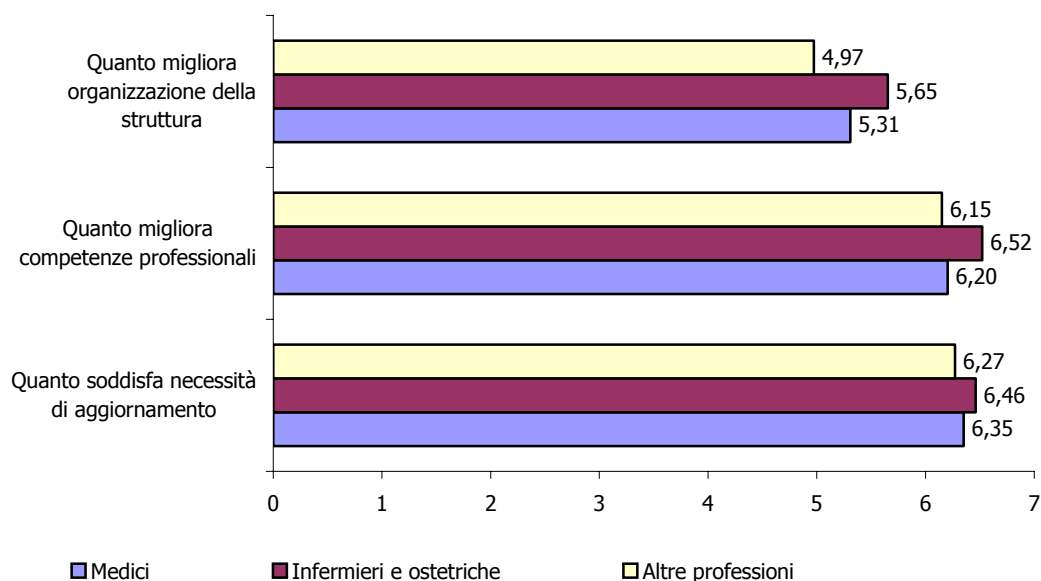


Figura 22. Media dei giudizi sugli effetti delle attività formative ricevute per ciascuna professione, nell'indagine campionaria (media dei valori espressi su una scala da 1 a 9)



I giudizi sugli effetti sono risultati coerenti con quelli relativi alla domanda più sintetica e omnicomprensiva sulla qualità della formazione ricevuta (*Figure 23 e 24*). Anche in questo caso i giudizi espressi nell'indagine volontaria sono stati mediamente più severi.

Il 69,5% degli intervistati ha espresso un giudizio positivo (valori compresi tra 6 e 9) relativamente alla domanda "Quanto ritiene che la formazione che ha ricevuto dall'introduzione del sistema ECM, sia stata una formazione di qualità?". Sembra quindi che non solo l'introduzione del sistema ECM abbia aumentato le opportunità di accesso alla formazione, ma che ne abbia mantenuto - o anche migliorato - la qualità. Forse alla fine del ciclo l'iniziale preoccupazione che l'ECM potesse generare solo "corsifici" a bollini, si è ridimensionato a favore di giudizi più articolati e positivi.

Figura 23. Distribuzione dei giudizi sugli effetti delle attività formative nell'indagine campionaria

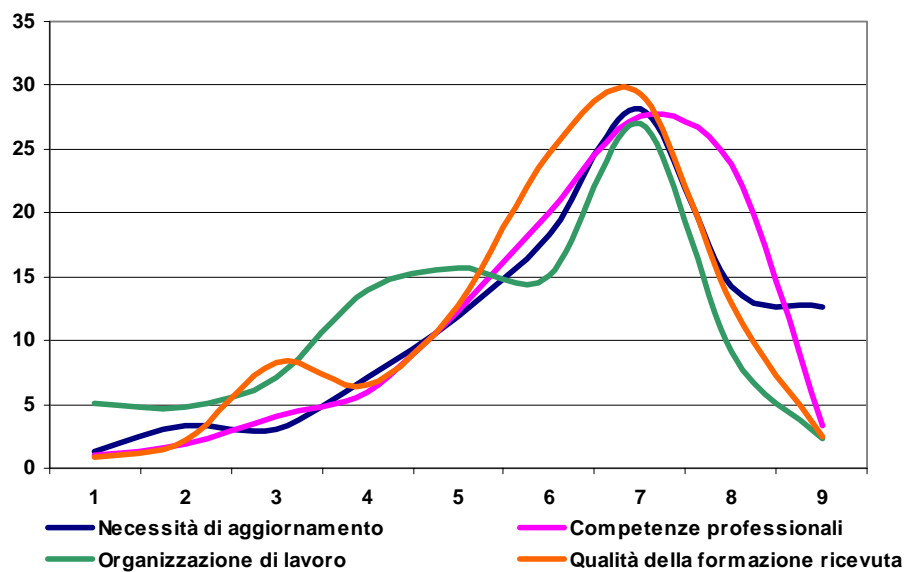
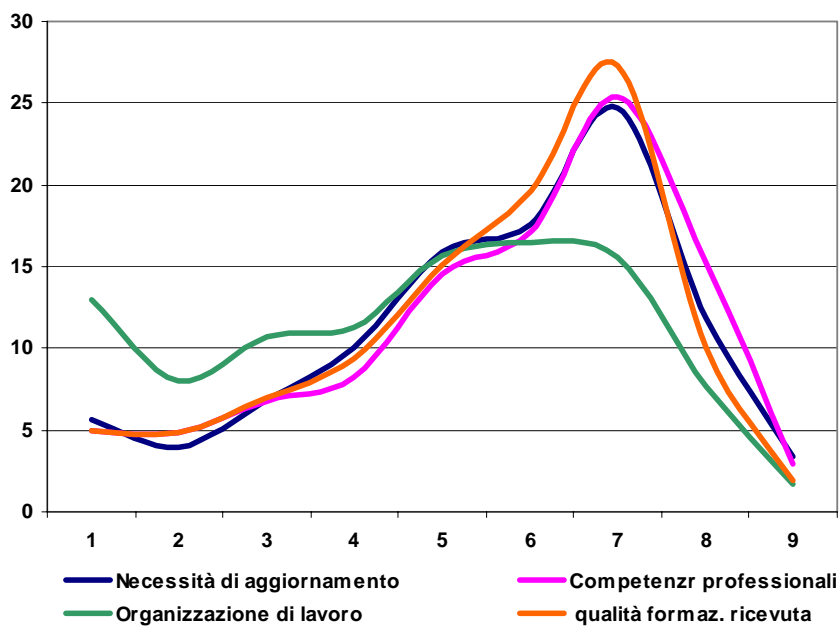


Figura 24. Distribuzione dei giudizi sugli effetti delle attività formative nell'indagine volontaria



Erano presenti anche alcune domande per valutare l'utilità percepita delle diverse metodologie formative (residenziali, sul campo, in *e-learning*). In effetti i paradigmi tradizionali della formazione, con l'unificazione dello spazio e del tempo e la differenziazione dei ruoli, si stanno chiaramente modificando. Si sono diffuse modalità che valorizzano l'apprendimento integrato con la prassi lavorativa, in cui la relazione tra pari assume un peso crescente e si amplia l'utilizzo delle tecnologie informatiche e della comunicazione.

Colpisce, forse, che anche i convegni e i seminari, usualmente considerati a bassa efficacia in termini di modifica della pratica assistenziale, vengano comunque percepiti come occasioni utili per l'apprendimento. Il giudizio degli operatori nei confronti di alcune metodologie formative - alcune ampiamente conosciute e utilizzate come i convegni o gli *stage*, altre che rappresentano frontiere ancora poco esplorate come la lettura di articoli scientifici o la valorizzazione della partecipazione a ricerche - è stato sostanzialmente positivo o molto positivo (Figura 25).

L'utilità percepita è risultata in genere direttamente proporzionale al grado di "vicinanza" che la metodologia proposta aveva con il contesto di appartenenza. Dalla Figura 25 si vede come alle situazioni di apprendimento sul campo sia stata attribuita maggiore utilità rispetto all'apprendimento tradizionale in aula.

Per la formazione a distanza si è registrato un maggiore scetticismo, forse per un atteggiamento pregiudiziale o, più probabilmente, perché minori sono state le occasioni di sperimentarla direttamente e il giudizio soggettivo risente sempre dell'esperienza. Confrontando i dati con quelli ottenuti nel complesso dell'indagine nazionale, si osserva un giudizio più marcatamente positivo per le attività di apprendimento sul campo (Tabella 14), pur confermando la tendenza che vede sempre la FAD un po' meno utile delle altre metodologie.

Figura 25. Media dei giudizi sull'utilità delle diverse metodologie didattiche nelle due indagini (scala da 1 a 9)

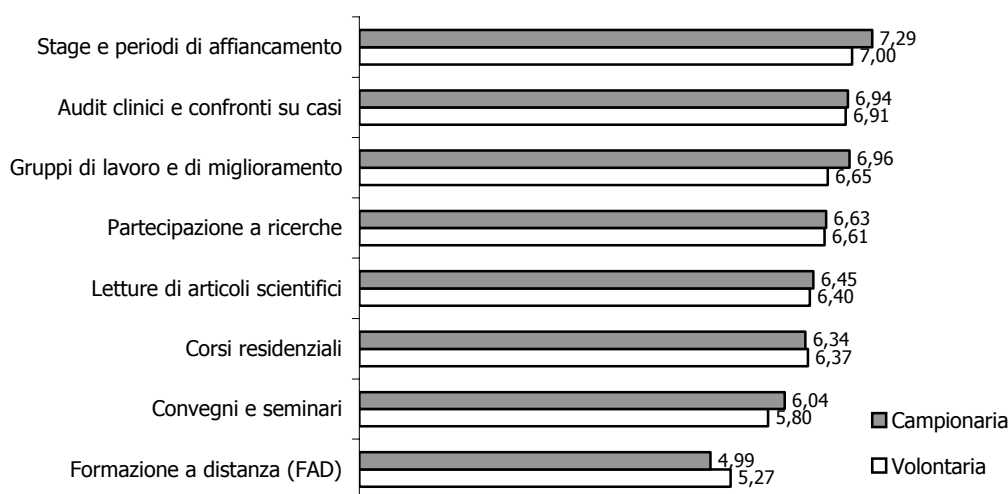


Tabella 14. Media dei giudizi sulle diverse metodologie didattiche per gruppi professionali nell'indagine campionaria (scala da 1 a 9)

	Medici	Infermieri e ostetriche	Altre professioni
<i>Stage</i> e periodi di affiancamento	7,32	7,12	7,67
<i>Audit</i> clinici e confronti su casi	7,27	6,87	6,73
Gruppi di lavoro e di miglioramento	6,76	6,92	7,31
Partecipazione a ricerche	6,79	6,43	6,97
Letture di articoli scientifici	6,87	6,16	6,71
Corsi residenziali	6,59	6,17	6,47
Convegni e seminari	6,09	6,04	5,99
Formazione a distanza (FAD)	5,07	5,00	4,87

Le esperienze di formazione sul campo, che hanno raggiunto ormai in Emilia-Romagna circa il 18% del totale degli eventi accreditati, integrate con la pratica clinica e organizzativa, hanno probabilmente influenzato l'opinione dei professionisti. In particolare, sembra che gli infermieri abbiano apprezzato maggiormente le attività integrate con la pratica (gruppi di lavoro, *audit* clinici e confronti su casi, *stage*), mentre i medici abbiano dato più valore alla lettura di articoli scientifici e alla partecipazione a ricerche.

Questi atteggiamenti sono risultati coerenti con altre osservazioni (vedi anche *Capitolo 6*) e confermano quanto messo in luce da una precedente ricerca dell'IPAVSI, già citata (http://fnomceoweb.omitech.it/27-01-04/articolo_05.php), in cui si afferma che:

la categoria vorrebbe che i corsi ECM si svolgessero all'interno del luogo di lavoro gestendolo compatibilmente con le proprie prestazioni professionali decise spesso in grande autonomia e responsabilità nel rapporto con il paziente e con il personale medico. Questo sottende una domanda di protagonismo, responsabilità e di partecipazione della categoria alla propria professione, così come aggiunto per iscritto in alcune risposte, "per non perdere tempo... per essere presenti in caso di emergenza...".

Sui contenuti e aspetti sui quali dovrebbe concentrarsi la formazione ECM, le risposte della categoria si concentrano sulle principali aree di crescita e potenziamento professionale: il 58,3% sulla capacità clinica, il 18,9% sulla capacità relazionale, il 13% sulla capacità gestionale.

Questi dati confermano anche la tesi che gli adulti apprendano attraverso modalità differenti, la cui efficacia è strettamente correlata agli obiettivi proposti e all'integrazione con i contesti lavorativi. A condizione che si sappiano costruire adeguate condizioni di apprendimento, possono venire contribuiti positivi anche dai metodi formativi più tradizionali, come corsi e convegni.

Sulla utilizzabilità delle nuove tecnologie per la formazione a distanza e *e-learning*, si veda anche il volume 149 di questa Collana Dossier in cui sono state raccolte le più significative esperienze realizzate in Emilia-Romagna e anche una rassegna di casi europei.

5.2.3. Formazione continua e organizzazione sanitaria

Il punto più critico evidenziato dalla studio sembra essere la ricaduta della formazione sull'organizzazione. È vero che è più facile esprimere un giudizio su un effetto interno piuttosto che su ciò che ci circonda, ma l'opinione che l'organizzazione del lavoro sia rimasta distante dai processi formativi è diffusa.

Peraltro, in entrambe le indagini circa un 30% di intervistati ha dichiarato che la propria Azienda o ente di appartenenza non sia sufficientemente in grado di rilevare in modo efficace i bisogni di formazione al proprio interno e neppure di tradurre in obiettivi formativi gli obiettivi previsti dai piani di programmazione sanitaria.

La fiducia verso la propria Azienda come *provider* di formazione non sembra comunque in dubbio, anzi: in entrambe le indagini oltre l'80% di coloro che hanno risposto pensa che le Aziende dovrebbero investire più risorse nell'organizzazione diretta della formazione.

5.3. Qualche ulteriore riflessione

Per avere un'idea di quanto questa indagine possa essere utilizzabile per rappresentare il complesso insieme di opinioni delle persone interessate all'ECM è anche da notare che:

- è stata effettuata alla fine del primo periodo di sperimentazione di 5 anni del programma ECM e quindi raccoglie opinioni maturate nel corso di un tempo prolungato;
- ha coinvolto un numero di operatori elevato, di ogni professionalità e di ogni tipo di struttura sanitaria;
- non esistono confronti con altre indagini di comparabile dimensione e distribuzione;
- ha una propria coerenza interna dimostrabile con la larga sovrapposibilità delle risposte tra lo studio campionario e il sondaggio.

Il questionario accessibile solo *on line* era aperto a chiunque volontariamente volesse esprimere il proprio giudizio ed era quindi più esposto a rischi di autoselezione del campione: solo chi era informato dell'iniziativa, sufficientemente motivato a rispondere e in grado di accedere a un PC ha espresso il proprio parere. In particolare, la barriera tecnologica può essere stata la causa di una minore presenza degli infermieri dal campione del sondaggio volontario (37%), rispetto al 54% dell'indagine campionaria. Si può anche facilmente avanzare l'ipotesi che all'indagine volontaria abbiano partecipato relativamente più persone critiche nei confronti dell'ECM.

Un altro punto rilevante era il possibile effetto di confondimento determinato dalle risposte di coloro che, in qualche modo, potevano essere considerati come parte attiva del sistema formativo. Per questo motivo era stata introdotta una domanda mirata ad

identificare chi svolgesse attività di docenza o tutorato. Dall'analisi dei dati è stato possibile verificare che l'opinione degli intervistati si è orientata indipendentemente dall'aver svolto o meno attività didattica. È emerso comunque che in Emilia-Romagna oltre il 50% dei partecipanti all'indagine (oltre il 60% dei medici) ha svolto negli ultimi anni attività di docenza o tutorato per la formazione continua e per scuole di specializzazione o lauree delle professioni sanitarie (*Figura 26 e Tabella 15*). Questo dato supera, anche se non di molto, quello rilevato nelle altre regioni ed è probabilmente influenzato dall'ampia presenza di operatori di Aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie, in cui si svolge con maggiore intensità l'attività didattica. Si tratta di un dato molto rilevante, perché l'attività di formazione è nei fatti ormai fortemente intrecciata con l'attività di assistenza, e va ricordato anche l'impulso dato dalla formazione sul campo.

Quasi l'80% di coloro che hanno risposto a entrambe le indagini ha inoltre mostrato di considerare molto utile per un professionista sanitario dedicare una parte del proprio tempo ad attività di docenza o tutorato. Una percentuale così elevata suggerisce che il ruolo di docente abbia nel contesto sanitario un buon grado di desiderabilità. È probabilmente possibile attribuire anche un significato più ampio, ipotizzando che l'attività di insegnamento rafforzi le competenze offrendo ulteriori occasioni di studio e riflessione e contribuendo al miglioramento dell'organizzazione del lavoro creando continuità e condivisione nelle prassi lavorative.

Questi elementi da un lato vanno nella direzione esplicitamente invocata dalla legge 29/2004 che riconosce al Servizio sanitario regionale, oltre alla funzione di assistenza, anche le funzioni di formazione e di ricerca; dall'altro richiamano la necessità di dedicare maggiore attenzione alle figure che giocano un importante ruolo per la crescita delle competenze del sistema sanitario.

Figura 26. Distribuzione percentuale delle risposte in funzione dell'attività didattica svolta nelle due indagini

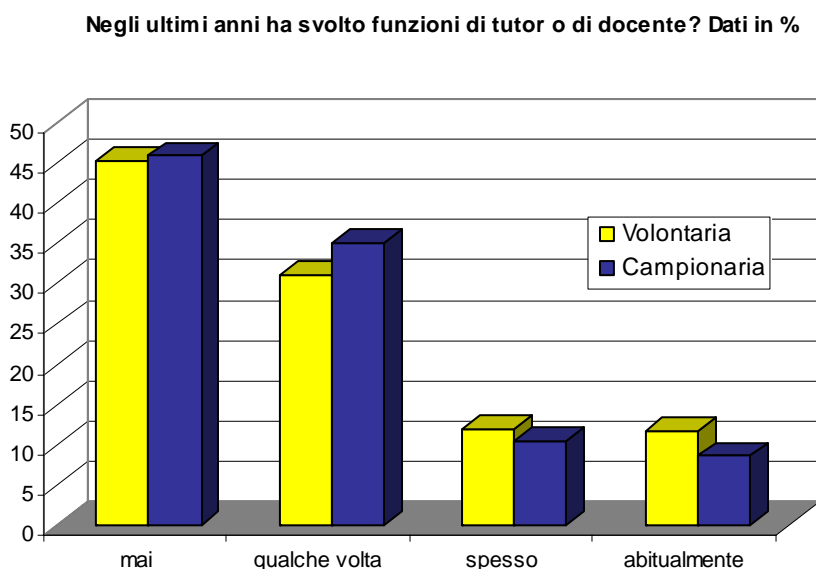


Tabella 15. Percentuale di coloro che svolgono attività didattica

	No, mai		Sì, saltuariamente, abitualmente, spesso	
	volontaria	campionaria	volontaria	campionaria
medici	37,0	30,86	63,0	69,14
infermieri e ostetriche	48,6	49,35	51,4	50,65
Altre professioni sanitarie	48,8	54,67	51,2	45,33

5.4. Le conclusioni e le prospettive future nell'indagine nazionale⁵

In sintesi, i giudizi dei professionisti della sanità in merito ai cambiamenti introdotti dal programma ECM possono essere considerati complessivamente positivi e si possono sottolineare alcuni aspetti significativi.

- *Opportunità e incentivo.* L'aumento quantitativo dell'offerta formativa da parte delle Aziende sanitarie corrisponde a una maggiore opportunità a formarsi per i professionisti.
- *Incremento dell'offerta.* L'obbligo di acquisire crediti formativi attraverso la partecipazione ad eventi accreditati, che per le Aziende si è tradotto in un incremento dell'offerta formativa, sembra essere percepito non tanto come un dovere, quanto più come un diritto/ opportunità che garantisce a tutti i dipendenti sanitari la possibilità di crescere, sviluppare nuove competenze e rafforzare quelle esistenti, di adeguarsi ai continui cambiamenti in atto.
- *Democrazia ed equità.* Il sistema ECM ha consentito l'estensione del diritto alla formazione da un gruppo ristretto di professionisti, per lo più medici, a tutte le figure sanitarie, tale da garantire una maggiore equità anche rispetto a categorie professionali che in passato avevano minori occasioni formative.
- *Primato della qualità.* L'introduzione del sistema ECM non solo ha moltiplicato le opportunità di accesso alla formazione, ma ne ha mantenuto e migliorato la qualità. Oltre a riconoscere una maggiore attenzione ai reali bisogni formativi dei professionisti, è opinione diffusa che gli eventi accreditati siano caratterizzati da una buona qualità; in altre parole, accanto ad una logica del "corsificio che distribuisce bollini", espressa solo nell'indagine qualitativa, sembra a tutti evidente l'attivazione di un sistema volto al miglioramento qualitativo dell'offerta formativa.

⁵ Si riportano qui, per le evidenti analogie e l'interesse che possono suscitare, le conclusioni che sono state tratte dal gruppo che ha condotto l'indagine a livello nazionale utilizzando i dati di tutte le regioni partecipanti. Il testo completo è contenuto nel Rapporto conclusivo del Progetto pilota "Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM".

- *Ricadute dell'ECM sull'organizzazione.* Mentre è stata condivisa l'idea che l'ECM ha consentito agli operatori di soddisfare le proprie necessità di aggiornamento e di migliorare le proprie competenze professionali, diverse sono state le opinioni circa l'impatto dell'ECM sul versante organizzativo. Il tema dell'organizzazione del lavoro è risultato problematico in generale, sia per la complessità delle attività dei professionisti sia per la molteplicità di variabili che la caratterizzano. Esistono inoltre altre variabili problematiche costituite dalla gestione della turnistica, dalla cronica carenza di personale e dalla necessità dei professionisti di dedicare parte del tempo di lavoro ad attività formative.
- *Influenza degli sponsor.* Relativamente alla tematica dello sponsor, l'indagine ha rilevato una rappresentazione sostanzialmente positiva, che individua lo sponsor come un fattore ininfluenza in rapporto al corretto svolgimento degli eventi formativi, nonostante i *focus* esprimano anche una visione più negativa dello sponsor quale elemento inquinante del processo formativo, tanto da proporre la necessità di norme e procedure che ne disciplinino l'utilizzo.
- *Metodologie efficaci per la formazione.* È ormai consapevolezza diffusa che la formazione si debba avvalere di diverse metodologie formative per l'adulto: da quella d'aula a quelle di ricerca sul campo. Essendo la formazione radicata dove le persone lavorano, si è delineato un forte apprezzamento della formazione sul campo che, valorizzando il ruolo dell'esperienza e il contesto specifico lavorativo, consente di ridurre la distanza tra il luogo della formazione e il luogo di lavoro.
- *Professionisti come docenti/tutor.* La possibilità per gli operatori sanitari di ricoprire il ruolo di docente o tutor è stata percepita da tutti come un'importante occasione di sviluppo delle competenze individuali, oltre che una risorsa per l'Azienda. I professionisti interni infatti, in quanto parte integrante del lavoro del quale condividono dinamiche e problematiche, consentono la realizzazione di una formazione più contestualizzata.

Il cambiamento introdotto dall'ECM ha aperto prospettive che delineano scenari di innovazione rispetto all'attuale sistema. Dai risultati dell'indagine si possono intravedere alcuni fondamentali filoni di sviluppo, che potrebbero orientare la progettazione e l'attività dei prossimi anni.

- *Regole snelle e condivise.* È stata condivisa da tutti l'esigenza di individuare percorsi unici e condivisi di formazione, con regole snelle e facilmente fruibili, a livello sia aziendale, che regionale e nazionale, in modo da superare disomogeneità ed autonomie locali che possono avere una ricaduta negativa sulla qualità dell'ECM. L'utilizzo di un linguaggio comune rappresenta un elemento importante sia a livello locale di Azienda che più generale di raffronto con l'ambito nazionale o addirittura europeo. Da più parti infatti si è fatto notare che l'inserimento dell'Italia in Europa richiede l'attenzione all'implementazione di un sistema integrato, motivato anche

dall'attuale elevato fenomeno della mobilità dei professionisti. È stato inoltre suggerito di formalizzare, per chi ancora non lo avesse, un sistema di accreditamento regionale, che risulterebbe più flessibile nelle procedure e più capace di favorire una maggiore integrazione tra formazione e obiettivi aziendali e regionali.

- *Agganciare l'ECM a un sistema di competenze.* Auspicando il primato della qualità della formazione sul valore numerico dei crediti, si è ritenuto fondamentale passare da un sistema ancora molto ancorato all'anagrafe dei crediti a un modello orientato a garantire sviluppo di specifiche competenze dei professionisti, attraverso un collegamento diretto dei crediti allo sviluppo delle abilità. L'ECM dovrebbe strutturare un sistema che permetta al professionista di costruire un proprio percorso di formazione e di sviluppo personale e professionale. A tale proposito è risultata interessante la proposta di integrare la valutazione di gradimento e di efficacia dell'evento formativo con la formulazione di indicatori di impatto, che cioè consentano di misurare a distanza di tempo le competenze raggiunte sul campo. L'esigenza sarebbe poi di individuare indicatori comuni, di livello sia locale che più ampio (regionale), fino alla definizione di standard coerenti con l'EBM/EBN per rendere misurabile l'attività formativa e il cambiamento clinico, assistenziale e organizzativo.
- *Indirizzi sinergici per la formazione.* Si è ribadita l'importanza di una formazione mirata, cioè fortemente ancorata all'analisi dei bisogni formativi, agganciata alle competenze dei professionisti, ma anche in linea con gli indirizzi strategici dell'istituzione, che rappresenta il quadro contestuale di riferimento a cui legare gli eventi formativi. L'educazione continua deve assumere un ruolo di collegamento forte tra professionista e organizzazione, con una particolare attenzione a conciliare l'interesse del singolo con quello dell'istituzione di appartenenza, oltre che lo sviluppo di abilità professionali auspiccate dal soggetto con le competenze richieste dall'organizzazione, per garantire percorsi di sviluppo efficaci e coerenti. Dall'indagine è risultata inoltre la necessità di cogliere appieno anche il bisogno degli utenti/fruitori esterni, cioè del cittadino, della sua famiglia e del proprio contesto di vita. Infatti è emerso che raramente, per orientare le tematiche di educazione continua, si analizza attentamente il bisogno di salute del destinatario finale dell'azione di cura. Questa carenza potrebbe favorire una sorta di autoreferenzialità professionale nell'individuazione dei percorsi formativi.
- *Definizione di una struttura per l'ECM.* La fiducia verso la propria Azienda o ente di appartenenza come *provider* di formazione ha portato i soggetti coinvolti nelle diverse indagini ad auspicare un maggiore investimento di risorse economiche e umane nelle Aziende erogatrici di formazione. Si propone di definire una struttura per l'ECM, che preveda specifici percorsi di accreditamento delle attività formative e dei ruoli in esse coinvolti. Particolare rilievo hanno assunto infatti i profili dei docenti/formatori, per i quali si è auspicato un potenziamento delle competenze attraverso una formazione specifica. Uno degli aspetti da valorizzare nell'educazione continua è proprio quello della formazione dei formatori, i quali sono da ricercare prevalentemente tra le risorse interne al sistema. Parimenti, si è ritenuto fondamentale valorizzare la figura del tutor nelle diverse forme di tutorato presenti nei percorsi formativi in ambito sanitario.

Se da un lato è necessario prevedere forme di riconoscimento di ruolo e di incentivazione anche in ambito contrattuale, dall'altro risulta innegabile il bisogno di formazione per questo operatore, che esprime a tutto campo una professionalità poliedrica (*coach, mentor, counselor, ...*) a sostegno dell'apprendimento.

- *Sviluppo del sistema ECM.* Rispetto all'attuale sistema di educazione continua, sono emersi alcuni aspetti peculiari che richiederebbero di essere considerati a completare la disamina sopra esplicitata, al fine di rendere il sistema più efficace e completo. Un elemento di rilievo è costituito dalla necessità di stabilire e utilizzare criteri omogenei per progettare, condurre e valutare la formazione sul campo, che ancora viene percepita come metodologia poco conosciuta e relativamente poco diffusa e sulla quale investire nuovi e ulteriori apprendimenti. Nell'ambito delle attività formative della FSC, ha acquisito rilievo il ruolo della ricerca, per la quale sono state proposte strategie di valorizzazione e di implementazione in tutte le sue fasi perché il percorso di apprendimento risulti completo per tutti i professionisti di area sanitaria. Per quanto riguarda le modalità di finanziamento della formazione, l'utilizzo dello sponsor ha assunto una connotazione tutto sommato positiva: di fronte a qualche parere più pessimista, si è suggerita la necessità di stendere procedure precise a disciplina dell'utilizzo di questa possibile risorsa economica. Rispetto ai crediti, rimane aperto il problema di avere informazioni precise su quale è il valore dei crediti e il loro destino (inserimento nel curriculum, da utilizzare per progressione di carriera, spendibilità in ambito nazionale ed europeo, ...) e cosa accade a chi non consegue il numero di crediti previsto. È stata inoltre avanzata la proposta di estendere l'obbligo ECM a tutte le professioni, non solo a quelle sanitarie, perché la salute è tutelata grazie al contributo di tutti; se si vuole perseguire qualità, questa è data dall'insieme degli attori e dei fattori che contribuiscono per la propria parte al raggiungimento dei risultati del sistema sanitario: il benessere del cittadino.

6. Dagli Uffici formazione delle Aziende sanitarie

Accanto a considerazioni e valutazioni di scala regionale, è interessante anche mettere in luce i contributi e le differenze che si riscontrano nelle singole Aziende. È stato quindi chiesto ai responsabili degli Uffici formazione di sintetizzare gli elementi più significativi delle loro esperienze di questi anni, da cui emergono notazioni interessanti per le specificità e per la coerenza dell'insieme.

6.1. Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna⁶

Nell'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna, a partire dall'entrata a regime del sistema ECM, si è avvertita la necessità di garantire un livello sufficiente di attività formativa per i professionisti che dovevano maturare il numero di crediti formativi annuali. Il crescente numero di crediti richiesti a ogni professionista per ottemperare alla normativa sull'ECM ha fatto sì che si sviluppassero nuove forme e metodologie formative, tra cui la formazione a distanza e le attività di formazione sul campo.

L'incremento dell'offerta di formazione è stato realizzato attraverso una serie di azioni coordinate con lo scopo di garantire anche il livello qualitativo degli interventi formativi e l'ottimizzazione delle risorse.

Lo sforzo organizzativo e di adeguamento al cambiamento indotto dal sistema ECM è stato orientato in particolare verso:

- il rafforzamento della rete degli animatori di formazione aziendale che garantiscono il collegamento tra livello centrale e singolo dipartimento e si occupano della formazione all'interno della propria struttura dipartimentale;
- l'implementazione di metodologie formative che erano state, fino a quel momento, poco valorizzate.

L'implementazione e lo sviluppo delle metodologie formative "alternative" alla formazione d'aula è passata attraverso una riflessione condotta con il gruppo degli animatori di formazione, a cui è seguita una sperimentazione che ha fatto emergere i vantaggi che queste metodologie potevano apportare.

La sperimentazione della formazione sul campo e della FAD ha messo in luce un ventaglio di vantaggi di interesse per l'Azienda, per il professionista, per il formatore, e ha indotto la ricerca e l'attuazione di strategie per svilupparle, che possono essere così sintetizzate:

⁶ A cura di Carolina Guerrieri, Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna.

- le attività formative FSC e FAD sono state incluse nel piano delle attività di formazione aziendale ed è stato definito che attraverso queste modalità si dovesse coprire il 70% del fabbisogno formativo;
- gli animatori di formazione che componevano la rete sono stati formati con un corso specifico sulla progettazione e gestione delle nuove metodologie;
- programmi in FAD sono stati testati con operatori differenti e in varie aree disciplinari (tecnico-scientifiche e organizzative) per valutare il gradimento e le possibili problematiche relative ai diversi gruppi di utenti;
- sono state individuate le priorità formative realizzabili con queste modalità;
- sono stati individuati i corsi più facilmente fruibili;
- sono stati preparati eventi formativi mediante l'utilizzo di materiali durevoli;
- è stato verificato il grado di confidenza degli operatori verso le nuove tecnologie;
- è stata avviata l'alfabetizzazione informatica dei possibili utenti.

6.2. Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara⁷

Il sistema ECM si è inserito in un processo di rinnovamento della formazione all'interno dell'Azienda, caratterizzato da tre livelli di governo:

- il governo complessivo della formazione, sviluppato attraverso:
 - adozione di un PAF (Piano aziendale formativo) triennale, perché era necessario delineare gli interventi formativi con un respiro sufficientemente ampio da poterne governare complessivamente gli effetti e le ricadute sul personale, e allo stesso tempo definire un *budget* di riferimento chiaro;
 - definizione del sistema di monitoraggio del piano;
 - valutazione dello stesso;
 - creazione della rete dei referenti di formazione;
 - definizione dei piani formativi di dipartimento;
 - definizione della modalità di analisi del bisogno formativo attraverso la stesura dei PIF (Piani formativi individuali per i dirigenti medici e sanitari);
- la gestione di ogni singola attività formativa attraverso:
 - progettazione delle azioni formative;
 - gestione dei docenti, della logistica, ecc.;
- la realizzazione complessiva dell'attività didattica attraverso:
 - coordinamento didattico;
 - gestione e monitoraggio delle attività formative;
 - valutazione di gradimento e apprendimento delle singole azioni formative.

⁷ A cura di Loredana Gamberoni, Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara.

Obiettivi dei PAF nel quinquennio (sintesi dei più significativi)

Area tecnico-specialistica

- Contribuire alla riorganizzazione dei processi aziendali in modo da garantire la qualità dell'assistenza erogata attraverso il costante perfezionamento delle competenze tecnico-specialistiche e relazionali e il potenziamento delle competenze manageriali dei dirigenti e dei coordinatori.

Area organizzativa

- Contribuire al processo di dipartimentalizzazione attraverso la formazione dei Comitati di dipartimento per fornire i riferimenti per una corretta applicazione delle metodologie e degli strumenti di lavoro propri del Comitato.

Area comunicazione organizzativa

- Sviluppare competenze al lavoro interprofessionale, in particolare attraverso:
 - progetti formativi in grado di affrontare i temi del lavoro in *team* e della *leadership* con i dirigenti di struttura complessa e con i coordinatori;
 - percorsi di formazione-intervento (tipo *learning by doing*) per l'implementazione delle *équipe* interprofessionali;
 - contributi all'analisi dei percorsi delle professioni dell'area comparto per dare prospettive di lavoro e di qualificazione del potenziale dei professionisti.

Area comunicativo-relazionale

- Affrontare con percorsi di formazione-intervento (banchi di prova e *follow up*):
 - relazioni con pazienti e loro familiari in situazioni complesse, problematiche;
 - relazioni di *front office* con utenza interna ed esterna;
 - accoglienza con modalità transculturali di persone di altre culture;
 - colloquio motivazionale con pazienti problematici e i loro familiari.

Area metodologica

- Aggiornare, potenziare le competenze nell'ambito della metodologia della ricerca sia clinica che organizzativa.
- Concorrere a garantire l'efficacia delle prestazioni utilizzando idonei strumenti di verifica della stessa (*evidence based health care e clinical governance*).
- Formare alla *financial governance*.

Valutazione di impatto e trasferibilità della formazione

Nell'ultimo triennio si è data particolare rilevanza alla valutazione di impatto e trasferibilità della formazione all'interno dell'organizzazione utilizzando strumenti anche sofisticati quali il *balanced score card* per la valutazione di attività formative a grande impatto organizzativo.

Il punto di forza di tale metodologia riguarda la possibilità di misurare l'impatto della formazione in ambito operativo, in una prospettiva nuova, ossia in integrazione con la realtà organizzativa. Il valore aggiunto di tale metodologia è appunto la possibilità di monitorare alcune *performance* cliniche/organizzative, verificare l'andamento nel tempo e contestualmente ipotizzare alcuni nessi di causa effetto, ossia come incidere su alcuni elementi di sistema per ottenere i risultati desiderati.

Formazione a distanza

Nell'ultimo biennio si sono costruiti materiali e metodi per la formazione a distanza su tematiche ritenute rilevanti per il personale, per evitare l'acquisto di pacchetti pre-costituiti non sempre in linea con i bisogni formativi rilevati utilizzando la rete intranet e internet. L'utilizzo della piattaforma aziendale ha permesso di contenere molto il costo dell'iniziativa.

Formazione sul campo

Dopo un primo approccio non molto entusiasta del personale, si è messo a punto un sistema di:

- monitoraggio dell'attività esistente, che si è rivelata più consistente del previsto (esempio: tutorato dei neo-assunti, discussione casi clinici, partecipazione ad *audit*, partecipazione a progetti di miglioramento, partecipazione a progetti di ricerca in collaborazione con l'Università);
- definizione di nuove modalità quali *journal club*.

Criticità

La considerazione da parte di alcuni dipendenti (soprattutto dell'area comparto) che il sistema ECM serva solo all'acquisizione di "punti" e il rischio che in tal modo la formazione diventi null'altro che un "corsificio" e gli Uffici formazione strumenti notarili di registrazione amministrativa dei crediti è stato il punto critico principale.

La struttura organizzativa della formazione ha invece sempre lavorato per far diventare l'obbligo ECM un'opportunità in più, soprattutto per il personale più renitente e per organizzare solo attività utili sia all'Azienda per perseguire gli obiettivi posti, sia ai professionisti per mantenere le competenze e svilupparne di nuove.

6.3. Azienda ospedaliero-universitaria di Modena⁸

Durante questi cinque anni di sperimentazione del programma ECM, l'Azienda è riuscita senza difficoltà ad adattare al pre-esistente sistema di *knowledge* interno le impostazioni del nuovo programma, sempre monitorando il livello di qualità della formazione percepita, in termini sia di metodologie didattiche che di contenuti.

Il programma ECM ha sicuramente incrementato la diffusione di una cultura di formazione continua nella realtà organizzativa e ha inoltre sensibilizzato ruoli e attività direttamente legati al processo formativo (analisi del fabbisogno formativo e individuazione e valorizzazione dei referenti di formazione di dipartimento).

Si è ritenuta particolarmente significativa la possibilità di valorizzare - attraverso l'apprendimento sul campo (ASC) - attività e pratiche già presenti nell'Azienda e si è altresì spinto per la diffusione di questa metodologia attraverso percorsi specifici di formazione.

Un ulteriore valore aggiunto è stato sicuramente il riconoscimento dell'importanza e della valenza formativa dell'attività di tutorato (ASC e guide di tirocinio).

6.4. Azienda ospedaliero-universitaria di Parma⁹

L'introduzione del sistema ECM ha posto il Settore formazione dell'Azienda di fronte a problematiche sia di carattere culturale che organizzativo. Infatti il Settore ha cercato di diffondere una cultura della formazione fondata sull'integrazione fra attività formativa individuale e attività di formazione organizzata dall'Azienda e contemporaneamente ha cercato di mettere a punto un processo della formazione che comprendesse le strutture, le risorse, le responsabilità, gli indirizzi della direzione, le procedure idonee a garantire l'attuazione del Piano formativo e la valutazione dell'attività formativa svolta (questo punto è ancora in fase di sviluppo).

Il riordino organizzativo del processo della formazione ha coinciso con il coinvolgimento della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Parma, tramite la stipula di una convenzione finalizzata ad ottimizzare e valorizzare la professionalità degli operatori attraverso iniziative di formazione e aggiornamento.

La convenzione ha previsto l'iscrizione congiunta come *provider* presso la Regione Emilia-Romagna e ha sancito un principio paritario di accesso alle iniziative di aggiornamento - organizzate sia dall'Ospedale che dall'Università - di tutti gli operatori dipendenti dalle due istituzioni.

Il risultato di questa integrazione è stata l'elaborazione nel corso degli anni di Piani formativi che fossero documenti programmatici delle due istituzioni. Nello specifico la programmazione ha teso a valorizzare la ricerca, consentendo alla stessa di elevare la qualità assistenziale.

⁸ A cura di Paola Vandelli, Azienda ospedaliero-universitaria di Modena.

⁹ A cura di Giovanna Artioli, Azienda ospedaliero-universitaria di Parma.

Gli obiettivi principali perseguiti nel triennio hanno riguardato la diffusione del modello assistenziale, la qualità e l'accreditamento, la presentazione dei percorsi di cura e dei percorsi diagnostici, la relazione con il paziente e i familiari, l'informatizzazione. A livello dipartimentale si sono realizzate principalmente iniziative di carattere clinico e tecnico-professionale specifiche.

Un punto di forza di questo processo è rappresentato dal fatto che progressivamente la formazione si sta trasformando in uno strumento di innovazione organizzativa, emancipandosi da una funzione esclusivamente didattica. La criticità del processo rimane l'attenzione degli operatori spostata ancora sulle modalità di acquisizione dei crediti piuttosto che sul processo complessivo.

6.5. Azienda ospedaliera di Reggio Emilia¹⁰

Gli aspetti che hanno caratterizzato l'esperienza di questi cinque anni di ECM si possono così sintetizzare:

- lo sviluppo progressivo dei *network* per la pianificazione e la gestione della formazione;
- la nascita, lo sviluppo e l'acquisizione di diversi modelli formativi;
- la crescita di sistemi di relazione a vari livelli: interdipartimentali, interaziendali (con l'Azienda USL), provinciali e in ambito di Area vasta Emilia Nord.

Sviluppo di un network per pianificare e gestire la formazione

L'Azienda ospedaliera ha sviluppato un *network* di risorse umane e tecnologiche per la pianificazione e la gestione della formazione che sono costituite da:

- riorganizzazione di un Servizio formazione;
- stabilizzazione e valorizzazione della già esistente Rete dei referenti dipartimentali e di UO per la formazione.

Il Servizio formazione e i Referenti dipartimentali costruiscono il Piano aziendale formativo, strumento di integrazione tra i bisogni formativi, le priorità aziendali e le compatibilità economiche.

Le infrastrutture tecnologiche sono costituite da:

- acquisizione di tecnologie *hardware* e *software* per l'operatività di tutta la rete, in particolare è stato acquistato un *software* dedicato alla gestione delle risorse umane per la formazione, finalizzato alla costruzione di un curriculum formativo professionale, che permetta anche di monitorare la situazione ECM del singolo professionista, oltre che la produzione e i costi delle attività formative;
- creazione di uno spazio nella intranet aziendale dedicato alla gestione della formazione e all'informazione sulle attività formative;

¹⁰ A cura di Salvatore De Franco, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia.

- nascita del Catalogo elettronico delle offerte formative per esterni, un'occasione per arricchire e dare continuità all'ECM, consentendo ai professionisti sanitari di fruire di un'offerta formativa accreditata e di buon livello nel territorio provinciale.

Nascita, sviluppo e acquisizione di diversi modelli formativi

Nel 2002 la formazione in Azienda era prevalentemente costituita da singoli convegni accreditati con il Programma ECM nazionale, che vedeva nelle lezioni frontali la tipologia didattica prevalente. L'avvio del Programma ECM regionale ha favorito l'evoluzione e la crescita di diverse tipologie di formazione, poiché ha sviluppato modelli didattici sempre più vicini alle esigenze del professionista (formazione sul campo, formazione a distanza e auto-apprendimento). In particolare:

- la necessità di sviluppare abilità - oltre che conoscenze e competenze - ha valorizzato e formalizzato le attività professionali dando loro una valenza formativa attraverso modelli di formazione sul campo;
- la disponibilità di risorse scientifiche elettroniche accessibili a un numero crescente di operatori ha reso possibile lo sviluppo dell'*e-learning* e la messa a punto di progetti di formazione a distanza;
- la necessità di costruire nuovi percorsi formativi attraverso l'utilizzo di metodologie che integrino le diverse tipologie di formazione esistenti: residenziale, sul campo e a distanza;
- la nascita di un orientamento alla formazione per la ricerca.

Crescita di sistemi di relazione a vari livelli

Il programma ECM ha permesso di sviluppare collaborazioni e integrazioni:

- all'interno dell'Azienda, tra le Unità operative dello stesso dipartimento e tra i diversi dipartimenti;
- con l'Azienda USL di Reggio Emilia;
- a livello provinciale con Società e Associazioni scientifiche, Ordini professionali, Agenzie di formazione e strutture universitarie,
- in ambito di Area vasta Emilia Nord.

Punti di forza del sistema ECM

Per l'organizzazione: il sistema ECM ha consentito di valorizzare a livello aziendale l'impegno nella formazione continua, cercando di ricondurla all'interno della negoziazione del *budget* aziendale.

Per i professionisti: tutte le professioni vengono coinvolte nel processo di formazione, consentendo così una maggiore integrazione e interazione tra le diverse figure professionali e le diverse discipline.

Per i pazienti: miglioramento delle *performance* tecnico-professionali e relazionali.

Punti di debolezza del sistema ECM

Per l'organizzazione:

- mancanza della formalizzazione normativa di linee guida univoche per la formazione, a cui adeguare i vari percorsi formativi;
- mancanza di un *database* regionale al momento della chiusura dell'evento formativo, la cui memoria rimane solo in sede aziendale.

Per i professionisti:

- mancanza di una modalità di valorizzazione dei professionisti impegnati nella rete della formazione;
- mancanza di un sistema premiante conseguente al raggiungimento dei crediti ECM.

Per i pazienti e i cittadini: il sistema ECM non è visibile.

6.6. Azienda USL di Bologna¹¹

Al termine dei 5 anni dall'introduzione dell'ECM la riflessione porta a sottolineare in modo particolare i cambiamenti culturali che si sono innescati e che hanno portato a modificare anche i significati e le azioni in ambito formativo.

Un primo elemento è che la formazione sempre più è stata pensata come un elemento di crescita e di potenziamento dell'identità professionale e contemporaneamente come uno strumento a supporto dei cambiamenti organizzativi e culturali presenti nell'Azienda che ha attraversato notevoli turbolenze negli ultimi anni.

Rispetto alle tematiche sopra esposte, da anni il Servizio formazione aziendale porta avanti un Progetto "Sviluppo competenze trasversali" che parte dalla premessa che le profonde trasformazioni organizzative in atto nel mondo sanitario richiedono ai professionisti sempre più strumenti per riflettere sul proprio agire al fine di individuare comportamenti e atteggiamenti efficaci per rispondere ai bisogni delle persone e del contesto di lavoro. Oltre a potenziare le competenze tecniche professionali quindi, ci si è posti la finalità di sviluppare anche competenze emotive, relazionali e organizzative.

Si sono inoltre incrementate molte iniziative a supporto del modello organizzativo aziendale. Per citarne alcune: corso per l'Alta dirigenza, corsi per i direttori e gli Uffici di direzione dei dipartimenti e distretti, per i programmi trasversali, per il governo clinico, ecc.

Inoltre, l'attenzione posta dal Programma ministeriale e regionale sul sistema ECM ha responsabilizzato tutti gli operatori nell'avere cura della propria formazione, sollecitando anche la formazione aziendale ad ampliare la conoscenza e la qualità delle proposte formative presenti nel PAF annuale. Ci si è impegnati nel ben progettare e nel far conoscere a tutti i professionisti la formazione che viene effettuata all'interno dell'Azienda.

¹¹ A cura di Anna Castellucci, Azienda USL di Bologna.

Tutte le attività formative organizzate dai dipartimenti/distretti/*staff* sono accreditate direttamente dal Servizio formazione che, oltre a provvedere alle verifiche sulla progettazione, si fa carico di inserire nella intranet aziendale tutte le iniziative validate e in via di attivazione.

Questo ha comportato una maggiore connessione tra le diverse strutture aziendali, con conseguente aumento dei percorsi trasversali (con approccio interprofessionale e multidisciplinare) e anche, grazie all'attenzione posta alla valutazione della progettazione dei corsi, una migliore risposta ai bisogni formativi.

Un altro elemento importante è stata l'introduzione nel tempo di diverse metodologie formative. In una fase iniziale erano prevalenti le modalità di formazione in aula (residenziale). Oggi le modalità spaziano dalla formazione residenziale alla formazione sul campo, alla FAD, alla formazione ricerca-intervento e all'auto-formazione, privilegiando modalità interattive e soprattutto ponendo attenzione alla coerenza tra obiettivi formativi e metodologie didattiche utilizzate, anche attraverso una puntuale definizione degli obiettivi dell'apprendimento.

In questi anni molta riflessione e impegno sono stati rivolti alla funzione tutoriale e al ruolo del tutor. Si è partiti dalla definizione dei compiti e dallo sviluppo delle competenze del tutor di tirocinio, per arrivare ad interrogarsi sulle diverse tipologie di *tutorship* presenti nelle attività formative dell'Azienda: tutor per la formazione sul campo, tutor didattico (l'Azienda è sede formativa per i corsi di Laurea in infermieristica), tutor di auto-formazione (è avviato un progetto sperimentale di auto-formazione *Scire litteras*).

Tante altre cose sono state fatte, ma l'elenco privo della riflessione sulle fatiche e sugli errori da cui si è appreso rischia di essere poco utile.

La formazione aziendale è inoltre certificata ISO 9001: 2000.

6.7. Azienda USL di Ferrara¹²

L'avvio del sistema di ECM ha sicuramente prodotto un ulteriore impulso alla formazione del personale, con l'obiettivo primario di concorrere a promuovere l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale, in un contesto fortemente caratterizzato dall'innovazione e dal mutamento della domanda di salute della popolazione e dalla conseguente necessità di adeguare continuamente le competenze dei professionisti.

D'altra parte, la previsione dell'obbligo normativo dell'acquisizione dei crediti poteva comportare il rischio di far perdere di vista l'effettivo valore culturale della formazione continua, motivando gli operatori a partecipare ai corsi innanzitutto per la necessità di conseguire i crediti formativi previsti.

In realtà l'Azienda, grazie all'esperienza consolidata negli anni, ha cercato di trasformare in opportunità quelli che potevano apparire vincoli, facendo leva sulla programmazione

¹² A cura di Gianna Paparella, Azienda USL di Ferrara.

formativa, sullo sviluppo delle competenze di progettazione e sul coinvolgimento e la condivisione.

Innanzitutto, il sistema di governo della formazione si traduce nel Piano formativo annuale, fondamentale strumento strategico di pianificazione definito in coerenza con gli obiettivi nazionali e regionali e con le strategie aziendali e costruito secondo un percorso chiaro e condiviso e con il coinvolgimento degli operatori.

Un significativo investimento in termini di formazione e consulenza interna ha portato a sviluppare le competenze di progettazione tra i professionisti, che hanno imparato a progettare eventi formativi in modo più rigoroso rispetto al passato, con criteri e indirizzi comuni, secondo un percorso definito e condiviso.

Per sostenere il processo di cambiamento e le novità si sono individuate strategie organizzative e percorsi che hanno favorito la costruzione di nuove sinergie tra la formazione aziendale e i professionisti coinvolti nella progettazione, realizzazione e valutazione degli eventi formativi.

Si è consolidata la Rete aziendale della formazione intesa come risorsa a supporto della gestione e sviluppo dei processi relativi alle attività formative, che consta di un cospicuo numero di professionisti: 70 responsabili e referenti dipartimentali di formazione, 12 referenti amministrativi dei distretti e macrostrutture e circa 300 responsabili di corso.

Valutazioni complessive sul periodo sperimentale 2002-2006

L'offerta formativa aziendale ha largamente risposto alle esigenze dei professionisti di acquisire i crediti formativi dal 2002 al 2006, coprendo il debito formativo.

In questi 5 anni di programma sperimentale ECM, si è rafforzato l'orientamento di privilegiare i percorsi formativi interni, in grado di introdurre una maggiore flessibilità nell'organizzazione e di rispondere in modo più adeguato agli obiettivi strategici aziendali.

Di pari passo è progressivamente aumentato il numero dei corsi realizzati con docenti interni, a conferma della politica aziendale a sostegno della valorizzazione delle risorse interne e riconoscimento delle competenze possedute.

In seguito all'introduzione della sperimentazione regionale della formazione sul campo, che consentiva di riconoscere come apprendimento professionale quelle attività ed esperienze di lavoro che hanno alto valore formativo nello sviluppo della qualità dell'assistenza e dell'organizzazione, a partire dal 2004 l'Ufficio formazione ha organizzato una formazione specifica in tema di FSC, rivolta ai coordinatori dei profili sanitari e tecnici aziendali, individuati come destinatari dell'intervento formativo in quanto professionisti con un ruolo chiave nel processo di apprendimento dei propri collaboratori.

Sviluppare le competenze formative di questi professionisti in merito alla progettazione e realizzazione di percorsi di formazione sul campo ha significato potenziare la loro figura di coordinamento sul piano delle competenze gestionali orientate all'analisi della propria realtà organizzativa e bisogni di apprendimento, favorendo quindi il loro essere al centro di condizioni di *empowerment*, intese come processo di sviluppo delle potenzialità dei propri collaboratori.

6.8. Azienda USL di Imola¹³

Missione impossibile ...

Un sistema di criteri e regole molto stringenti da conoscere e da diffondere, numero di crediti in aumento nel quinquennio, *budget* aziendale di riferimento pressoché stabile, dipendenti curiosi e desiderosi di raggiungere i crediti, subito, tutti e nel più breve tempo possibile, Servizi formazione assediati dalle telefonate e con esigue risorse umane dedicate ...

Sembrava proprio impossibile, e invece dopo il generale sconforto iniziale sono trascorsi cinque anni e l'occasione di questa breve relazione fornisce la possibilità di riflettere sul percorso compiuto e di fare un bilancio di questa esperienza che tutto sommato alla fine si è rivelata positiva!

Uno sguardo sul professionista

L'ansia del credito da parte del professionista si è trasformata in un'attenzione alla qualità proposta nelle varie offerte formative presenti sul mercato. Oggi il professionista è più attento e sceglie. Sempre più non formazione tanto per fare, ma poiché si deve fare, allora è per cambiare, migliorare, modificare atteggiamenti, comportamenti, prestazioni, conoscenze.

È anche un professionista che sempre di più rispetto al passato cura e mantiene aggiornata la sua posizione relativamente ai percorsi formativi forniti. È un operatore che è più curioso e disponibile a sperimentare tipologie di formazione alternative alla tradizionale di tipo residenziale.

Uno sguardo sull'organizzazione

Il sistema ECM è stata un'occasione per creare sinergie tra mondi professionali diversi aumentando la possibilità di confronto, l'integrazione tra entità fra loro fino a poco tempo prima isolate e l'inizio di percorsi condivisi. Sempre di più è aumentata la presenza di iniziative a carattere trasversale aziendale o intradipartimentale, che hanno come partecipanti gruppi multiprofessionali. L'evento formativo è diventato così un'occasione, uno strumento che contribuisce a concretizzare sinergie tra i diversi attori del processo di cura.

È stata sicuramente incentivata la formazione interna a discapito di quella esterna e via via si è avuto un dimensionamento più razionale e ponderato delle iniziative che vengono proposte. Non solo, questo procedere ha anche stressato i vari professionisti a ricercare il legame tra evento formativo e perseguimento di obiettivi nazionali piuttosto che regionali e quindi aziendali.

Il rigore ECM ha generato la necessità di procedere con un metodo che da vincolo è stato tradotto in opportunità di miglioramento dei progetti pensati da parte dei professionisti.

¹³ A cura di Orietta Valentini, Azienda USL di Imola.

Uno sguardo sugli Uffici formazione

Si sono organizzati, pur con i possibili margini di miglioramento ancora ottenibili.

Il sistema ECM ha spinto l'attenzione su aspetti importanti (percentuale di presenza, criteri di valutazione, ...) che sono stati disseminati nei professionisti e che hanno iniziato ad educare a un approccio diverso alla formazione.

Gli Uffici formazione hanno migliorato qualitativamente i percorsi formativi supportando i professionisti nelle fasi di progettazione e attraverso questa opportunità, hanno anche contribuito alla diffusione di un approccio metodologico serio e rigoroso.

Quali criticità?

- Una certa difficoltà percepita a garantire l'adesione a questo sistema di regole rigido in un contesto organizzativo che sempre di più è dinamico, flessibile.
- Un approccio alla valutazione dell'apprendimento che valorizza prevalentemente metodologie e strumenti classici.

Consapevoli del fatto che

È ciò che facciamo di quello che abbiamo e non quanto ci viene dato, ciò che fa la differenza (Nelson Mandela),

a distanza di cinque anni si può affermare di aver collaborato nel far sì che questo sistema ECM abbia iniziato a promuovere questo cambiamento positivo percepito.

6.9. Azienda USL di Modena¹⁴

Considerazioni generali

Per lo sviluppo e l'implementazione del programma nazionale e regionale ECM, l'Azienda USL di Modena nel corso di questi anni ha attivato uno Sportello di consulenza didattica che fornisce progettisti di formazione, esperti di metodo, facilitatori del processo di apprendimento, valutatori degli interventi formativi. Ha creato inoltre uno Sportello ECM *Point* per supportare i responsabili degli eventi formativi e la rete dei referenti nella richiesta degli accreditamenti degli eventi formativi.

In questo arco temporale, Agefor (la struttura organizzativa aziendale dedicata alla formazione) è stata individuata come *partner* da diversi attori istituzionali e non, tra questi Ordini e Collegi professionali provinciali e regionali, ospedali privati accreditati, centri di formazione che operano nell'ambito *e-learning*.

Con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono stati approvati protocolli operativi. Per gli specialisti ambulatoriali sono stati predisposti pacchetti formativi dedicati, ad esempio i corsi di formazione BLS e PBLSD e la partecipazione all'offerta formativa aziendale.

¹⁴ A cura di Franca Capotosto, Azienda USL di Modena.

Con gli ospedali privati accreditati della provincia sono state stipulate convenzioni per l'organizzazione di corsi di formazione *in house* e per la partecipazione di operatori delle strutture private a eventi organizzati dall'Azienda USL di Modena.

Con gli Ordini e i Collegi professionali sono state stipulate convenzioni apposite per avvalersi della collaborazione dell'Azienda USL, al fine di richiedere al Ministero della salute e - per i soli eventi formativi che rientrano nel Piano formativo aziendale - alla Regione Emilia-Romagna l'accreditamento di eventi formativi secondo le modalità previste dalla normativa.

Sistema qualità e sistema informativo

Nel 2005 Agefor ha ottenuto la certificazione del suo Sistema qualità secondo quanto previsto dalle norme ISO 9000:2000. Questo traguardo è stato raggiunto dopo la verifica ispettiva realizzata dall'organismo di certificazione Cermet.

L'adozione di un Sistema qualità da parte di un organismo di formazione significa riconoscere l'importanza della gestione dei processi sui risultati di soddisfazione dei clienti, ma anche saper collegare e integrare tale approccio con altre iniziative, quali lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali, l'innovazione organizzativa, l'innovazione metodologica (metodologie di progettazione, erogazione e valutazione). La costruzione di un Sistema qualità costituisce un'importante opportunità verso l'interno per razionalizzare i processi e gli strumenti di lavoro. Chiederne la certificazione costituisce inoltre un elemento per garantire e rendere visibili all'esterno l'efficacia e la continuità dell'impegno nel monitoraggio dei processi e del miglioramento continuo.

La definizione del Sistema qualità di Agefor ai fini della certificazione ISO 9000:2000 e l'istituzionalizzazione del programma ECM hanno richiesto la progettazione di un modello informativo adeguato. Forges costituisce lo strumento di supporto allo sviluppo di tale modello in quanto consente la gestione, autovalutazione, monitoraggio e *reporting* dell'attività formativa destinata al personale dipendente. La sua installazione nella rete aziendale prevede l'utilizzo da tutte le sedi periferiche dell'Azienda per l'inserimento nel sistema dei dati delle singole attività formative. L'aspetto peculiare di questo *software* è la capacità di gestire, attraverso l'anagrafe del personale, la formazione svolta dai dipendenti e la registrazione, per tutte le professioni coinvolte, dei crediti ECM.

Nel progettare l'applicativo si è cercato di dare risposta alla necessità di disporre di un sistema di *reporting* (indicatori, dati, analisi, ecc.) necessario a valutare e migliorare le attività formative erogate all'interno e all'esterno (dipendenti, professionisti convenzionati, ecc.); debiti informativi istituzionali; esigenze poste dal Sistema qualità di Agefor alla luce della certificazione ISO 9000:2000; assegnazione dei crediti ai partecipanti per gli eventi formativi ECM; gestione informatizzata dei curriculum formativi dei dipendenti.

Il sistema informativo di Agefor, con il supporto di Forges, consente di avere - oltre alle informazioni gestionali delle attività formative - dati sulla valutazione complessiva dei programmi di formazione annuale quali: dati di qualità percepita delle iniziative, valutazione dei docenti, singole voci di costo degli eventi.

In definitiva il sistema di *report* generato da Forges permette di analizzare in modo personalizzato le variabili di interesse, in modo tale da confrontare quanto pianificato con quanto effettivamente realizzato. Il cuore dell'applicativo informatico è idoneo alla gestione del sistema ECM, infatti è stato possibile costruire una banca dati anagrafica del personale, con i curriculum formativi costantemente aggiornati per tutti i dipendenti con obbligo di maturare i crediti ECM.

Nell'ambito del programma ECM sia nazionale che regionale è importante presidiare l'attività di aggiornamento effettuata presso terzi ai fini del monitoraggio complessivo dell'acquisizione dei crediti per il personale con obbligo. Si sta pertanto sviluppando un applicativo per la gestione delle iniziative di aggiornamento esterno costituito da 2 parti: una riservata alla richiesta di partecipazione a un evento, l'altra riservata ai responsabili delle macrostrutture che permetterà di avvallare l'iniziativa completando le informazioni utili come rimborsi, crediti formativi. L'applicativo gestirà anche i *budget* assegnati alle varie strutture aziendali e ai centri di costo.

Priorità

Fra le aree tematiche di formazione più rilevanti per l'Azienda USL di Modena, prioritarie e coerenti con il piano delle azioni regionale, ci sono stati in questi anni gli interventi formativi nel campo dell'emergenza-urgenza.

In modo coerente con il fatto che il Nuovo ospedale civile S. Agostino Estense è sede del Dipartimento di emergenza di 2° livello della provincia di Modena, Agefor ha investito notevolmente nella formazione degli operatori sulle tematiche dell'emergenza-urgenza. Si sono diffuse le tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base e pediatrica; si è cercato di condividere le procedure diagnostiche e terapeutiche da attuare in emergenza; sono stati addestrati all'uso del defibrillatore semiautomatico e automatico gli operatori coinvolti nel progetto di defibrillazione precoce sul territorio e il personale dell'emergenza territoriale nel campo delle emergenze non cardiologiche e non traumatiche in ambito extraospedaliero con una serie di 14 corsi diversi.

Lo scopo di queste iniziative di formazione è stato un miglioramento globale dell'assistenza nelle situazioni di emergenza, in particolare dell'assistenza ai gravi traumatizzati in fase acuta (con indicatori delle morti precoci, delle morti tardive e delle morti evitabili) per arrivare ad avere procedure condivise e omogenee nella rete *hub and spoke*, come previsto dal Piano sanitario regionale.

In modo coerente con le indicazioni regionali, Agefor ha iniziato ad implementare tipologie diverse di formazione, per esempio la formazione sul campo. La possibilità di utilizzare per l'apprendimento direttamente le strutture sanitarie, le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali e le occasioni di lavoro costituiscono un terreno assai fertile per la formazione, che è tuttora poco utilizzato. Questo approccio offre inoltre la massima possibilità di essere legato alle specifiche esigenze di sviluppo dei servizi e di miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e di comportamenti organizzativi. Le modalità di apprendimento nelle diverse circostanze possibili sono simili tra loro, anche se cambiano i contesti

e le finalità (ricerca e organizzazione di documentazione, lettura e discussione in gruppo, analisi di casi, redazione, presentazione e discussione di elaborati, impegno operativo diretto con supervisione, ecc.).

Per approfondire la riflessione sugli sviluppi della formazione sul campo nel sistema sanitario regionale, Agefor partecipa a un gruppo di lavoro regionale per produrre una valutazione generale sulla ricaduta di questa metodologia attraverso l'organizzazione di *focus group* con i referenti di progetto.

Criticità

In considerazione del fatto che la fase sperimentale del programma ECM è giunta al termine, occorre che a livello di Commissione ECM nazionale e in sede di Conferenza Stato-Regioni vengano ridefiniti tutti gli aspetti critici che in questo periodo sono stati sollevati dagli addetti ai lavori. In particolare, occorre che vengano rivisti i temi di formazione e gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con il coinvolgimento di Ordini, Collegi e Società scientifiche. Devono essere definiti i requisiti per accreditare i *provider*. Occorre definire il numero di crediti da conseguire e il periodo di riferimento.

Inoltre, per facilitare l'acquisizione dei crediti per tutte le categorie professionali occorre avviare, con requisiti definiti, la formazione a distanza e disciplinare la formazione sul campo.

Altro aspetto importante su cui prendere decisioni importanti è la questione del conflitto d'interessi, per garantire che l'informazione e l'attività educativa sia obiettiva e non influenzata da interessi diretti o indiretti (sponsor, fornitori, creditori) che ne possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti e operatori dell'Azienda.

6.10. Azienda USL di Parma¹⁵

Nel quinquennio è maturata la tendenza ad organizzare l'attività formativa aziendale attraverso una metodologia a progetto, che consente una rapidità di adattamento ai cambiamenti di lavoro e una risposta efficace a un crescente bisogno di una gestione integrata-trasversale e coerente con i Piani annuali delle azioni.

Allo stato attuale sono in fase di realizzazione 6 progetti elaborati secondo un progetto metodologico denominato Ponte, collocato a supporto dello sviluppo trasversale dell'Azienda, tale da declinare operativamente *vision* e *mission* su un arco temporale pluriennale. Sono progetti che prevedono una fase formativa strettamente integrata agli aspetti di ricerca-innovazione, assistenza e qualità-accreditamento, che si sostanziano in tematiche di rilevanza interaziendale quali:

¹⁵ A cura di Alda Cozzi, Azienda USL di Parma.

- sviluppo delle competenze di direttori di struttura complessa in materia di *clinical governance*;
- governo clinico aziendale;
- sistema di gestione del rischio;
- percorso aziendale per la gestione integrata delle patologie allergiche;
- percorso di implementazione delle verifiche di accreditamento istituzionale;
- accoglienza.

Il paradigma formativo che meglio si è prestato a sostenere lo sviluppo attuale del sistema, soprattutto per la forza didattica che possiede nel coinvolgere direttamente gli operatori nel miglioramento e innovazione, è rappresentato dalla formazione sul campo.

Le tipologie più utilizzate, sicuramente in quanto si tratta di attività già largamente presente nelle *routine* organizzative, sono le attività di addestramento/affiancamento e quelle di miglioramento, oltre alla proceduralizzazione dell'attività del Comitato etico nella metodologia della ricerca e studio.

Le finalità sono state prevalentemente tecnico-professionali, nella forma dell'abilità pratica, anche se sono stati realizzati eventi con obiettivi gestionali e relazionali; coerentemente, lo strumento maggiormente utilizzato è stata la prova pratica, oltre alla relazione finale del tutor o del responsabile del corso circa l'evidenza documentale prodotta o l'adesione a linee guida o gli esiti delle esercitazioni.

Sicuramente, una figura di sviluppo si è mostrata nel ruolo del tutor, che investe funzioni e competenze poliedriche, tendenzialmente di facilitatore nei processi di apprendimento, di *case manager* nelle attività di *audit* e di coordinamento in commissioni e comitati.

In questi anni di sperimentazione, l'Azienda ha progettato un'offerta formativa allargata ai professionisti che compartecipano alla definizione di livelli assistenziali, in un crescente coinvolgimento dei MMG e dei PLS, classificando le tematiche in tre principali categorie: argomenti di specifico interesse medico, innovazioni di carattere organizzativo-assistenziale e strumenti del governo clinico.

6.11. Azienda USL di Piacenza¹⁶

Considerazioni generali

Il quinquennio di sperimentazione ECM ha dato occasione di riflettere su alcune questioni, anche importanti, per la formazione che si fa nelle Aziende sanitarie, a cominciare dalla quantità di corsi di aggiornamento che si sono dovuti organizzare e gestire. Questo incremento esponenziale di volumi di attività ha dapprima insospettito sull'autenticità della motivazione e qualche volta provocato indignazione sulla scarsa qualità delle proposte, ma ha anche dimostrato quali possono essere le potenzialità, in termini sia di *know how* che di capacità organizzativa.

Dalla sperimentazione ECM viene anche un'altra lezione. Con le sue regole non sempre convincenti e le sue rigidità, il programma ECM ha comunque contribuito a risolvere l'annoso problema della raccolta dati. Il tavolo regionale arrancava sulla possibilità di avere pochi dati omogenei e confrontabili in tempi ragionevoli, ora tutti per lo meno raccolgono alcuni dati comuni obbligatori per la formazione accreditata.

La necessità di garantire tanti crediti a tanti operatori ha anche aguzzato l'ingegno collettivo e individuale. Dall'ingegno collettivo è nata la formazione sul campo, che ha dimostrato proprio sul campo una valenza tutt'altro che banale nell'ambito degli apprendimenti legati al saper fare, rivelandosi quindi una modalità strategica a supporto degli obiettivi aziendali.

Esperienze particolarmente significative

L'ingegno individuale, nel caso dell'Azienda USL di Piacenza, si è espresso in un maggiore coinvolgimento delle articolazioni aziendali e in una valorizzazione delle competenze dei professionisti, stimolati a diventare promotori di formazione e formatori loro stessi, oltre che fruitori.

Questo importante risultato è stato ottenuto grazie alla rete di animatori di formazione, strutturata in modo da garantire a tutte le articolazioni aziendali almeno due animatori, all'investimento in formazione per loro e al lavoro di supporto messo a disposizione dallo *staff* della formazione per le fasi di progettazione, con consulenza e modulistica *ad hoc*, produzione di materiale didattico e valutazione dell'apprendimento.

Il progetto è nato da una preoccupazione squisitamente gestionale-organizzativa, cioè la necessità di garantire a tutto il personale la partecipazione a corsi di aggiornamento accreditati e l'acquisizione dei crediti ECM attesi, compatibilmente con le risorse e le esigenze dell'operatività; ma nel suo farsi, il progetto stesso ha prodotto importanti cambiamenti culturali negli operatori sanitari, soprattutto presso chi identificava la formazione qualificata con la partecipazione ai congressi.

¹⁶ A cura di Lodovica Cavalli, Azienda USL di Piacenza.

Lavorando fianco a fianco è stato possibile prima confrontarsi su cosa sia formazione per gli operatori sanitari e poi valorizzare la trasmissione dei saperi che si riesce a fare solo sul lavoro, così come è stato possibile riconoscere che le competenze professionali e organizzative si strutturano e si modificano nel confronto costante con l'esperienza e con colleghi che la esercitano.

Priorità sulle quali si è investito

Per quanto riguarda gli obiettivi, nei cinque anni di sperimentazione l'aggiornamento obbligatorio ha certamente privilegiato gli obiettivi strategici dell'Azienda, nella logica di mettere in pratica il suggestivo concetto di formazione come leva strategica dell'organizzazione. Questo ha significato fare molta formazione a supporto dei cambiamenti organizzativi, ad esempio per implementare il modello regionale di accreditamento delle strutture sanitarie o per rendere omogenei i comportamenti organizzativi sul territorio aziendale.

Ma molto si è fatto anche per creare una sinergia positiva tra formazione, ricerca e innovazione. Il Programma Ricerca e innovazione dell'Emilia-Romagna (PRI E-R) in questo senso ha rappresentato un utile stimolo per i professionisti, che hanno visti riconosciuti i loro sforzi anche a livello regionale.

6.12. Azienda USL di Ravenna¹⁷

La formazione intesa come strumento strategico di governo clinico ha come scopo principale quello di garantire la qualità delle prestazioni erogate.

La formazione continua è da intendersi non solo come impegno individuale, pur originandosi da esso, ma come responsabilità condivisa fra organizzazione e professionista. Affinché l'attività di formazione continua non si traduca in una indiscriminata e passiva raccolta di crediti formativi ECM, è necessaria la comprensione di tale suddivisione di responsabilità.

Nel corso della sperimentazione si è evidenziata la necessità di progettare eventi formativi con una visione pedagogica di interazione e integrazione. Facendo un breve passo indietro, è possibile notare come la progettazione degli eventi formativi fosse in prima istanza semplificata, legata cioè a categorie di obiettivi formativi come ad esempio l'acquisizione di conoscenze cliniche e/o scientifiche, l'apprendimento di abilità pratiche, l'acquisizione di competenze trasversali. Ad ogni categoria di obiettivi formativi segue di fatto l'elaborazione di eventi o corsi basati su una metodologia didattica in grado di soddisfare, in maniera isolata, le diverse forme di apprendimento: interattivo, attivo, cooperativo.

¹⁷ A cura di Emanuela Manzari, Azienda USL di Ravenna.

Le metodologie formative residenziale, sul campo e a distanza, singolarmente utilizzate si sono manifestate talvolta limitate, in quanto non tengono conto della complessità del *target* al quale si rivolgono.

Si configura più efficace l'elaborazione di percorsi di apprendimento/formazione che valorizzino ciò che rende specifiche le tre diverse tipologie formative, integrandole fra loro.

Nella formazione sul campo è possibile notare un rapporto articolato di tipo riflessivo tra conoscenze teoriche e pratica. La FSC permette di confrontare/valutare le pratiche professionali attraverso la condivisione delle conoscenze ma soprattutto delle esperienze, permette di aggiungere valore pratico alle nozioni scientifiche. Con la diffusione dell'attività di FSC stanno progressivamente emergendo attività che i professionisti svolgono all'interno dell'UO e/o Dipartimento, per affrontare problematiche di tipo clinico e/o organizzativo, implementazione di sistemi di *audit*, mediante la costituzione di gruppi di studio, comitati, ecc.

La terza modalità formativa rappresentata dalla FAD, sperimentata nell'Azienda USL in collaborazione con le Aziende USL dell'Area vasta Romagna, ha permesso un primo confronto fra i professionisti che si sono dedicati al progetto stesso. Il vantaggio rappresentato da questa modalità è la libertà di accesso alle informazioni, selezionabili dallo stesso discente in base alle proprie conoscenze. La valutazione sull'utilizzo dei progetti realizzati in modalità FAD è tuttora in corso.

L'integrazione di formazione residenziale, sul campo e a distanza, formalizzando il legame fra teoria e pratica, è in grado di avviare un processo formativo sollecitando i vari aspetti del sapere che conducono a un miglioramento sia delle competenze professionali che delle capacità di governo.

6.13. Azienda USL di Reggio Emilia¹⁸

Recentemente si è sviluppata una forte attenzione a due obiettivi prioritari: informatizzazione dei processi formativi e valutazione delle competenze della dirigenza. Il lavoro svolto ha prodotto alcuni interessanti risultati:

- completa gestione dei dati relativi a tutta l'attività corsale prodotta in Azienda e di valutazione delle competenze;
- possibilità per i professionisti di avere informazioni sull'offerta formativa aziendale direttamente dalla intranet;
- possibilità di acquisire la documentazione del proprio curriculum formativo e delle valutazioni ricevute.

¹⁸ A cura di Corrado Ruozi, Azienda USL di Reggio Emilia.

Oltre a questi aspetti diretti principalmente al miglioramento del servizio offerto, sembra opportuno evidenziare quanto questi risultati possono essere riportati all'impegno più ampio di aumentare i livelli di informazione resi disponibili ai professionisti come modalità per migliorare il coinvolgimento nei processi di lavoro.

Si è cercato inoltre di sviluppare il più possibile una competenza metodologica nell'intera comunità professionale dell'Azienda che permettesse l'utilizzo della FSC come tecnologia agevole e diffusa a sostegno dell'attività di miglioramento delle unità operative. Pertanto, oltre a realizzare una cassetta degli attrezzi per il responsabile della FSC finalizzata alla semplificazione procedurale e al miglioramento della qualità documentale, si è dedicata particolare attenzione al mantenimento di opportunità di confronto e sensibilizzazione di quella che di fatto può essere ormai considerata la comunità di pratica dei responsabili di progetto della FSC.

Principali aree tematiche affrontate

Area governo clinico

- Progetto "Storie di cura": la caratteristica di questa iniziativa è stata quella di sviluppare percorsi di miglioramento dei servizi avendo come riferimento le storie dei pazienti e dei familiari nel loro rapporto con i servizi. Nel 2006 si sono concretizzati i risultati rispetto ai percorsi del paziente con broncopneumopatia cronico-ostruttiva, grave cerebrolesione e grave patologia cardiaca iniziati nel 2005. Sono inoltre iniziati progetti relativi al paziente oncologico e riabilitativo ambulatoriale.
- Gestione del rischio clinico: si sono soprattutto sviluppati percorsi di lavoro a supporto delle Unità operative coinvolte nel progetto di analisi dei rischi clinici. Il risultato prodotto è l'implementazione di attività di documentazione costante dei possibili incidenti o eventi sentinella, al fine di prevenire le cause che hanno determinato gli eventi critici.
- Medicina basata sull'evidenza: oltre all'attività formativa d'aula, si è predisposto un prodotto di formazione a distanza dedicato a sviluppare le competenze di base nell'ambito delle evidenze scientifiche.
- Percorsi del paziente: sono state indicate le caratteristiche che definiscono le relazioni ospedale-territorio e gli aspetti di gestione clinica dei pazienti affetti da patologie oncologiche, cardiache, pneumologiche.

Area infermieristica e tecnica

- Con il progetto "Prendersi cura delle persone che curano" sono stati coinvolti tutti i livelli di coordinamento infermieristico e tecnico in un percorso di lavoro finalizzato a migliorare le competenze necessarie a determinare un buon clima organizzativo. L'ipotesi a monte è che la qualità relazionale sul posto di lavoro è il primo requisito per essere in grado di offrire accoglienza e ascolto ai pazienti.

- Si è continuato il lavoro iniziato nel 2005 di sviluppo delle competenze dei responsabili infermieristici e tecnici di dipartimento. In particolare, su questo ruolo determinante per la qualità assistenziale offerta, si è investito sul miglioramento delle competenze organizzativo-gestionali.

Area medici di medicina generale

Nel 2006 è stato definito, all'interno dello *staff* Sviluppo risorse umane, un contratto di lavoro attribuito a un MMG per il coordinamento della formazione dei medici di medicina generale. I risultati sono stati:

- un'offerta formativa condivisa e coerente con i bisogni della professione;
- lo sviluppo di competenze nei MMG utili al raggiungimento dei risultati previsti dal progetto di salute della comunità della provincia di Reggio Emilia;
- una adeguata gestione documentale dei processi formativi, dalla programmazione alla valutazione.

SerT e privato sociale

È stata condotta una interessante sperimentazione di formazione-intervento sul tema del benessere organizzativo. La premessa che ha orientato il progetto è stata quella di prevenire i possibili malesseri professionali di operatori continuamente esposti a relazioni difficili con un'utenza complessa qual è quella delle condotte da dipendenza.

Dopo una ricerca sui fattori critici del proprio lavoro quotidiano, sono stati attivati diversi gruppi che hanno lavorato sulle cause dei problemi evidenziati e sviluppato interventi di miglioramento. Nel 2007 sono previste le verifiche di efficacia delle soluzioni adottate.

7. La formazione nelle Aziende sanitarie e l'integrazione con le funzioni di assistenza e di ricerca

Nelle strutture sanitarie, come sottolinea anche la legge regionale 29/2004, coesistono funzioni di assistenza, di ricerca e di formazione. Il riconoscere questa condizione, soprattutto alla luce delle profonde innovazioni che attraversano continuamente i processi assistenziali, comporta conseguenze rilevanti sia nei modelli organizzativi interni, sia nello sviluppo e nell'integrazione delle diverse professionalità, sia anche nelle relazioni con le sedi proprie della ricerca e della formazione come l'Università. È di grande rilevanza pertanto nelle Aziende sanitarie saper governare tali processi, tenendo conto dell'impatto delle nuove tecnologie, delle modalità di apprendimento e anche delle evoluzioni nelle regole di funzionamento del sistema sanitario.

Numerose riflessioni si sono quindi sviluppate in questi anni sugli aspetti più significativi. In questo Capitolo sono raccolti alcuni contributi elaborati in particolare dagli esperti degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie sulla base di esperienze locali e di confronti organizzati anche a livello regionale.

7.1. Dal corsificio alla gestione dei processi di apprendimento: alcune note per recuperare l'efficacia della formazione¹⁹

7.1.1. Introduzione

La direttiva del 2006 alle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna per l'adozione dell'atto aziendale fissa una premessa importante per la ridefinizione del significato della formazione in sanità:

tutte le Aziende sanitarie devono integrare la tradizionale primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e ricerca, il cui sviluppo è indispensabile per garantire un flusso costante di innovazione al sistema.

È evidente che in tal modo la formazione, da un processo di supporto quale era, viene ad essere collocata all'interno stesso della missione aziendale.

¹⁹ Corrado Ruozi, responsabile dello *staff* Sviluppo risorse umane dell'Azienda USL di Reggio Emilia.

La Regione Emilia-Romagna ha perfettamente raccolto i segnali della crescita che in questi ultimi anni, anche su sollecitazione del programma di ECM, hanno caratterizzato i sistemi di gestione della formazione nelle Aziende. Soprattutto ha colto che lo sviluppo dei grandi temi che influiranno sulla qualità del servizio sanitario (governo clinico, gestione della cronicità, applicazione dei Piani regionali per la prevenzione, ecc.) è strettamente collegato agli apprendimenti utili a supportare i professionisti non solo nell'acquisizione di nuove tecniche, ma anche nella modificazione dei modelli mentali che orientano il fare professionale.

Quest'ultima modificazione è necessaria a sostenere quello che a volte si rappresenta come un forte cambiamento richiesto nelle culture e nei sistemi valoriali delle professioni. Come ad esempio nella gestione della cronicità il fine non è la cura ma la migliore convivenza possibile con la malattia, così la gestione del rischio clinico è possibile solo se l'incidente viene percepito non più come errore ma come informazione.

Lo scenario che si apre per gli esperti della formazione è senz'altro sfidante: per essere all'altezza occorre sviluppare la massima efficacia possibile della tecnologia formazione.

È utile a questo punto rivedere il proprio fare e cercare di cogliere gli aspetti critici delle esperienze formative fino ad oggi condotte. Di seguito verranno evidenziate alcune delle criticità presenti nelle Aziende sanitarie.

L'introduzione dei programmi di ECM ha prodotto negli Uffici formazione un orientamento prevalentemente centrato sull'eguaglianza formazione = corso. In questo ha trovato anche la complicità più o meno consapevole dei formatori, che in questa uguaglianza trovano una forte semplificazione della complessità del loro lavoro. Su questa premessa si sono sviluppati i sistemi formativi aziendali, ormai efficienti imprese di produzione di corsi (corsi) in grado di sviluppare un'offerta con una qualità gradita dai propri clienti (le comunità professionali) e una quantità adeguata a rispondere al fabbisogno di crediti e alle accuse di iniquità nella distribuzione della risorsa formativa fra le diverse professioni.

Dove sta il problema? È esemplificativa l'affermazione di un'infermiera coordinatrice raccolta durante un *focus group*:

Il corso è stato molto interessante, ma è difficile applicare quanto appreso: le routine quotidiane rendono difficile modificare i comportamenti.

Si devono produrre corsi interessanti o aiutare il cambiamento dei comportamenti professionali?

Attualmente si è grado di produrre ottimi corsi (per quanto riguarda l'ingegneria didattica e la soddisfazione del piacere epistemofilo), ma si incide poco sui comportamenti professionali necessari a sostenere i progetti di sviluppo ai quali le Aziende sanitarie sono chiamate. Si potrebbe dire che i piani formativi aziendali rispondono bene ai bisogni di apprendimento semplice, mentre mostrano tutta la loro debolezza nel rispondere ai bisogni di apprendimento complesso. L'apprendimento semplice avviene per aggiunta di nuovi elementi, la cultura professionale esistente viene aumentata, ma non modificata nei suoi elementi precedenti (ad esempio, imparo ad usare l'ultima versione di un programma di videoscrittura), mentre l'apprendimento complesso avviene per modifica

del precedente campo cognitivo della persona: cambia la cultura professionale dell'individuo (ad esempio, il passaggio dalla scrittura con la penna alla videoscrittura).

I grandi progetti richiesti attualmente alle Aziende sanitarie (gestione del rischio clinico, accreditamento, percorsi di cura, approccio EBM, cure palliative, ecc.) richiedono tutti apprendimenti complessi, ma vengono affrontati prevalentemente con metodi di apprendimento di tipo semplice.

I detrattori della formazione, sempre presenti in ogni Azienda, quelli che amano l'azione, quelli che pensano che le aule siano inutili palestre per esercizi di stile, quelli che hanno sempre da fare, forse un po' di ragione ce l'hanno.

In ambito formativo si semina molto di più di quanto si raccoglie, anche se a onor del vero molto del forte capitale sociale presente nelle Aziende della regione Emilia-Romagna è anche esito di una ormai lunga storia di investimenti nella risorsa formativa. Questo tuttavia non è sufficiente. Occorre aumentare l'efficacia dei metodi didattici per rispondere meglio ai bisogni di sviluppo delle professioni e delle organizzazioni sanitarie.

Il punto è questo: è stata dedicata molta cura alla produzione dei corsi, senza preoccuparsi di sviluppare attenzione alle cose da fare per accogliere gli apprendimenti prodotti e farli vivere nei posti di lavoro.

I contesti formativi sono un po' come delle sale parto dove si fanno nascere nuove idee e nuovi comportamenti. Ormai in ogni Azienda sono presenti centinaia di questi punti nascita. Nessuno però affronta l'arrivo di una nascita senza prima aver attrezzato l'ambiente in modo adeguato, aver informato le persone significative, aver costruito le migliori condizioni per poter accogliere il nuovo. Sullo stesso livello logico, nessuno pensa che una neovita possa sopravvivere in modo autonomo, occorre seguire i suoi primi passi, mantenere l'attenzione nel tempo.

L'efficacia non è solo da ricercare all'interno della cornice corso, ma soprattutto nelle azioni che vengono fatte *ex ante* ed *ex post*, a ciò che si considera generalmente la pertinenza della formazione: occorre passare dalla produzione di corsi alla gestione dei processi di apprendimento-cambiamento.

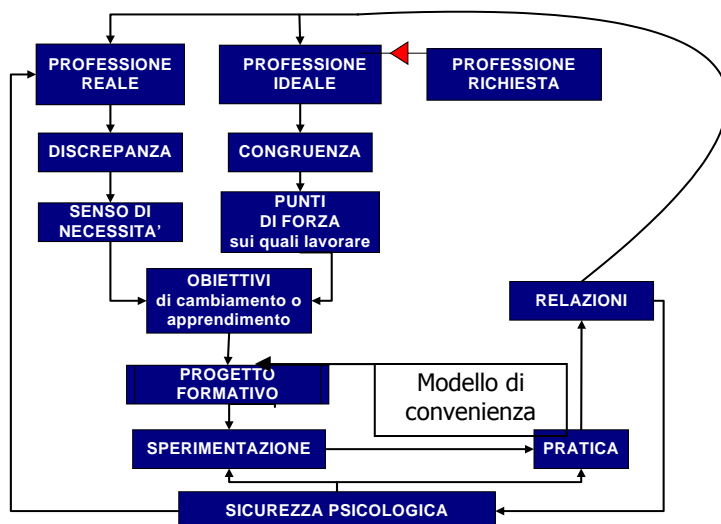
L'indirizzo regionale di dare ai Collegi di direzione la funzione di programmazione e proposta in merito alla formazione potrebbe essere una intuizione illuminata. Nonostante un'esperienza aziendale diffusa, che ha visto i Collegi connotarsi prevalentemente come momenti di informazione *top down*, quindi con una consapevole difficoltà a trasformarsi in una tecnologia per lo sviluppo aziendale, la possibilità di meglio ancorare la formazione alla produzione può permettere ai formatori l'uscita dai modelli autoreferenziali per poter agire meglio su tutte le leve necessarie a sostenere un progetto di cambiamento.

Le note che seguono sono un tentativo di definire alcune di queste leve per costruire condizioni negli ecosistemi che accolgono il nuovo apprendimento per consentire il radicamento e la crescita di ciò che altrimenti sarebbe considerato un corpo estraneo, oggetto delle naturali difese immunitarie presenti in ogni essere vivente.

Facendo riferimento al modello utilizzato da Boyatzis (2000) (*Figura 27*) per descrivere il processo di apprendimento-cambiamento, si possono - semplificando - definire tre fasi:

1. propedeutica al nuovo apprendimento,
2. di produzione del nuovo apprendimento (progetto formativo),
3. di consolidamento nella pratica.

Figura 27. Schema per la descrizione del processo apprendimento/cambiamento (da Boyatzis, 2000, modificato)



La fase 2 (progetto formativo) è già stata trattata in modo tanto esaustivo da non richiedere ulteriori approfondimenti. Meglio concentrarsi sulle azioni delle fasi 1 e 3 nella consapevolezza di non poter offrire una descrizione completa delle risposte al problema, ma con l'intento di aprire una riflessione che permetta di raccogliere dalle diverse esperienze le pratiche di successo sperimentate sul campo.

7.1.2. Fase propedeutica

È la fase in cui vanno previste le azioni occorrenti a costruire le pre-condizioni necessarie a sviluppare la motivazione verso il nuovo apprendimento e a costruire le condizioni strutturali per poterlo accogliere. I due elementi di riferimento privilegiati sono quindi l'individuo e la struttura.

Per quanto riguarda la predisposizione dell'individuo al nuovo apprendimento, occorre portare attenzione ai seguenti aspetti.

- Avere una definizione molto chiara della professionalità richiesta.
È solo con una precisa definizione delle competenze attese che le persone possono fare un bilancio fra ciò che sanno (professionalità reale), ciò che piacerebbe loro sapere (professionalità ideale) e ciò che dovrebbero sapere (professionalità attesa). In questo senso una scelta, che l'esperienza ha dimostrato essere molto efficace, è la connessione fra formazione e processo di valutazione delle competenze. Più

semplicemente è utile comunque poter rappresentare i comportamenti professionali richiesti. A questo fine possono rivelarsi importanti visite a contesti dove l'esperienza si è già realizzata, incontri con professionisti che hanno sviluppato una particolare competenza distintiva sul tema oggetto della formazione, ecc. Insomma, nessuno acquista un biglietto per un viaggio di cui non conosce la destinazione: esplicitare bene il punto di arrivo è condizione essenziale per sostenere la motivazione.

- Coinvolgere i sistemi di responsabilità dei partecipanti nel percorso di progettazione dell'intervento.

È una condizione ormai risaputa ma che spesso trova la sua criticità nel significato attribuito al termine coinvolgimento. Coinvolgere non significa semplicemente informare, ma vuol dire innanzitutto considerare continuamente il responsabile come il committente principale del cambiamento richiesto, senza raccogliere mai deleghe in bianco (ok, questo è il problema, ora ci pensiamo noi della formazione). Occorre accogliere il rischio di dilatare i tempi di lavoro o di sacrificare qualcosa dell'estetica del corso (a volte noi formatori ci appassioniamo alla bellezza del progetto: tecniche innovative, docenti super, ecc.) per poter aumentare la probabilità che i capi siano poi di effettivo sostegno ai nuovi apprendimenti prodotti.

- Condividere un modello di convenienza.

I partecipanti devono essere convinti che il nuovo apprendimento sarà per loro il più conveniente per ottenere i risultati professionali attesi. Spesso nelle Aziende sanitarie prevalgono le dichiarazioni di fede (credo nel gruppo, credo nella relazione, credo nella qualità, ecc.) piuttosto che reali convincimenti: chi va in montagna sa bene che il modello più conveniente è stare legati tutti insieme e questo non perché si crede nel gruppo. Uno o due incontri prima di iniziare il corso, dove si discute degli obiettivi e del loro confronto con la pratica, sono uno tempo che sarà poi facilmente recuperato nella maggiore facilità di gestione del percorso di apprendimento.

- Aiutare la costruzione di senso dell'apprendimento richiesto rispetto ai valori, alle politiche, agli obiettivi del sistema Azienda.

Oggi più che mai i professionisti partecipano a numerose attività formative, e con l'ECM queste si sono moltiplicate. Sicuramente questo è un bene, ma un punto d'attenzione è necessario: non sempre è chiaro il senso dell'offerta formativa aziendale. In altri termini si potrebbe dire che i professionisti ad ogni corso ottengono una tessera di un *puzzle* (nuovo apprendimento) senza però avere la possibilità di vedere l'immagine intera che sta sulla scatola. I più ardimentosi cercano di combinare i loro pezzi per ricercarne il senso compiuto, altri li dimenticano nel cassetto della propria memoria, dove si tengono le informazioni che non si è riusciti a collegare ad una narrazione che ne definisce il senso. Azioni possibili rispetto a questa criticità sono tutte quelle che permettono la definizione di un'informazione organizzativa che offre ordine di senso agli apprendimenti che verranno proposti. Comunicazioni dell'Alta direzione, *newsletter* aziendali, intranet, campagne informative sono tutte iniziative possibili e fruttuose a tal fine, oltre alla stretta connessione tra gli esperti aziendali della formazione e della comunicazione.

- **Formazione *just in time*.**
È importante il collegamento temporale fra la proposta di apprendimento e il suo possibile utilizzo nell'esperienza. I tempi devono essere ravvicinati, le persone devono trovare subito le contingenze sulle quali sperimentare i nuovi apprendimenti. È evidente che è più difficile imparare a montare sulla propria auto le catene da neve in agosto, ma spesso nella formazione in sanità si è portati a pensare che la pianificazione sia tanto migliore quanto più lunga nel tempo (a volte si sente parlare di piani formativi triennali), dimenticando che l'efficacia è tanto maggiore quanto l'evento formativo è vicino nel tempo alla situazione di bisogno. E i bisogni sono difficili da prevedere con largo anticipo: basta rivedere il proprio passato e cercare di verificare quanto le proprie doti profetiche sono state poi confortate dalla realtà per verificare l'oggettivamente debole prevedibilità del sistema.
- **Strutture organizzative prima degli apprendimenti.**
Indicazione facile ma non ovvia, visto che ancora oggi si fanno corsi di informatica prima che i partecipanti possano disporre di un computer. Nelle Aziende sanitarie il cambiamento viene affrontato di solito prima sul livello culturale che su quello organizzativo. Strutture, sistema informativo, sistema premiante, investimenti tecnologici, procedure di lavoro seguono sempre (quando va bene) a distanza di tempo gli ingaggi formativi proposti ai professionisti. Difficile quindi evitare il *leit motiv*: ciò che ci dite è molto bello, ma la realtà del servizio è un'altra cosa.

7.1.3. Fase di consolidamento nella pratica

Per il successo di un'esperienza formativa probabilmente questa è la fase più importante, ma purtroppo quella alla quale si dedica meno attenzione. Come detto in precedenza, le Aziende sanitarie sono anche grossi sistemi culturali, dove l'attesa di risultato è subordinata al bisogno di produrre contenuti. Il risultato si connota spesso con la realizzazione dell'evento: "abbiamo fatto i corsi sulla gestione del rischio", "abbiamo realizzato un master sulle cure palliative", ecc., come se oltre i confini dell'aula i territori diventassero così sconosciuti e impervi da far desistere da ogni tentativo di intervento.

Per poter utilizzare un nuovo apprendimento le persone hanno bisogno di acquisire quella sicurezza psicologica che si ottiene esclusivamente costruendo sul posto di lavoro l'opportunità di sperimentare, verificare, sviluppare confidenza con la competenza appena acquisita.

Si pensi a cosa è accaduto ad ogni persona che ha iniziato a utilizzare il computer. In una prima fase si scrive a mano e poi si batte il testo sul PC. Apparentemente ciò è inutile, ma permette di mantenere la tranquillità del vecchio (lo scrivere a mano) e affrontare il nuovo con minore preoccupazione. Molti avrebbero abbandonato l'uso del computer se non avessero avuto la possibilità di sperimentare la nuova competenza sovrapponendola inizialmente alla vecchia, procedendo per tentativi ed errori, ma soprattutto se non ci fosse stata una costante richiesta dell'organizzazione di implementare quanto appreso nei corsi d'informatica.

La sicurezza psicologica si raggiunge cercando di compensare diverse paure.

- La paura di incompetenza temporanea: è legata alla necessità di abbandonare le rassicuranti *routine* comportamentali per fare spazio al nuovo. Si pensi a ciò che può provare un medico esperto in chirurgia a cielo aperto quando si trova a dover implementare una tecnica laparoscopica appena appresa. La preoccupazione di dover affrontare la complessità del proprio lavoro con uno strumento incerto, del quale non si è ancora pienamente competenti, può far rinunciare a qualsiasi velleità di innovazione.
- La paura di punizione per incompetenza: collegata al punto precedente, diventa tanto più forte quanto il clima organizzativo è percepito come persecutorio, quando la tolleranza all'errore è molto bassa e il rapporto con i capi difficile.
- La paura di perdere l'identità professionale: questa è strettamente connessa al riconoscimento delle competenze distintive espresse. Agire una nuova competenza espone al rischio di non essere più riconosciuti per quello che si sta facendo, di doversi rimettere in gioco, a volte partendo da zero.
- La paura di perdere l'appartenenza al gruppo: apprendere significa modificare i propri comportamenti professionali. Nel gruppo, come in tutti i sistemi, la modificazione di una parte richiede un nuovo adattamento del tutto e per questo è difficile applicare apprendimenti individuali (si pensi alla formazione esterna). La preoccupazione di costituire una differenza rispetto alla dinamica storicizzata del proprio gruppo di appartenenza può sollecitare l'abbandono del nuovo apprendimento per evitare il possibile isolamento.

Alcune azioni possono aiutare il trasferimento degli apprendimenti dall'aula al posto di lavoro.

- Mantenimento delle attese sui nuovi comportamenti professionali richiesti.
Occorre mantenere attenzione e coerenza nel tempo ai livelli dichiarati nella fase di partenza di un progetto formativo. L'impressione prevalente dei professionisti è che tutte le volte che si lancia un nuovo progetto, gli obiettivi previsti sono i più importanti in assoluto, poi terminato il rituale della formazione, tutto tace. Così la vita continua, con la consapevolezza che fra pochissimo ci saranno altri obiettivi importantissimi da raggiungere. Quindi, quando si progetta un processo di apprendimento, è essenziale andare al di là della fine temporale del corso per pensare a come mantenere nel tempo l'attenzione sui risultati attesi. Incontri con i capi, verifiche sul campo, misurazioni del sistema informativo, inserimento di nuovi *item* nel sistema di valutazione delle competenze possono rivelarsi azioni assai utili.
- Accompagnare il neo-nato apprendimento.
Gruppi di lavoro dedicati alla verifica del nuovo e alla dismissione del vecchio sono particolarmente efficaci. La formazione sul campo in questo si presenta come un'ottima opportunità: far seguire alla formazione d'aula più momenti di formazione sul campo proposti in un arco temporale medio (6 mesi, 1 anno) aiuta i gruppi di lavoro a socializzare la fatica del trasferimento del nuovo apprendimento e a sviluppare *in progress* tutte le necessarie correzioni al contesto organizzativo.

- Sviluppare opportunità per l'auto-formazione.
È durante la sperimentazione che nasce la curiosità, il desiderio di approfondire ciò che in aula spesso viene solo abbozzato. Rendere disponibili articoli, testi, siti internet aiuta a consolidare e quindi a rendere più sicuro quanto appreso. Le nuove tecnologie aiutano non poco: biblioteche virtuali, spazi dell'intranet dove pubblicare articoli e documenti, opportunità offerte dall'*e-learning* possono dare la continuità necessaria a tenere viva la nuova competenza.

Essere convinti che la formazione non dia risultati è solo l'esito di una forte semplificazione di tutte le variabili che sono in gioco in un processo di apprendimento. Variabili che non possono essere affrontate adeguatamente solo con la tecnologia "corso". Per poter agire questa complessità, gli Uffici formazione devono connotarsi come laboratori di apprendimento e agenzie di servizio, supportando le comunità professionali nei loro percorsi di innovazione-cambiamento, superando ogni tentazione di autoreferenzialità. Su queste premesse forse è utile rifondare la loro missione.

Riferimenti bibliografici

- Bauleo A.J. *Ideologia, gruppo e famiglia*. Milano, Feltrinelli, 1978.
- Boyatzis R. Sentieri di cambiamento individuale e sviluppo delle energie personali. In Rotondi M. (a cura di). *Facilitare l'apprendere. Modi e percorsi per una formazione di qualità*. Milano, FrancoAngeli, 2000.
- Ceci A., Prandi F., Ruozi C. Coniugare organizzazione e professionalità: la valorizzazione delle risorse umane. In Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di). *Valutare la qualità in sanità*. Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Regione Emilia-Romagna. *Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale*. 2005.
- Schein E.H. *Culture d'impresa Come affrontare con successo le transizioni e i cambiamenti organizzativi*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1999.

7.2. Riconoscimento e aggiornamento degli animatori e dei tutor della formazione²⁰

7.2.1. Reti e figure diverse

Nelle Aziende sanitarie vengono realizzate molte attività didattiche, riconosciute istituzionalmente, a cui molti operatori contribuiscono come docenti o tutor. Tra queste vanno segnalate quelle che avvengono nell'ambito di:

- formazione per le professioni sanitarie (lauree brevi, lauree specialistiche e master);
- formazione specialistica dei medici, soprattutto nelle Aziende ospedaliero-universitarie (vedi anche *Capitolo 10*);
- formazione specifica in medicina generale, in cui medici dipendenti del SSR e medici di medicina generale, di solito in collaborazione con i Dipartimenti di cure primarie, partecipano ad attività seminariali, pratiche e di tirocinio, con un ruolo ben definito, anche economicamente (vedi anche *Capitolo 8*);
- formazione continua dei medici di medicina generale, per la quale operano figure riconosciute di animatori con funzioni di programmazione, organizzative e anche didattiche (vedi anche *Capitolo 8*).

L'art. 13 della Legge 341/1990 riconosce chiaramente nella formazione universitaria il tutorato che

è finalizzato ad orientare e assistere gli studenti lungo tutto il corso di studi, a renderli attivamente partecipi al processo formativo, a rimuovere gli ostacoli a una proficua frequenza ai corsi anche attraverso iniziative rapportate alle necessità, alle attitudini e alle esigenze dei singoli.

Con il nuovo ordinamento per la formazione delle professioni sanitarie (GU 14 febbraio 1992 e successive modificazioni) si pone maggiore attenzione all'attività tutoriale, dandole una connotazione di tipo prevalentemente pratico (tutor clinico). La figura del tutor clinico si dedica alla formazione pratica dello studente nell'arco di tempo che egli trascorre nelle strutture esterne all'Università, rappresentando di fatto il contatto dello studente con il mondo del lavoro.

I Protocolli di intesa tra la Regione e le Università affrontano le modalità attraverso cui le strutture del SSN collaborano alla formazione universitaria con l'ausilio dei tutor evidenziando la necessità che essi svolgano un ruolo determinante per la figura che si vuole formare (vedi anche *Capitolo 10*).

D'altra parte le strutture sanitarie sono teatro di continui processi di revisione e riprogettazione organizzativa finalizzati a introdurre innovazioni e a migliorare l'assistenza. Nella seconda metà degli anni '90 con lo sviluppo dell'aziendalizzazione nelle strutture sanitarie si è molto diffusa l'attenzione per la qualità dei processi e delle attività

²⁰ Questo paragrafo è stato curato in particolare da Donatella Pasquali (Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna) e Paolo Sacchetti (Azienda USL di Cesena), sulla base della discussione tenutasi durante il seminario regionale del 27-28 marzo 2006.

e per le capacità gestionali dei dirigenti. La formazione ha assunto spesso, in tali contesti, il ruolo di leva strategica del cambiamento organizzativo e professionale e coinvolge, oltre ai responsabili dei processi e agli esperti della formazione, anche numerosi operatori che svolgono funzioni di docenza, supporto o comunque facilitazione.

Con l'avvio del programma di ECM nel 2002, l'offerta di iniziative formative è aumentata e ha coinvolto tutti gli operatori e le strutture sanitarie. Sono state avviate riflessioni e sperimentazioni per coniugare maggiormente la formazione con il lavoro (formazione sul campo), con l'accesso alla documentazione scientifica (nuovo ruolo delle biblioteche), con le attività di ricerca e con le azioni per governare i processi di innovazione che caratterizzano in modo sempre più rilevante le evoluzioni delle organizzazioni sanitarie. Lo scenario è stato ulteriormente ampliato in particolare per quelle modalità didattiche - sul campo e in *e-learning* - che richiedono l'azione di tutor che affianchino i responsabili didattici e a cui sono attribuite funzioni chiave, differenziate in base alla tipologia didattica posta in essere.

Tutte queste attività hanno portato allo sviluppo di reti di operatori che sostengono le iniziative di formazione e che si integrano anche con le altre reti già esistenti nelle Aziende (come quelle per la qualità, per la sicurezza, per l'informazione, per la gestione del rischio, per la ricerca, ecc.) fin nelle articolazioni operative più periferiche, per svolgere funzioni importanti negli scambi informativi, nell'armonizzazione culturale e nella diffusione dei processi innovativi e dei comportamenti professionali e organizzativi.

La costruzione di tali reti è complessa e varia a seconda delle realtà locali. Richiede cura e sforzi di manutenzione sia per gli aspetti comunicativi sia per la continuità degli impegni. Vanno anche sottolineati, tra l'altro, gli impatti che spesso subiscono tali reti a seguito dei cambiamenti organizzativi che periodicamente interessano le strutture sanitarie.

Gli operatori che le compongono hanno diverse competenze, qualifiche e collocazioni e, pur continuando a svolgere la propria specifica attività professionale, svolgono anche queste funzioni supplementari di sostegno a vario titolo di progetti di innovazione e miglioramento.

Ne risulta un panorama variegato in cui anche i nomi e le definizioni che vengono usati per identificare gli operatori coinvolti sono diversi: referenti, animatori, tutor, facilitatori, ecc. Ciò in parte corrisponde effettivamente a scopi e funzioni diverse, ma ci sono anche tante similitudini. D'altra parte spesso questi ruoli e funzioni e, di conseguenza, le competenze professionali e gli eventuali bisogni formativi, non sono stati definiti con chiarezza

Il numero degli operatori coinvolti a vario titolo è sicuramente consistente, ma è al momento difficile da precisare. Secondo l'indagine descritta nel Capitolo 5, sarebbero tra il 20 e il 50% con impegno diverso e certamente con picchi nelle Aziende ospedaliero-universitarie. Così come è difficile descrivere le modalità utilizzate per la loro selezione che, probabilmente, è avvenuta attraverso processi diversi, sviluppatasi in modo non sempre ordinato, ma saldati con i bisogni delle Aziende di consolidare punti di riferimento organizzativo.

Ci sono stati processi partiti dall'alto, che hanno utilizzato i canali formali e informali dell'organizzazione per individuare le persone più stimate dai colleghi, affidabili dal punto di vista organizzativo, capaci di svolgere un ruolo di *leadership* e di orientamento per i colleghi. È avvenuto anche che singoli operatori, spinti da motivazioni personali, sensibili a un'idea nuova di sviluppo della propria professionalità e probabilmente alla ricerca di spazi, abbiano preso l'iniziativa per superare le rigidità dei ruoli esistenti e formalizzati.

Nella costituzione di questi gruppi non ha probabilmente influito molto la specifica formazione di base, quanto piuttosto l'entusiasmo per il nuovo, il senso di appartenenza all'Azienda, la motivazione ad apprendere e a partecipare alla costruzione di nuovi processi aziendali, insomma la curiosità verso le proposte aziendali e l'attitudine a cavalcare il cambiamento piuttosto che subirlo.

Le Aziende sostengono queste figure, anche se con intensità e modalità diverse, con processi formativi a livello aziendale e con azioni nelle articolazioni operative che hanno portato a costruire linguaggi comuni, senso di identificazione con gli obiettivi aziendali, comuni metodologie per affrontare i problemi, condivisione di strumenti per la gestione di gruppi e prassi organizzative.

Alcune delle funzioni sviluppate sono facilmente identificabili:

- essere propulsori di progetti,
- promuovere cultura,
- dare senso a un progetto innovativo,
- diffondere le procedure,
- creare legami tra i vari soggetti,
- presidiare i processi,
- rispondere a un'esigenza di governo della funzione.

Si potrebbe quindi proporre un primo tentativo di classificare queste figure e le loro competenze.

- Facilitatore

Il termine viene dall'esperienza francese e descrive una figura in grado di accompagnare con modalità diverse qualcun altro in un processo di apprendimento o organizzativo, di sostenere lo sviluppo di esperienze senza sostituirsi, di promuovere momenti di riflessione. Saper "rendere facile o meno difficile", recita il vocabolario della lingua italiana.

- Referente

Il vocabolario Devoto Oli identifica con questo termine "colui che ha il compito di riferire", oppure "punto di riferimento" o ancora "persona a cui fa capo, in un determinato ambito geografico, politico o culturale, un'attività generalizzata". In effetti vuol dire anche "significato", come in inglese "*referent*", e in tal modo non avrebbe tanto una finalità operativa quanto piuttosto quella di "dare senso" agli atti dell'organizzazione.

- Animatore
È la persona che anima l'incontro, il lavoro del gruppo, che aiuta a raggiungere gli obiettivi. L'animatore è attento alla promozione di situazioni che stimolino l'inclusione, la partecipazione creativa, l'assunzione di responsabilità delle persone verso se stesse, verso il gruppo a cui appartengono e all'organizzazione. Ha come caratteristica principale l'orientamento verso il processo e non solo al raggiungimento dei risultati, o meglio l'essere consapevole che certi risultati si perseguono attraverso un percorso metodologico che non sacrifica le persone ai prodotti, un percorso dove nel "come si cammina" è già presente un risultato.
- Tutor
È colui che sostiene i processi di apprendimento, che favorisce la rielaborazione e l'integrazione tra teoria e prassi e che cura il collegamento tra la sede di tirocinio e le sedi formative. Il tutor tende a sostenere l'allievo nell'imparare a riflettere, progettare, scegliere e agire. L'azione di tutorato tra adulti è un processo di apprendimento tra pari. Il tutor è dunque un collega che aiuta i colleghi ad apprendere, promuove diverse conoscenze attivando processi di riflessione critica, favorisce scambi e collaborazioni, crea le condizioni per un apprendimento cooperativo. Il tutor della formazione sostiene la continuità dei processi formativi esercitando funzioni di supporto professionale, fornendo materiali e suggerimenti di ricerca, suscitando l'attivazione di processi di conoscenza.

In questi ruoli - che hanno finalità sostanzialmente diverse - è possibile individuare almeno due elementi trasversali: l'esercizio di una *leadership* e la sollecitazione o la conduzione di processi di apprendimento.

Nella sua accezione più allargata, il termine *leadership* designa la "capacità di influire su altre persone in vista del raggiungimento di un fine". In altri termini il *leader* è colui che conduce un collaboratore o un gruppo di collaboratori al raggiungimento di un fine. Nelle imprese e nelle organizzazioni il termine *leadership* è spesso opposto a quello di *management*. Il *management* potrebbe essere definito come un "far fare le cose da altri", la *leadership* come un "convincere gli altri a fare le cose". Se questo è vero, la *leadership* è intimamente legata alla motivazione e all'influenza interpersonale. Il *leader* diventa colui che si impegna per creare un mondo al quale le persone desiderino appartenere.

D'altra parte l'apprendimento è la capacità dell'individuo di utilizzare l'esperienza per guidare la ristrutturazione del proprio universo cognitivo; la manifestazione dell'elaborazione delle informazioni e della loro sistematizzazione; uno stato mentale che varia continuamente in base agli stimoli che gli provengono dal contesto.

Gli adulti sono motivati ad apprendere quando avvertono bisogni e interessi che l'apprendimento può soddisfare. In questo senso il luogo più idoneo per un adulto a sollecitare attenzione e interesse è certamente il contesto lavorativo. L'introduzione di cambiamenti genera sempre paure e preoccupazioni ma muove anche curiosità e voglia del nuovo, se non altro per la necessità di rispondere alle aspettative che vengono dal contesto.

Con diverse sfumature, tutte queste figure aiutano i processi di conoscenza sia introducendo nuovi concetti e azioni, sia mettendosi a disposizione dei soggetti per accompagnarli in un percorso di rielaborazione e approfondimento.

Si osserva tuttavia che non tutti i formatori attivi nelle Aziende operano in contatto con gli Uffici formazione. Alcuni svolgono un ruolo specifico chiaramente riconosciuto e altri no. Ad alcuni viene riconosciuta la possibilità di acquisire crediti ECM. Accade anche che prevalga l'autoreferenzialità nella definizione delle competenze e delle funzioni da esercitare e che sia difficile valutarne il contributo. Infine va sottolineato che le reti aziendali spesso sono indipendenti l'una dall'altra, pur rispondendo a problemi convergenti.

Sarebbe assai utile, al fine di valorizzarne il ruolo e di favorire le sinergie tra le varie parti del sistema, un approfondimento su scala regionale degli elementi che accomunano e di quelli che differenziano le funzioni affidate a queste figure, e che permetta anche di cogliere le peculiarità di ogni Azienda e di ogni figura individuata. Si scoprirebbe probabilmente che il loro profilo spesso non ha contorni troppo netti, che esistono ampi margini nella definizione delle competenze, e che sono chiamati ad adattarsi ad un'ampia gamma di bisogni dell'organizzazione. Per una mappatura a livello regionale si dovrebbero esplorare:

- la presenza delle diverse figure e la loro distribuzione nell'organizzazione aziendale;
- le competenze, le funzioni e la formazione;
- le caratteristiche delle reti in relazione al modello della formazione adottato nell'Azienda;
- le forme di riconoscimento (economico, normativo, per i crediti ECM, nell'organizzazione, nella progressione di carriera, ecc.);
- i criteri di valutazione del contributo che apportano;
- le eventuali modalità di collegamento tra formazione "al lavoro" e formazione "sul lavoro".

7.2.2. Tutor

Mantenendo l'attenzione in particolare sul contributo degli animatori e dei tutor, va riconosciuto il ruolo strategico che hanno per lo sviluppo della formazione in azienda e per questo andrebbe considerato in termini di sistema: come interfaccia tra chi organizza e gestisce la formazione e chi ne usufruisce, come strumento delle strategie di governo, come progetto di formazione interna, come piano di utilizzo di risorse, ecc.

Pur essendo comparabili le funzioni che i tutor svolgono, le principali differenze concettuali sono rappresentate dal *setting* all'interno del quale la metodologia viene applicata, dal *target* al quale è rivolto il processo formativo (studenti o operatori in attività) e dagli obiettivi che si vogliono perseguire.

La figura del tutor è generalmente rappresentata da un professionista esperto, capace di coniugare in sé alcune caratteristiche e capacità che sono in parte frutto della propria predisposizione personale, ma in misura più rilevante di specifiche conoscenze e competenze per svolgere nel modo più efficace ed efficiente la funzione attribuitagli.

L'aumentare della complessità e della differenziazione degli ambienti di apprendimento rende ormai improrogabile una più precisa definizione delle attitudini e conoscenze che i tutor devono possedere.

La molteplicità dei possibili contenuti dell'azione dei tutor rende indispensabile riconoscere e gestire il processo di costruzione del ruolo del tutor stesso come pre-requisito di efficacia dell'azione di tutorato e soprattutto di efficacia nel risultato dell'azione formativa alla quale il tutor contribuisce.

Sulla base della formalizzazione delle funzioni e delle competenze di tutorato, la funzione potrebbe poi essere ampliata. A titolo esemplificativo, se un operatore che svolgesse attività di tutor per un'Azienda venisse trasferito ad un'altra organizzazione aziendale, avrebbe modo di portare con sé quanto acquisito e migliorare il proprio bagaglio di conoscenze relative soltanto alla nuova organizzazione.

Di seguito vengono sintetizzati alcuni elementi caratterizzanti l'attività dei tutor quando il committente è l'Università o l'Azienda sanitaria (*Tabella 16 e 17*). Per le attività di tutorato nei confronti dei medici di medicina generale si veda il Paragrafo 8.3.

Queste figure che svolgono importanti ruoli nella formazione, vengono coinvolte tramite le reti delle cure primarie o tramite contatti personali.

I dipendenti aziendali che partecipano in questo percorso formativo non hanno alcun tipo di riconoscimento, se non la facoltà di essere esonerati dall'acquisizione di una percentuale dei crediti ECM.

Oltre a un riconoscimento più appropriato sarebbe importante costruire percorsi comuni e un ruolo per gli Uffici formazione. L'aggiornamento dovrebbe essere preceduto e accompagnato da un graduale processo di integrazione tra l'attività assistenziale, la ricerca e la didattica comunque svolti all'interno di ciascuna Azienda.

Tabella 16. Tutor nella formazione universitaria

Denominazione	Competenze	Target	Ambiente di apprendimento	Obiettivi
Tutor didattico	culturale epistemologica psicopedagogica	studenti universitari	luogo di studio	percorso di apprendimento funzionale e critico
Tutor valutatore	clinico-pedagogica	studenti universitari	ambulatorio MMG	apprendimento pratico
Tutor personale/ consulente	psicopedagogica organizzativo- gestionale	studenti universitari	organizzazione universitaria	sostegno e orientamento al percorso di studi
Tutor clinico (guida di tirocinio, referente, ecc.)	culturale metodologica	studenti universitari	organizzazione sanitaria	apprendimento pratico/organizzativo/ gestionale
Tutor d'aula	organizzativo- gestionale	studenti universitari	aula	apprendimento teorico e metodologico
Tutor individuale	clinico-pedagogica	medici in formazione specialistica	organizzazione sanitaria	sostegno e orientamento al percorso di studi
Tutor di gruppo	organizzativo- gestionale clinica	medici in formazione specialistica	organizzazione sanitaria Unità operativa	coordinamento dei percorsi di studi sostegno per il raggiungimento di obiettivi specifici

Tabella 17. Tutor nella formazione continua

Denominazione	Competenze	Target	Ambiente di apprendimento	Obiettivi
Animatore/ referente	culturale epistemologica psicopedagogica relazionale	professionisti	Unità operativa/ dipartimento	percorso di apprendimento coerente con gli obiettivi istituzionali e professionali
Animatore di formazione	clinico-pedagogica	MMG	aula	miglioramento delle competenze
Tutor FSC	psicopedagogica organizzativa gestionale metodologica	professionisti	Unità operativa	miglioramento delle competenze
Tutor <i>on line</i>	culturale metodologica informatica relazionale	professionisti	aula rete internet	sviluppo e condivisione delle conoscenze
Tutor d'aula	organizzativo- gestionale	professionisti	aula sala riunioni	miglioramento delle competenze

7.3. Usare la valutazione²¹

La valutazione della formazione è una questione che ciclicamente ritorna in prima linea senza aver trovato ad oggi una risposta definitiva. In realtà, insieme alle discussioni si sono portate avanti diverse sperimentazioni, e di fatto occuparsi di formazione vuole anche dire valutare. Molte delle attività di valutazione sono comuni in tutte le Aziende e nelle pagine che seguono vengono presi in considerazione i diversi livelli e le ragioni che li sostengono.

Innanzitutto esiste il livello della valutazione richiesta dall'accreditamento per l'ECM. Secondo questo primo livello, in ciascun evento formativo devono essere valutati sia il gradimento dei partecipanti, soprattutto relativamente alla pertinenza rispetto all'attività svolta, sia l'apprendimento, in termini di acquisizione di conoscenze e/o competenze da parte dei discenti. Queste attività sono svolte sistematicamente in tutte le Aziende con modalità sostanzialmente molto simili, con un questionario di valutazione del gradimento prodotto dalla Commissione nazionale ECM e un questionario a risposte chiuse per l'apprendimento. In questo ambito rientra anche la valutazione dell'apprendimento nella formazione sul campo che ha bisogno, tuttavia, di strumenti diversi e innovativi gestiti

²¹ Questo paragrafo è stato curato in particolare da Lodovica Cavalli (Azienda USL di Piacenza), sulla base della discussione tenutasi durante il seminario regionale del 27-28 marzo 2006.

in collaborazione dagli esperti degli Uffici formazione con i responsabili dei corsi, i tutor, gli animatori di formazione.

In secondo luogo esiste il livello della valutazione richiesta per l'accREDITamento delle strutture sanitarie, sia di soddisfazione che di efficacia, da effettuare come parte del Piano annuale di formazione. Si tratta di un requisito che sembra ricercare una stringente logica di causa-effetto tra le motivazioni e gli effetti determinati da ciascun evento formativo. Questa richiesta ha suscitato un dibattito sul ruolo della formazione aziendale, che sembra uscire ridimensionata e soprattutto defraudata di quella parte di valutazione che ha più a che fare con la dimensione dell'innovazione, del laboratorio e del fare cultura più in generale. Ha tuttavia rappresentato anche uno stimolo a riflettere sull'impatto delle attività formative e sull'effettivo ruolo che possono svolgere.

Innanzitutto è vero che una quota della formazione, e neanche marginale, è rappresentata da quegli eventi strettamente collegati alle attività e organizzati per aggiornare, qualificare e/o acquisire conoscenze fondamentali per garantire la qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari, ed è quindi importante verificare in quale misura sono cambiati i comportamenti grazie alla formazione. Considerato che la valutazione di ricaduta è limitata ad alcuni dei corsi organizzati, questa tipologia di valutazione si presta inoltre anche per imprimere una necessaria sinergia alle attività di ricerca e innovazione, ritenute indissolubilmente legate alla formazione in alcuni specifici ambiti, ma qualche volta difficili da mantenere in collegamento.

La valutazione di ricaduta è anche un'opportunità di confronto congiunto tra i responsabili delle Unità operative o dei Dipartimenti, gli esperti della formazione e i rappresentanti dei discenti e presuppone l'uso di competenze e strumenti che non sono solo di pertinenza dell'Ufficio formazione.

Nelle Aziende in cui la formazione si è maggiormente integrata con le attività di miglioramento della qualità, è stato più semplice confrontarsi sulla gestione per processi per individuare indicatori di esito che dessero evidenza dei risultati raggiunti con i corsi di aggiornamento o, comunque, con il loro contributo. Per tutti è stata l'occasione di integrarsi con altre funzioni aziendali e in particolare con la progettazione strategica.

C'è infine un terzo livello di valutazione della formazione, che si è andato formalizzando con il processo di aziendalizzazione, che ha definito la formazione una leva strategica, la sua budgettizzazione e l'attribuzione di responsabilità al Collegio di direzione. Questa tipologia di valutazione della formazione va aldilà del singolo evento, ha un respiro più ampio e tempi più lunghi e, in quanto valutazione gestionale, ha un significato strategico per l'Azienda.

È pertanto una valutazione di risultato e come tale verifica innanzitutto se e come gli obiettivi contrattati nel *budget* sono stati raggiunti, se c'è stata coerenza tra gli eventi organizzati e quelli segnalati in analisi di fabbisogno, se e quanto i dipendenti hanno avuto opportunità di partecipare a corsi di formazione e con quale livello di copertura dei crediti ECM attesi.

La verifica non si limita ai risultati quantitativi e riguarda dunque anche altri aspetti, come la numerosità dei partecipanti e le modalità didattiche utilizzate. Si considerano anche gli

aspetti economici: quanto si è speso e come, se si è rimasti nel *budget* assegnato, quali attività formative hanno assorbito le maggiori risorse economiche.

Questa valutazione è preparata prevalentemente dai responsabili degli Uffici formazione, che registrano in modo sistematico tutti i dati relativi alle attività proprie dell'aggiornamento obbligatorio e a quelle ad esse correlate (che potrebbero essere incluse nel capitolo del "capitale intellettuale") e, quindi, forniscono al Collegio di direzione informazioni e valutazioni.

In una logica di sistema, la valutazione del ciclo della formazione, dall'analisi di fabbisogno ai risultati, consente di comprendere quanto è stato presidiato il ruolo strategico e come si possono rilanciare obiettivi disattesi e criticità emerse, fino a che punto è presente ai responsabili la preoccupazione per lo sviluppo dei potenziali e per gli obiettivi negoziati.

7.4. Le biblioteche e l'uso della documentazione nei processi di apprendimento e di miglioramento²²

Le biblioteche forniscono un apporto imprescindibile ai processi di apprendimento e miglioramento. Durante il *Forum for information literacy* (Alessandria d'Egitto, 9 novembre 2005) sono stati sottolineati alcuni punti importanti.

... La cultura dell'informazione e l'educazione permanente costituiscono i fari che illuminano le vie per lo sviluppo, la prosperità e la libertà...

La cultura dell'informazione è centrale all'educazione permanente. Lungo tutto l'arco della vita essa rafforza l'individuo nel cercare, valutare, usare e creare informazione efficacemente, al fine di conseguire i propri obiettivi personali, sociali, occupazionali e formativi. Essa è nel mondo digitale un diritto umano e fattore d'inclusione sociale in ogni nazione.

L'educazione permanente consente ad individui, comunità e nazioni di raggiungere i propri obiettivi e di potersi avvantaggiare, a comune beneficio, delle opportunità emergenti in un contesto globale in evoluzione. È sostegno dell'individuo e delle istituzioni nella sfida tecnologica, economica e sociale, per compensare lo svantaggio e lo squilibrio e migliorare il benessere di tutti.

La cultura dell'informazione si sviluppa nelle biblioteche sanitarie che costituiscono il sistema documentale a cui gli operatori della sanità dell'Emilia-Romagna attingono per la qualificazione dell'offerta delle prestazioni per i cittadini e il miglioramento continuo delle competenze professionali. Il consorzio GOT, che riunisce 12 delle 16 biblioteche aziendali esistenti sul territorio regionale, fornisce il supporto operativo per la selezione e l'acquisto delle risorse, oggi sempre più raccolte in riviste e testi elettronici. Il gruppo

²² Questo paragrafo è stato curato in particolare da Salvatore De Franco (Azienda ospedaliera di Reggio Emilia), sulla base della discussione tenutasi durante il seminario regionale del 27-28 marzo 2006.

dei documentalisti che compongono il GOT promuove anche la formazione all'uso delle banche dati secondo le regole dell'EBM, con corsi di base e avanzati. Il GOT ha promosso anche un'indagine sull'uso delle banche dati da parte degli operatori con un questionario, i cui risultati saranno disponibili a breve.

Nell'Area vasta Emilia Nord è stato messo a punto un corso utilizzando tecniche di *e-learning* sull'impiego delle banche dati, che la Commissione regionale per l'ECM ha accreditato con 20 crediti. Il corso è attualmente in fase di realizzazione nelle Aziende USL e ospedaliera di Reggio Emilia. Corsi di formazione all'uso delle banche dati bibliografiche sono stati inclusi anche nei corsi di laurea per infermieri e fisioterapisti.

La Regione Emilia-Romagna ha finanziato, nell'ambito degli investimenti per la modernizzazione del sistema sanitario, un progetto di *Information literacy* per la pratica clinica, a cui hanno aderito diverse Aziende. Il progetto si basa sul principio che la ricerca sostenuta dall'*information literacy* generi abilità interpretativa nei professionisti, sviluppi il pensiero critico indispensabile per il miglioramento e la messa a punto di prestazioni sanitarie e di servizi per la salute.

Si basa anche sulla necessità che i documentalisti acquisiscano competenze sempre maggiori per svolgere il ruolo di consulenti per l'informazione e supportare così le scelte cliniche e gestionali appropriate. Il loro apporto è considerato determinante anche nello sviluppo di eventi formativi di natura non specifica, soprattutto se rivolti a innovazioni tecnologiche, perché le conoscenze derivano in gran parte dalla letteratura più recente. L'uso delle banche dati è determinante quando si devono definire le priorità dei settori e degli argomenti di ricerca e quando si devono valutare le fonti. L'uso delle banche dati permette anche agli operatori sanitari la valutazione dell'impatto della ricerca in termini di *impact factor*, l'acquisizione di crediti ECM e il miglioramento della qualità della produzione scientifica.

La formazione all'uso delle banche dati dovrebbe essere rivolta a medici, infermieri e tecnici, sia nella fase di formazione universitaria che durante i processi di formazione continua. Si dovrebbero mettere a punto moduli formativi sulla metodologia della ricerca in sanità, per rafforzare le possibilità di utilizzazione dei ricchi giacimenti di ricerca ancora sotto utilizzati presenti nelle strutture sanitarie della regione. L'Azienda USL di Bologna in particolare ha avviato un progetto di auto-formazione basato su tecnologie *web*, che prevede la creazione di *journal club* e di *knowledge corner* nelle strutture aziendali, attraverso i quali effettuare ricerche bibliografiche in modo critico e acquisire crediti ECM.

Viene anche sollecitata la creazione di un Osservatorio sulle innovazioni tecnologiche in sanità che si basi su una collaborazione a rete nelle Aziende sanitarie in grado di svolgere un ruolo di ricognizione delle attività di ricerca in essere e future, di promozione per la presentazione di proposte da finanziare con fondi europei, nazionali, regionali e locali. Tale Osservatorio dovrebbe anche promuovere la formazione della cultura della ricerca attraverso eventi formativi specifici, valorizzando le attività di approfondimento e studio degli studenti e dei medici in formazione specialistica in fase di tesi e sostenendo le attività di studio e di ricerca svolte in collaborazione con società scientifiche nazionali e internazionali.

8. La formazione continua dei medici di medicina generale²³

8.1. Introduzione

I medici di medicina generale (MMG) in Emilia-Romagna sono circa 3.500. Il loro lavoro riveste un'importanza centrale nell'assistenza sanitaria pubblica e nello sviluppo dei processi di integrazione tra servizi sanitari e con i servizi sociali.

La formazione e l'aggiornamento sono strumenti indispensabili per garantire la qualità e il miglioramento delle pratiche professionali, ma perché ciò avvenga è importante che siano armonizzati i percorsi formativi universitari e post-laurea, che sia mantenuta la coesione culturale della disciplina nel contesto formale e nella pratica e che i percorsi di aggiornamento non siano limitati alla semplice applicazione delle norme convenzionali, ma che siano l'occasione per migliorare l'integrazione con il Servizio sanitario regionale.

Attualmente la formazione e l'aggiornamento in medicina generale si sviluppa su tre livelli.

Il primo riguarda la formazione di tutti i laureati in medicina ed è realizzato durante il tirocinio obbligatorio di tre mesi prima dell'abilitazione che è gestito e organizzato dalle Università. In questo ambito è previsto che sia effettuato un mese presso lo studio di un MMG che svolge il ruolo di tutor valutatore (Decreto del Ministero dell'istruzione, dell'Università e della ricerca n. 445 del 19 ottobre 2001).

Il secondo livello riguarda la formazione professionalizzante vera e propria che è riservata a coloro che intendono entrare nel ruolo di MMG. Consiste nella partecipazione a un Corso triennale di formazione specifica in medicina generale (CFS). Il Corso è curato dalla Regione (dal Servizio politica del farmaco della Direzione generale Sanità e politiche sociali), che espleta tutta la procedura concorsuale per l'accesso e coordina la gestione e l'organizzazione. La Regione si avvale del Consiglio didattico regionale per il supporto tecnico-scientifico nella definizione dei programmi e di alcune Aziende sanitarie locali per la gestione organizzativa e contabile. Vi collaborano MMG con funzioni di docenza e di tutoraggio.

²³ A cura di Giovanna Artioli, Manuela Righi e Marco Biocca (Agenzia sanitaria regionale), Cristina Malvi, Rosa Cacici e Tiziana Prisco (Direzione generale Sanità e politiche sociali della Regione Emilia-Romagna), Marco Patierno (Centro per la formazione e l'aggiornamento in medicina generale dell'Emilia-Romagna) e con i contributi dei referenti aziendali della formazione dei MMG.

Il terzo livello è quello della formazione continua dei professionisti in attività ed è attuato tramite la partecipazione a:

- iniziative di formazione continua, per 40 ore annuali nell'ambito dei programmi di ECM come previsto dalla convenzione nazionale, organizzate dalle Aziende sanitarie in collaborazione con MMG riconosciuti come animatori di formazione;
- altre iniziative riconosciute nei programmi di ECM;
- attività di ricerca con la funzione di medici sperimentatori.

Va ricordato che l'ultimo Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (vedi *Capitolo 1 e Allegato A*) stabilisce che la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di medico di medicina generale, per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata.

Il MMG è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi attraverso attività che abbiano come obiettivi la crescita culturale e professionale, i servizi e le prestazioni per garantire i livelli essenziali di assistenza, e competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali.

Gli eventi che danno diritto a crediti possono essere residenziali, a distanza, sul campo, secondo le modalità previste dalla Regione, e seguono gli indirizzi e le priorità individuate dalle Regioni e dalle Aziende. In particolare possono dar luogo a crediti formativi anche le attività di ricerca e sperimentazione, di animatore di formazione, docente, tutor e tutor valutatore.

I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale. Per il restante 30% il medico ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi non organizzati dalle Aziende ma comunque svolti da soggetti accreditati.

Le Aziende garantiscono la realizzazione dei corsi nei limiti delle risorse disponibili. I corsi obbligatori (i cui oneri sono a carico dell'Azienda), salvo diversi accordi aziendali, si svolgono il sabato mattina per almeno 10 sabati e per almeno 40 ore annue.

Agli accordi regionali sono demandati la definizione del fabbisogno regionale di animatori e di docenti di medicina generale, l'attuazione dei corsi di formazione per animatori di formazione, la creazione di un elenco regionale di animatori, i criteri per l'individuazione dei docenti di medicina generale e le modalità e i criteri per la loro specifica formazione, le attività di sperimentazione e ricerca.

Nelle pagine che seguono vengono approfonditi alcuni degli aspetti più critici e sono presentate alcune esperienze di formazione continua offerte ai MMG in Emilia-Romagna, in particolare da parte delle Aziende USL. Al fine di completare il quadro è stata anche analizzata la banca dati dell'Agenzia italiana del farmaco, che contiene informazioni relative alle iniziative sponsorizzate da imprese farmaceutiche.

8.2. Il Centro regionale per la formazione e l'aggiornamento

In questo quadro si iscrive il Centro regionale per la formazione e l'aggiornamento in medicina generale, costituito nel 2003 presso l'Agenzia sanitaria regionale (deliberazione della Giunta regionale dell'Emilia-Romagna n. 439). Il CeFAR è stato strutturato in:

- un gruppo tecnico, presieduto dal Direttore generale dell'ASR e composto da 14 membri individuati fra rappresentanti della Direzione generale sanità e politiche sociali dell'Assessorato alle politiche per la salute, dell'ASR, delle Aziende sanitarie locali della regione e fra rappresentanti delle categorie professionali;
- tre aree di attività, coordinate da membri del gruppo tecnico e dedicate rispettivamente alla formazione specifica, alla formazione continua e alla ricerca in medicina generale;
- una segreteria.

Nel 2005 il CeFAR ha realizzato un corso regionale di aggiornamento dedicato agli animatori della formazione continua.

Le altre attività previste sono rivolte a:

- MMG interessati alla formazione, a partire da coloro che già svolgono funzioni di tutor, animatori, docenti, sperimentatori, al fine di costituire una figura - l'esperto di formazione - in grado di collaborare alle diverse modalità della formazione in medicina generale, operare nelle Commissioni aziendali per la formazione ECM e per la sperimentazione clinica, inserirsi nell'elenco regionale dei tutor di medicina generale e degli animatori di formazione e negli elenchi aziendali dei medici ricercatori, svolgere attività di docenza nel Corso regionale di formazione specifica;
- singoli MMG, per favorire la crescita di comunità professionali attive nei processi di miglioramento dell'assistenza a livello distrettuale, promuovendo i concetti propri della formazione continua in sanità, attivando scambi di esperienze tra pari e iniziative regionali di formazione sul campo e anche di auto-apprendimento, su temi di interesse generale (uso della documentazione scientifica, valutazione di processi e procedure, elaborazione di linee guida, ecc.);
- Aziende sanitarie, per favorire l'armonizzazione delle iniziative di ECM e di ricerca e valorizzarne il peso nel sistema di formazione continua su scala regionale;
- Università, anche alla luce degli indirizzi della LR 29/2004 e dei Protocolli di intesa con la Regione, per trovare nuove e più efficaci forme di collaborazione nel Corso regionale di formazione specifica e nei tirocini professionalizzanti del corso di laurea (DM 168/2000);
- Ordini provinciali, per quanto riguarda l'attività valutativa ai fini del superamento dell'esame di stato per l'abilitazione professionale (DM 445/2001);
- Società scientifiche della medicina generale e della pediatria di libera scelta, e Associazioni di categoria.

8.3. Tutor e animatori

Numerosi medici di medicina generale svolgono attività di supporto ai diversi momenti formativi (tutor valutatori, docenti, animatori di formazione) ma la loro preparazione è piuttosto eterogenea.

Per poter svolgere la funzione di tutor valutatori i MMG interessati frequentano un brevissimo corso abilitante (una giornata) organizzato dagli Ordini dei medici, da Società scientifiche, ecc. Le Università sottoscrivono delle convenzioni con gli Ordini dei medici, che forniscono l'elenco dei medici, o direttamente con i medici interessati.

Medici di medicina generale collaborano al Corso di formazione specifica in medicina generale come coordinatori, docenti o tutor, contribuendo in maniera rilevante a determinare la qualità della formazione stessa, ma la loro preparazione a svolgere queste funzioni è poco definita.

La formazione continua dei MMG è sostenuta dall'attività di un gruppo di animatori, una funzione riconosciuta contrattualmente e formata con corsi *ad hoc* a livello regionale e, in alcuni casi, locale. La distribuzione degli animatori e il loro grado di preparazione è vario tra le diverse realtà locali e in molte situazioni presentano carenze. Peraltro, questo argomento andrebbe affrontato anche sotto il profilo del portafoglio di funzioni che gli animatori dovrebbero svolgere. Accanto ad attività prevalentemente di tipo organizzativo, potrebbero essere ampliate e aggiornate le competenze nelle lettura dei bisogni formativi, progettazione formativa, gestione d'aula, sperimentazioni sul campo, attività tutoriale nella formazione a distanza, valutazione, ecc.

La presenza di questa fitta rete di medici di medicina generale che svolgono funzioni attive nei percorsi professionalizzanti dei propri colleghi implica la necessità di definire strumenti di verifica e di miglioramento della qualità didattica offerta, l'adozione di strumenti per la (ri)qualificazione dei docenti e dei tutor disponibili sul territorio regionale e per la formazione di nuovi formatori. considerando anche l'impatto sui processi assistenziali. Da non sottovalutare è inoltre l'importanza dell'interazione con la rete dei formatori delle Aziende USL, con i quali vanno sviluppati efficaci momenti di confronto per migliorare la programmazione formativa e la sua integrazione.

8.4. La formazione continua nelle Aziende sanitarie

La maggior parte delle Aziende USL progettano l'offerta formativa attraverso una Commissione con la partecipazione dei Dipartimenti delle cure primarie, degli Uffici formazione e di rappresentanti dei MMG. In alcune Aziende USL, come a Bologna e a Reggio Emilia, la programmazione ha anche una fase decentrata a livello distrettuale. In altre, in particolare nell'Azienda USL di Modena, a livello centrale vengono individuate le aree tematiche a cui dare priorità, che poi vengono sviluppate nei diversi distretti a seconda delle specificità e dei bisogni locali.

Anche le Aziende ospedaliero-universitarie offrono attività formative per i MMG, che vengono integrate con quelle delle Aziende territoriali. Quella di Parma, ad esempio, da tempo ha sviluppato programmi in collaborazione con l'Azienda territoriale, l'Ordine dei medici e l'Università per progetti formativi di medio e lungo termine su obiettivi operativi e contestualizzati nel territorio.

Nell'Azienda USL di Modena, in particolare nel distretto di Carpi, si è cercato di valorizzare la fase di analisi dei bisogni formativi dei professionisti convenzionati, utilizzando una griglia di raccolta che ha permesso di mettere in luce aree tematiche su cui sviluppare momenti formativi multiprofessionali e multidisciplinari.

Gli obiettivi formativi, o piuttosto i temi, posti al centro degli incontri variano nel tempo e tra le Aziende. Possono essere classificati in termini generali in tre principali categorie:

- argomenti di specifico interesse per il medico di medicina generale;
- innovazioni di carattere organizzativo-assistenziale;
- strumenti del governo clinico.

Agli incontri, di solito di 4 ore, partecipano un numero variabile di medici e uno o più docenti. A volte l'attività didattica si articola in lavori di gruppo.

La possibilità di accreditare per l'ECM anche la formazione sul campo ha indotto in alcuni contesti la sperimentazione di modalità didattiche diverse, come partecipazione ad *audit* o ricerche, forme di *stage* in ospedale, *narrative medicine*, ecc. Vengono utilizzati anche metodi interattivi quali la presentazione e l'analisi di casi clinici e lavori di gruppo, guidati da tutor che usano i metodi del *problem solving* e del *role playing*. È stato inoltre utilizzato a Modena il metodo PBL (*problem based learning*), con la rielaborazione di un caso in gruppo e la successiva presentazione in plenaria dello studio effettuato nel corso di un intervento formativo della durata di 80 ore, con lo scopo di sviluppare un sistema di cure palliative correttamente orientato verso il malato e la sua famiglia che rispondesse non solo a criteri di efficacia e oggettività ma che tenesse conto della dimensione personale della malattia terminale e sapesse garantire la continuità di cura e la libertà di scelta. Nel progetto sono state coinvolte diverse figure professionali delle *équipe* di lavoro del sistema di cure palliative, quali MMG, medici specialisti, medici di organizzazione, infermieri, psicologi e assistenti sociali. Da questo percorso principale, a cascata sono stati sviluppati nel corso degli anni 2002-2005 altri momenti formativi specifici per le diverse realtà distrettuali, che hanno visto il coinvolgimento di più di 1.000 persone con diverse qualifiche professionali.

8.5. Esperienze aziendali

Azienda USL di Bologna²⁴

Nell'Azienda USL di Bologna l'aggiornamento dei MMG è regolamentato dall'Accordo integrativo locale del 2005. Per governare le diverse iniziative sono previste Commissioni paritetiche a due livelli: aziendale e distrettuale. A livello aziendale vengono programmate le iniziative relative all'appropriatezza farmaceutica, in collaborazione con il CeVEAS, e agli argomenti indicati dalla Regione come obbligatori. Le altre iniziative vengono predisposte dalle Commissioni distrettuali.

Di norma i corsi si svolgono il sabato mattina, avendo concordato di attivare in via permanente la guardia medica il sabato dalle 8 alle 10.

In linea di massima i corsi che prevedono momenti assembleari sono organizzati su quattro aree di 180 medici ciascuna (nord, sud, est e ovest) e sono integrati con lavori di gruppo condotti dagli animatori. I rimanenti corsi sono organizzati a livello di Nucleo delle cure primarie e prevedono alcuni accorpamenti per arrivare a 24 edizioni circa (sono 46 NCP).

Gli animatori (medici di medicina generale e medici di continuità assistenziale) sono al momento 46, di cui la metà sono nuovi, formati dalla Azienda USL nel 2005.

Azienda USL di Forlì²⁵

Nel corso del 2005 sono stati realizzati, in accordo con il Comitato sindacale dei MMG, due corsi di aggiornamento obbligatorio di una giornata con crediti ECM.

Il primo, dedicato all'insufficienza renale cronica nell'ambito del Progetto regionale, era aperto anche ai medici di continuità assistenziale, agli specialisti ambulatoriali e ai dipendenti interessati. Vi hanno partecipato 196 medici, di cui 142 MMG, e tutti hanno giudicato gli argomenti rilevanti e la trattazione efficace.

Il secondo corso è stato dedicato al ruolo del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, del medico di sanità pubblica e dello specialista nella gestione di alcune malattie infettive. Vi hanno partecipato 180 operatori (di cui 125 MMG). Anche questo è stato largamente apprezzato dai partecipanti.

Sono poi stati realizzati 5 corsi di aggiornamento facoltativo con crediti ECM su argomenti particolarmente rilevanti per la pratica quotidiana del medico di medicina generale (malattie rare e autoimmunità, fitoterapia in urologia e andrologia, ipertensione e fattori di rischio associati, appropriatezza in medicina: la ricerca di un equilibrio etico e aggiornamenti in endocrinologia e malattie del metabolismo).

Con il Comitato sindacale dei MMG è stata inoltre concordata la partecipazione dei direttori del Distretto e dei due Dipartimenti con propri collaboratori e di due medici di medicina generale al Corso regionale Giuseppe Leggieri sui trattamenti dei disturbi

²⁴ A cura di Raffaella Stiasi, Azienda USL di Bologna

²⁵ A cura di Daniela Calderoni, Azienda USL di Forlì.

mentali medio-lievi, che era articolato in 3 giornate seminariali. È prevista ora una ricaduta formativa a livello aziendale su due Nuclei di cure primarie utilizzando i partecipanti del Corso regionale come facilitatori dell'integrazione tra Dipartimenti. Lo sviluppo di progetti/percorsi di integrazione con il Dipartimento di salute mentale è tra gli obiettivi del *budget* 2006.

È inoltre da segnalare che 4 MMG dell'Azienda USL di Forlì hanno svolto attività di animatori di formazione e sono iscritti all'Albo regionale, mentre altri 2 hanno comunque svolto a vario titolo attività strutturate di formazione, anche se non iscritti all'Albo.

Azienda USL di Modena²⁶

I Nuclei delle cure primarie hanno assunto progressivamente maggiori responsabilità gestionali attraverso progetti nuovi o esistenti, individuati nel rispetto delle priorità fissate dall'Azienda. La realizzazione di tali progetti permette di ragionare non per modelli organizzativi astratti, ma sulla base della concretezza quotidiana, misurando sul campo il grado di gestionalità che è realmente possibile realizzare nei NCP. I progetti si sviluppano quindi all'interno di un modello organizzativo che si modifica costantemente, apprendendo dagli esiti della realizzazione dei progetti svolti all'interno di specifiche aree di intervento (gestione integrata della guardia medica, assistenza domiciliare, dimissioni protette, patologie croniche, cure palliative, specialistica ambulatoriale, prevenzione e educazione alla salute, azioni di governo clinico, informatizzazione).

Per supportare il nuovo modello di assistenza primaria e facilitare lo sviluppo di competenze organizzative, relazionali e gestionali nuove rispetto al modello tradizionale, particolare attenzione è stata dedicata alla progettazione delle attività formative che rientrano nel Programma di educazione continua in medicina a sostegno delle cure primarie, utilizzando in tutte le fasi del processo formativo sinergie con gli attori più significativi quali i Direttori di Distretto, i Servizi infermieristici territoriali, i MMG e i PLS, con i quali sono stati stipulati specifici protocolli per la progettazione e conduzione delle attività formative.

Le aree tematiche privilegiate nell'ambito nella formazione da parte di ciascun Distretto hanno riguardato materie omogenee, in linea con gli indirizzi strategici che la Regione ha affidato alle Aziende. In particolare, annualmente sono stati ripresi argomenti inerenti l'assistenza domiciliare, le cure palliative territoriali, l'area degli anziani con spiccato riferimento alla demenza, l'assistenza integrata al paziente diabetico, la psichiatria per il programma Leggieri, l'area della prevenzione del rischio cardiovascolare e degli stili di vita.

Va sottolineato lo sforzo attuato nell'Azienda USL di Modena per ricercare un denominatore comune che unisse trasversalmente le indicazioni evinte dalle linee strategiche regionali e aziendali alle esigenze formative dei professionisti e agli obiettivi concordati negli Accordi con i MMG sui Nuclei di cure primarie.

²⁶ A cura di Barbara De Cicco, Azienda USL di Modena.

Le tematiche sopra citate sono state di volta in volta affrontate in base alle esigenze specifiche di ciascun Distretto, sotto l'aspetto:

- della qualità dell'assistenza erogata nell'ambito delle cure primarie,
- dell'organizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici integrati territorio/ospedale e dell'accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari del territorio,
- del governo clinico e dell'appropriatezza prescrittiva, prevalentemente farmacologica, coordinata dal CeVEAS.

Gli strumenti e le modalità didattiche, condivisi fra i responsabili distrettuali delle cure primarie e i MMG animatori per la formazione, si sono diversificati a seconda dell'obiettivo da raggiungere. A corsi di tipo assembleare - prevalentemente distrettuali, più raramente a carattere aziendale - si sono alternati corsi organizzati per i Nuclei di cure primarie. Questi ultimi si sono mostrati particolarmente adatti per lo studio e l'analisi della reportistica farmaceutica in quanto hanno consentito prima la verifica fra pari sulla base di dati specifici di confronto con i MMG dell'Azienda, del Distretto e del Nucleo di appartenenza, e quindi l'evidenza di criticità e azioni di miglioramento.

Una ulteriore conseguenza delle scelte descritte è rappresentata dalla multiprofessionalità che ha caratterizzato alcuni eventi che hanno coinvolto come docenti e anche come discenti - oltre ai medici di medicina generale e di continuità assistenziale - gli specialisti, gli infermieri e anche il personale dei servizi sociali comunali: in una parola, gli attori che con il tempo stanno implementando i Nuclei, sede del processo di erogazione delle cure primarie.

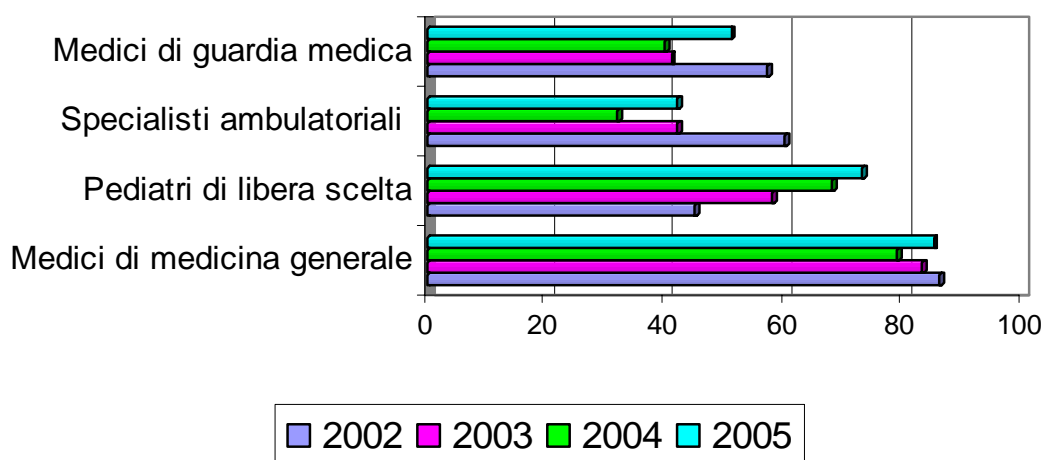
Sono stati coinvolti l'Agenzia formativa dell'Azienda USL di Modena (Agefor), un gruppo permanente per la formazione in rete dei MMG (MGFORM) e un gruppo permanente per la formazione in rete dei PLS (PEDIAFORM). Questi soggetti hanno stipulato un programma che prevede di:

- organizzare e coordinare la formazione obbligatoria, per convenzione, per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta e curarne l'accreditamento ai fini dell'ECM, integrandolo nel piano formativo aziendale;
- organizzare la formazione non obbligatoria, partendo dalle necessità reciproche espresse, valutare la pertinenza delle iniziative formative con i bisogni dei MMG e dei PLS con i piani di sviluppo aziendale;
- dare visibilità alle iniziative formative;
- finalizzare gli eventi formativi organizzati (formazione obbligatoria) all'accreditamento ECM;
- prevedere l'accreditamento ai fini ECM (Programma nazionale o regionale) utilizzando Agefor come *provider* anche per le iniziative non previste per l'aggiornamento obbligatorio;
- promuovere l'informazione necessaria sulle procedure da attuarsi per l'accreditamento.

Per gli specialisti ambulatoriali sono predisposti pacchetti formativi dedicati, ad esempio i corsi di formazione BLS e la partecipazione all'offerta formativa aziendale. Le informazioni relative all'offerta formativa accreditata ECM, predisposta per gli specialisti ambulatoriali, vengono diffuse periodicamente da Agefor attraverso il Centro servizi ambulatoriali.

La copertura delle esigenze derivanti dal Programma ECM nel 2005 è stata migliore rispetto al 2004 per tutte le categorie dei professionisti convenzionati. L'85% dei medici di medicina generale ha raggiunto almeno 15 crediti; 69 PLS su 94, pari al 73%, hanno ottenuto almeno 15 crediti; il 42% degli specialisti ambulatoriali ha raggiunto il minimo previsto per il 2005, così come il 51% dei medici di guardia medica (*Figura 28*).

Figura 28. Copertura minima ECM per i professionisti convenzionati



In questa ottica Agefor ha promosso, coordinato e indirizzato in modo operativo la realizzazione di programmi di formazione e aggiornamento dei medici convenzionati per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta. Ha rilevato i bisogni formativi e di supporto connessi al cambiamento organizzativo in atto che mira all'integrazione delle diverse professionalità costitutive del Dipartimento al fine di produrre un'azione multiprofessionale coordinata, efficace ed efficiente, nella prospettiva di una crescente autonomia gestionale.

In particolare, anche per il futuro, per riuscire a supportare il nuovo modello assistenziale previsto, sarà necessario coinvolgere anche i medici di continuità assistenziale nei programmi di formazione dedicati ai MMG e ai PLS, incrementare le iniziative di sviluppo delle competenze dei referenti di Nucleo, fornire attraverso le attività di formazione gli strumenti di verifica e controllo sull'andamento dei progetti assistenziali orientati alla continuità di cura, con il coinvolgimento dei PLS.

Azienda USL di Piacenza²⁷

Il Piano strategico 2005-2007 dell'Azienda USL di Piacenza, in linea con le indicazioni del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale, pone una particolare attenzione ed enfasi sulla efficace definizione e gestione delle attività di gestione del territorio. Il Piano si propone in tale ambito la definizione e condivisione di un percorso di crescita e sviluppo professionale per i MMG e i PLS basato sulla creazione di una rete territoriale dei servizi ottenuta attraverso:

- la definizione di percorsi di cura condivisi, sia tra i singoli professionisti che con le diverse realtà aziendali;
- lo spostamento di attività di diagnostica di base sul territorio (medicines di gruppo, NCP, ecc.);
- la definizione di un modello di assistenza di base il più possibile vicino al cittadino-utente e il più possibile uniforme sul territorio (città, campagna, montagna, ...).

Nell'ambito del Piano strategico particolare enfasi viene attribuita al ruolo della formazione come strumento operativo per elevare i livelli di assistenza e soddisfare i bisogni di salute della popolazione di Piacenza e provincia.

Il Piano aziendale della formazione rappresenta in tale contesto il documento di programmazione che, partendo dalla rilevazione del fabbisogno socio-sanitario degli assistiti dell'Azienda USL, si propone di far acquisire ai MMG e ai PLS gli strumenti clinico-organizzativi opportuni per il miglioramento della prestazione sanitaria. Prevede lo sviluppo di:

- attività negoziale: su base annuale i rappresentanti dei MMG e PLS (analogamente ai Dipartimenti dell'Azienda) negoziano obiettivi e risorse per la formazione definendo a tal fine un documento di *budget*. L'attività negoziale viene condotta avendo quali interfaccia aziendali il direttore del governo clinico del territorio, la Direzione sanitaria, e l'Unità operativa per la qualità e la formazione;
- attività di programmazione: a valle della definizione degli obiettivi e risorse dedicate all'attività formativa, con la collaborazione del gruppo degli animatori dell'Azienda, viene redatto il Piano annuale della formazione che rappresenta il documento di programmazione in cui vengono definite le regole per l'esercizio dell'aggiornamento obbligatorio. Concorrono alla definizione del piano le proposte e le analisi sui fabbisogni formativi condotte nell'anno precedente.

L'identificazione delle tematiche da inserire nel Piano della formazione tiene conto dei seguenti principali elementi:

- partecipazione: la definizione del documento di programmazione e degli interventi formativi ivi inseriti necessita, per una efficace gestione, della condivisione da parte degli attori interessati. Per questo motivo l'Azienda USL ha attribuito un ruolo strategico alla condivisione di obiettivi e modalità operative con i rappresentanti dei MMG e PLS, attivata attraverso gruppi di lavoro;

²⁷ A cura di Lodovica Cavalli, Azienda USL di Piacenza.

- varietà dei temi: il Piano della formazione deve contenere interventi formativi che possano coprire per intero l'esigenza dei MMG e PLS e, per tale ragione, considera l'aspetto organizzativo gestionale dell'attività clinica, il livello specialistico, e prevede il coinvolgimento di professionalità aziendali che si occupano di statistica, gestione, ecc.;
- misurazione dell'efficacia: coerentemente con tale filosofia si sta valutando l'opportunità di introdurre, anche per questi eventi formativi, la valutazione di ricaduta attraverso l'adozione di indicatori che diano un'evidenza di quanto è cambiato realmente nell'attività clinico-assistenziale per gli assistiti.

Nella realizzazione delle iniziative hanno prevalso modalità di tipo tradizionale: lezioni frontali rivolte a gruppi numerosi e spazi dedicati alla discussione e prevalentemente svolta di sabato mattina. Sono state tuttavia avviate anche iniziative sperimentali con metodologie didattiche più efficaci e innovative quali:

- lavoro a piccoli gruppi con discussione di casi clinici all'interno di alcuni reparti ospedalieri;
- percorsi di formazione e addestramento in cui un docente esperto insegna metodologie e tecniche nuove pertinenti alle attività di medicina generale. Questi percorsi vengono sviluppati prevalentemente all'interno delle medicine di gruppo e dei Nuclei di cure primarie, con il chiaro scopo di sviluppare al meglio l'offerta assistenziale di queste realtà associative. Un'attenzione particolare è posta su attività di diagnostica ecografica, ECG e INR;
- *stage* presso alcuni reparti ospedalieri che, disponendo di tutor esperti, si sono resi disponibili ad ospitare in modo strutturato i MMG che ne facciano richiesta.

Indipendentemente dalla modalità di erogazione della formazione, l'Azienda garantisce l'inserimento di ciascun evento nell'ambito del progetto di formazione ECM della Commissione regionale.

Coerentemente con il ruolo strategico che la formazione assume per lo sviluppo della rete territoriale dei servizi, l'Azienda ha provveduto a:

- incrementare significativamente le risorse a disposizione per il Piano annuale formativo dei MMG e dei PLS al fine di sostenere il processo di cambiamento in atto e il trasferimento di attività assistenziali sul territorio;
- definire modalità di monitoraggio dell'attività formativa, misurando le ricadute sulla qualità dell'assistenza, utilizzando strumenti anche semplici di monitoraggio.

Per quanto attiene in particolare l'attività di monitoraggio, i dati vengono archiviati dal 2003 in un sistema che consente di poterli elaborare per la valutazione annuale in relazione a gradimento, apprendimento, presenze, partecipazione dei MMG come animatori e/o docenti, costi, ecc.

Azienda USL di Reggio Emilia²⁸

La formazione in medicina generale è stata sviluppata nell'Azienda USL di Reggio Emilia dal 2003 al 2005, e in particolare nel 2006, secondo le seguenti linee fondamentali.

I contenuti delle iniziative realizzate nel 2005 e soprattutto quelle programmate per il 2006, sono stati legati agli obiettivi e ai progetti aziendali:

- percorsi di cura per le malattie croniche: è stato sviluppato in particolare nel percorso del paziente oncologico un approccio basato sulle metodologie della *narrative based medicine* come opportunità di capitalizzare la descrizione dell'esperienza di malattia fatta da familiari e pazienti nella riorganizzazione dei processi assistenziali e di cura;
- protocolli condivisi nei gruppi di lavoro per l'appropriatezza clinica;
- strumenti per realizzare gli obiettivi degli accordi aziendali.

L'articolazione dei livelli di responsabilità e di coordinamento prevede:

- a livello aziendale: un medico di medicina generale con incarico specifico a progetto con il ruolo di coordinamento in raccordo con il Programma delle cure primarie e con la Direzione sanitaria;
- a livello distrettuale: la responsabilità dell'elaborazione delle proposte e della realizzazione del piano di formazione annuale è affidata al direttore del Dipartimento di cure primarie (che in 4 Distretti su 6 è un MMG a tempo parziale) che lavora in stretta collaborazione con i coordinatori dei NCP; il direttore di DCP nel Distretto di Reggio città, che è il più grande, ha affidato a un MMG vice-direttore di DCP questa funzione; negli altri Distretti, alcuni MMG sono stati chiamati ad affiancare i rispettivi direttori di DCP;
- i responsabili dei progetti formativi, dal 2004 e ancor più nel 2005 e 2006, sono per la maggior parte MMG; hanno ricevuto una formazione specifica, oltre che tecnica come responsabili di progetto formativo, nell'ambito del governo clinico in quanto coordinatori di NCP o membri dell'Unità per l'efficacia clinica, integrando così gli animatori di formazione iscritti nell'albo regionale.

Sono stati sviluppati progetti di formazione comune a varie professionalità presenti nelle cure primarie su temi specifici che includono:

- la formazione comune di MMG e infermieri operanti sul territorio (a livello distrettuale);
- la formazione comune di MMG, infermieri e operatori del sociale (a livello distrettuale);
- la formazione trasversale di MMG, infermieri e operatori ospedalieri sui percorsi di cura delle patologie croniche.

La formazione è stata quindi considerata in questo contesto sia come mezzo per la costruzione e lo sviluppo delle cure primarie, sia come strumento di disseminazione e di condivisione capillare dei percorsi di cura e dei protocolli che vengono predisposti dai

²⁸ A cura di Corrado Ruozi, Azienda USL di Reggio Emilia.

tavoli di lavoro sull'appropriatezza clinica, sia infine come luogo dove fornire le competenze necessarie a portare a termine obiettivi e progetti specifici.

Il Piano formativo annuale viene costruito partendo dalle proposte provenienti dai Distretti che sono state discusse dal direttore del DCP con i coordinatori di NCP e gli altri MMG che si occupano della formazione. Le proposte devono tenere conto degli obiettivi aziendali per le cure primarie e dei percorsi di cura per le malattie croniche che si vanno articolando a livello distrettuale (i percorsi di cura elaborati da un gruppo di lavoro aziendale sono prima sperimentati in uno o due Distretti per poi essere estesi a tutti gli altri) e sono integrate dalle proposte che emergono dal lavoro dei tavoli aziendali per l'appropriatezza clinica. Le varie proposte raccolte ed elaborate in una proposta organica a livello distrettuale vengono confrontate e discusse con le altre articolazioni delle cure primarie (che già si sono confrontate a livello distrettuale) e con i direttori di DCP di tutti i Distretti in modo da fornire all'Ufficio formazione una bozza complessiva da discutere e approvare nel Comitato aziendale e nel Collegio di direzione.

Nei Distretti, sia nella fase di elaborazione delle proposte che nella realizzazione e verifica, è sempre più essenziale la condivisione per favorire la formazione comune tra le varie componenti dell'*équipe* multiprofessionale delle cure primarie, che non è solo somma di professionalità, ma integrazione di professionalità diverse intorno a un bisogno di salute di una comunità.

L'Unità per l'efficacia clinica - di cui fanno parte 24 MMG, medici dei vari Dipartimenti ospedalieri e territoriali, e che nel corso del 2006 ha coinvolto anche la componente pediatrica - è uno strumento utilizzato sia per la costruzione dei tavoli per l'appropriatezza clinica (e i MMG che ne fanno parte diventano generalmente responsabili dell'evento formativo nei vari distretti) sia per la preparazione della base di evidenze su cui elaborare i singoli eventi formativi.

Il percorso di disseminazione e condivisione dei protocolli che vengono dai tavoli di lavoro (che hanno già operato un adattamento locale delle linee guida o comunque della base di evidenze intorno a un problema clinico) utilizza come canale la formazione nei vari distretti prima di partire con la sperimentazione e i percorsi di *audit* per monitorare gli indicatori che il gruppo di lavoro ha individuato.

Vengono organizzati incontri di verifica dello stato di avanzamento del Piano di formazione aziendale nei Distretti con i direttori di DCP e i responsabili degli eventi formativi coordinati dal MMG con funzioni di coordinamento aziendale sulla formazione (3 incontri nel 2005); in queste occasioni si esaminano le criticità e i punti di forza emersi nei vari eventi formativi, le possibili sinergie tra i vari distretti e i suggerimenti e le proposte che sono emerse a partire dagli eventi formativi per lo *staff* alle cure primarie (e comunque per il livello della committenza).

Per il 2006 sono previsti i seguenti obiettivi di sviluppo:

- sviluppare la formazione comune con le altre figure professionali dell'*équipe* delle cure primarie, articolando la formazione non solo a livello distrettuale ma di singolo NCP, sostenendo e integrando il ruolo del coordinatore;

- sviluppare la collaborazione e la formazione comune con i Dipartimenti ospedalieri e gli specialisti ambulatoriali sui percorsi di cura e i risultati dei tavoli per l'appropriatezza clinica. Su questo aspetto si sta sviluppando un'esperienza nell'ambito della Società medica Lazzaro Spallanzani, espressione dell'Ordine dei medici di Reggio Emilia, che ha nel suo statuto la trasversalità a tutta la professione medica, e che in questi anni ha visto MMG, specialisti ambulatoriali e medici ospedalieri collaborare all'ideazione e realizzazione di eventi formativi;
- coordinare su scala provinciale l'offerta formativa sia delle Aziende sanitarie sia degli altri *provider* e dell'Ordine dei medici. Per favorire questo processo, attraverso il progetto *web community* è stato consentito l'accesso alle risorse elettroniche della biblioteca comune dell'Azienda USL e Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova da parte di tutti i medici iscritti all'Ordine;
- sviluppare gli strumenti di verifica della formazione e di collegamento tra la formazione e il governo clinico, in particolare a livello distrettuale e di NCP, per lo *staff* del Programma cure primarie, in modo che la formazione sia sempre più uno strumento per il miglioramento della qualità dell'assistenza e per lo sviluppo dell'appropriatezza clinica e dell'efficacia ed efficienza delle cure.

Azienda USL di Rimini²⁹

La volontà dell'Azienda USL di Rimini di agire per un coinvolgimento ampio con i MMG e i PLS si può ritrovare in documenti ufficiali. La "Proposta di azioni prioritarie per il prossimo biennio 2005-2007" include il punto 2.1 "Integrazione della medicina generale. Costruire una grande alleanza con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta":

Questi professionisti non possono sentirsi solo parte del governo della domanda ma anche costituire parte integrante dell'Azienda e primo punto dell'offerta. L'integrazione va perseguita attraverso accordi aziendali che consolidino l'assistenza domiciliare e i programmi assistenziali rivolti a pazienti con patologie croniche; inoltre va favorito lo sviluppo dei Nuclei di cure primarie quale ambito privilegiato in cui perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione e governo clinico per il miglioramento della qualità dell'assistenza tramite linee guida, audit clinici, formazione specifica, aggiornamento (ECM). Per aumentare il livello di integrazione tra varie figure professionali ed elevare il livello di soddisfazione professionale possono contribuire diverse azioni: iniziative di approfondimenti scientifici, divulgazione di obiettivi aziendali, informazioni ai MMG sull'attività svolta sul campo dai reparti ospedalieri specialistici per conoscere l'offerta e aumentare la fiducia, pubblicizzazione di alcuni dati statistico-epidemiologici sul sito web aziendale, gruppi di lavoro e audit su percorsi diagnostico-terapeutici (ADI, diabete, disturbi cardiovascolari e disturbi mentali).

²⁹ A cura di Massimo Ferrari, Azienda USL di Rimini.

In questo ambito sono state quindi intraprese diverse azioni finalizzate a due principali obiettivi a cui la formazione e l'aggiornamento possono contribuire: aumentare il livello di integrazione tra varie figure professionali e contribuire a elevare il livello di soddisfazione professionale.

Coinvolgimento dei MMG nelle azioni prioritarie dell'Azienda USL

Le azioni previste avevano la finalità di valorizzare il ruolo del MMG nella ricerca dell'appropriatezza dell'offerta socio-sanitaria attraverso l'attività dei seguenti gruppi di lavoro per definire anche gli aspetti dell'accordo attuativo:

- "assistenza specialistica ambulatoriale" per lo studio della prescrizione e del consumo delle prestazioni specialistiche, strumentali e di laboratorio;
- "assistenza farmaceutica" per il monitoraggio degli indicatori previsti nell'accordo, la gestione della reportistica attualmente già in essere, la condivisione dei percorsi di erogazione dei farmaci a distribuzione diretta;
- "continuità delle cure" con il compito di individuare strumenti e percorsi per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (diabete mellito, TAO, particolari patologie di pazienti in ADI);
- "Programma regionale Giuseppe Leggeri" per l'individuazione e l'applicazione di percorsi condivisi per l'assistenza ai pazienti psichiatrici lievi tra medicina generale e Dipartimento salute mentale.

Queste attività sono state coordinate dai direttori di Dipartimento delle cure primarie e hanno avuto come consulente Aldo Pagni.

Programma di Educazione continua in medicina

Le azioni previste erano finalizzate all'integrazione tra professionisti diversi, ad approfondimenti scientifici e alla divulgazione degli obiettivi aziendali attraverso l'attività di gruppi di lavoro interdisciplinari (MMG, medici ospedalieri ed esperti esterni, quando necessario) con incontri mensili di 4 ore il sabato mattina. Le tematiche vengono decise dal comitato ECM e i gruppi organizzano e definiscono i contenuti degli eventi formativi. I primi incontri previsti per il primo semestre 2006 includevano: *narrative based medicine*; primo rapporto dei gruppi di lavoro su TAO, diabete, ADI; primo rapporto gruppi di lavoro su farmaceutica specialistica e presentazione del volume *La diagnostica per immagini, linee guida nazionali di riferimento* a cura del Dipartimento radiagnostica; primo rapporto del gruppo di lavoro "Programma Giuseppe Leggeri"; relazione definitiva del gruppo TAO e linee guida definitive.

Il coordinamento di queste attività è realizzato dall'Unità operativa risorse intangibili dell'Azienda.

Stage e gruppi di studio multidisciplinari ospedale-territorio

Le principali motivazioni della crescente esigenza di una collaborazione più stretta tra i medici di medicina generale e le varie *équipe* che operano nei presidi ospedalieri possono così essere riassunte.

La conoscenza reciproca diretta tra professionisti che lavorano nella stessa realtà territoriale favorisce i pazienti, che possono avere informazioni più precise e corrette.

La frequentazione diretta dei percorsi clinico-diagnostici e terapeutici intraospedalieri da parte dei MMG, oltre a permettere di verificarne l'applicabilità, potrebbe produrre quel riassetto che, in base alle indicazioni che nel tempo verranno espresse, li renderebbe più adeguati alle esigenze di pazienti.

Lo sviluppo tumultuoso delle tecnologie in medicina comporta il rapido rinnovo di tecniche e l'introduzione di nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche. Non sempre il panorama delle innovazioni presenti nelle varie specialità ospedaliere è conosciuto dai MMG in tempo reale. Il contatto diretto è occasione per avere un'idea chiara dell'offerta potenziale dell'Azienda.

La discussione comune su problematiche professionali permette un aggiornamento sul campo molto funzionale e diretto. I MMG possono aggiornarsi sulle attività specialistiche, mentre i medici ospedalieri acquisiscono dai MMG una visione più ampia della dimensione di salute globale del paziente, della sua vita e dei problemi connessi a una reale continuità delle cure.

Da questa modalità di incontro ci si attende di raggiungere tre obiettivi:

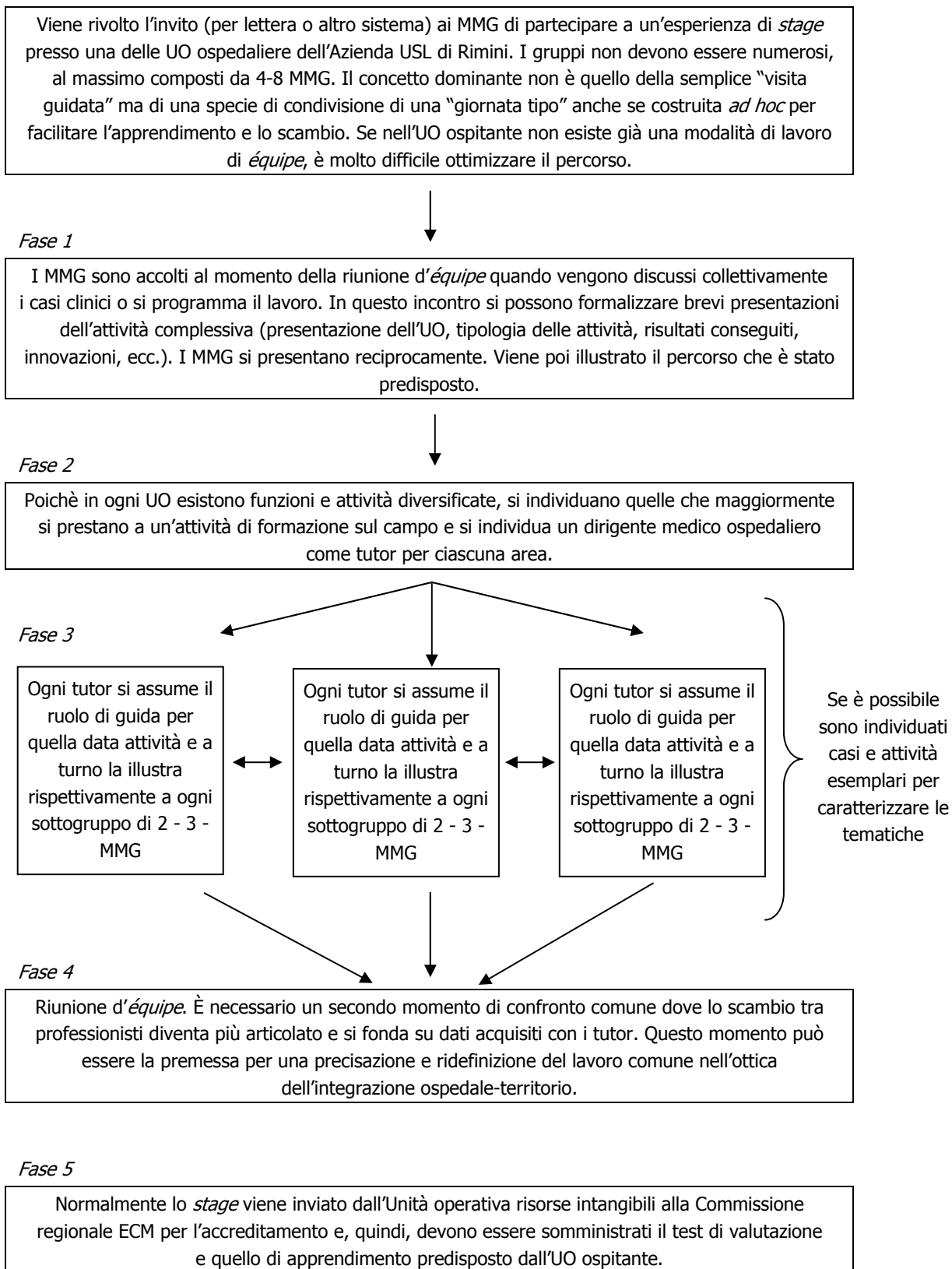
- una modalità di aggiornamento reciproco tra professionisti;
- una maggiore condivisione e quindi una fluidità dei percorsi sanitari per i cittadini;
- un utilizzo ottimale delle strutture e dei servizi da parte dei MMG, contribuendo a ridurre la quota comprimibile di mobilità esterna.

Lo schema (*Figura 29*) vuole essere un contributo metodologico all'organizzazione di tale tipologia di approccio integrato. La genericità delle indicazioni permette un'applicazione in ogni realtà strutturata.

In relazione alla complessità delle attività dell'UO ospitante e in base alle esperienze già sviluppate, si può prevedere una durata media che va dalle 4-6 ore alle 12-15 ore. È preferibile articularle in sessioni di mezza giornata per permettere ai MMG di non interrompere l'attività di cura. Con questa modalità sono stati già attivati percorsi in cardiologia, pneumologia e terapia antalgica. I prossimi sviluppi riguarderanno la gastroenterologia, l'ortopedia e la chirurgia.

Il coordinamento è garantito dall'Unità operativa risorse intangibili.

Figura 29. Metodologia di organizzazione dell'approccio integrato



Progetto di ricerca-azione "La medicina basata sulle narrazioni come strumento per il governo clinico delle cure primarie"

La *clinical governance* costituisce una priorità strategica per il SSR dell'Emilia-Romagna. In questo quadro, il ruolo della medicina generale e del Distretto sono considerati fondamentali sia per quanto riguarda il governo delle cure primarie che il controllo della spesa farmaceutica, specialistica ambulatoriale e ospedaliera. La sua applicazione a livello di Dipartimenti delle cure primarie appare tuttavia sino ad oggi problematica. Infatti, come risulta dal Rapporto finale del gruppo di lavoro CERGAS-FIASO su "Cure primarie e governo delle risorse", qui come altrove in Italia:

la progressiva esperienza di accordi volti al governo delle cure primarie, sia attraverso lo sviluppo organizzativo che attraverso lo sviluppo di un processo di programmazione e controllo di tipo budget, ha evidenziato le difficoltà ad assoggettare i professionisti a comportamenti virtuosi sotto il profilo della spesa (Vendramini, Stiassi, 2006, p. 13).

Se dunque il costo del sistema delle cure primarie viene ritenuto, a torto o a ragione, difficilmente governabile e la sua reale funzione di *gate keeping* nei confronti del resto del sistema sanitario scarsamente praticabile, da anni la responsabilità di tale situazione viene scaricata sui medici di medicina generale, cui viene spesso imputato di essere colpevoli di praticare una *opinion based medicine* che lascia troppo spazio alla variazione non necessaria nella pratica clinica, di esercitare un'azione di filtro troppo debole, e di essere scarsamente in grado di guidare i processi di cura della gran parte dei problemi di salute dei propri pazienti.

Ma chi decide dove collocare il confine tra la "variazione non necessaria" e quella "necessaria" che l'esperienza clinica del singolo professionista considera un tratto fondamentale dell'*expertise* necessaria a tener conto della natura irrimediabilmente contestuale e idiosincratICA di ogni caso clinico? Capacità intuitiva, intelligenza empatica, prassi terapeutiche fondate sull'esperienza e competenze maturate in anni di lavoro sono elementi essenziali nella cura dei pazienti da parte del MMG, che si riflettono in una maggiore efficienza diagnostica e nella capacità di coinvolgimento del paziente nelle decisioni sulle cure da intraprendere, migliorandone significativamente anche l'aderenza terapeutica; e non sempre tutto questo è riconducibile alle migliori evidenze sperimentali che la letteratura dell'*evidence based medicine* mette a disposizione, dal momento che non sono codificabili nei suoi termini.

Le resistenze al cambiamento da parte del MMG non sono dunque semplicemente riducibili a una sua *forma mentis* conservatrice che, per ignoranza o rigetto degli studi clinici sperimentali randomizzati a disposizione, tenderebbe a considerare la propria esperienza come elemento sufficiente nella presa di decisione diagnostico-terapeutica. C'è qualcosa di più e di meglio, che né i testi accademici né la letteratura EBM disponibile hanno sin qui adeguatamente preso in considerazione; qualcosa che deriva dalla impossibilità di applicare meccanicamente le evidenze statistiche dell'EBM al singolo

paziente che si ha di fronte; qualcosa che nasce dalla stessa complessa natura dell'identità professionale del MMG, divisa tra una componente clinica e una più antropologica (Parisi, Valcanover, 1995).

La consapevolezza di tale dualità induce ad andare al di là della banale reprimenda sin qui diffusa per cercare di indagare nel lavoro del MMG quali siano le concrete modalità di costruzione dei processi decisionali clinici, per esplorarne la complessità insita nell'equilibrio tra le due componenti - clinica e antropologica - non sempre facilmente conciliabili e potenzialmente in conflitto tra loro. Proprio la scoperta di questa peculiarità della medicina generale suggerisce l'interesse per l'applicazione di nuove metodologie qualitative di ricerca, che consentano di cogliere meglio il significato della malattia in rapporto ai pazienti e al contesto/storia entro cui i pazienti si collocano (Caimi, Parma, 1996). Tra queste le *illness narratives*, le storie di malattia che, già sperimentate altrove con buoni risultati nell'ambito delle patologie cronico-degenerative (Giarelli *et al.*, 2005), offrono la possibilità di un approccio ermeneutico-culturale alla pratica clinica in grado di illuminarne peculiarità e problematiche. La medicina basata sulle narrazioni permette infatti di decodificare non solo le narrazioni del paziente ma anche quelle del medico, di comprendere la natura culturale del ragionamento clinico su cui si fonda la biomedicina oltre i suoi presupposti scientifici (Giarelli *et al.*, 2005).

La finalità del presente progetto è dunque utilizzare la medicina basata sulle narrazioni come strumento per il miglioramento del governo clinico delle cure primarie grazie a una strategia di ricerca basata sul consenso e il coinvolgimento dei MMG stessi, che punti a valorizzarne l'*expertise* professionale acquisita e a integrarla nel contesto organizzativo del Dipartimento di cure primarie nel momento in cui, alla luce di quanto previsto dalle due ultime Convenzioni 2000 e 2005, i medici di medicina generale sono sempre più coinvolti nel processo di determinazione di strategie e obiettivi aziendali, anche attraverso la creazione di gruppi di cure primarie operanti sulla base di percorsi di cura concordati con il Distretto e gli altri servizi dell'Azienda sanitaria.

Due sono le metodologie che si intendono utilizzare per operationalizzare la finalità suddetta: le storie cliniche e la ricerca-azione. Le storie cliniche sono una metodologia della medicina basata sulle narrazioni mediante la quale è possibile ricostruire "come la medicina costruisce i propri oggetti" (Good, 1999): semeiotica, visita medica, intervista al paziente, prescrizione e scrittura clinica sono tutte "pratiche mediche che formano sistematicamente gli oggetti di cui parlano" (Foucault, 1971). Ricostruire questi oggetti mediante la realizzazione di circa 25-30 interviste semi-strutturate a un campione rappresentativo dei 228 MMG che lavorano nell'Azienda USL di Rimini casi sarà quindi lo strumento utilizzato in questo ambito. Per finalizzare meglio tali interviste al governo clinico delle cure primarie e in particolare della domanda sanitaria, si ritiene poi opportuno focalizzare la rilevazione su 2-3 percorsi diagnostico-terapeutici specifici di tipo cronico-degenerativo, risultati particolarmente problematici dal punto di vista della gestione assistenziale.

La seconda metodologia che si intende utilizzare è quella della ricerca-azione: tale scelta si fonda sul presupposto che:

quando i membri di un gruppo prendono parte a un programma per scoprire certi fatti circa le loro personali convinzioni, le scoperte che essi fanno stimolano dei cambiamenti nella loro condotta (Marrow, 1977).

La metodologia della ricerca-azione si presenta dunque come particolarmente idonea a promuovere l'azione sociale da parte degli stessi soggetti oggetto di indagine, purché siano messi in condizione di condividere le finalità della ricerca cui partecipano: a tale scopo si ritiene opportuno utilizzare lo strumento del *focus group* per creare momenti di autoriflessione e di condivisione del percorso di ricerca e della formazione in situazione per introdurre elementi di medicina basata sulle narrazioni nella pratica clinica del MMG e aprire una prospettiva di integrazione con la EBM.

Le diverse attività previste seguono un percorso che cerca di integrare le due metodologie indicate secondo una logica di tipo sequenziale-circolare dello sviluppo del gruppo-ricerca-azione (Cunningham, 1976), della durata complessiva di 10 mesi.

Step 1. Sviluppo del gruppo (3 mesi)

- Costituzione del gruppo di pilotaggio aziendale, composto dai referenti del Dipartimento di cure primarie di Rimini e Riccione, dell'UO risorse intangibili dell'Azienda USL di Rimini, dei MMG e dell'Università di Bologna e definizione del percorso di ricerca-azione.
- Formazione dell'*équipe* di ricerca, composta dal consulente scientifico (Guido Giarelli) e dalla ricercatrice (Stefania Florindi) del Dipartimento di sociologia dell'Università di Bologna e dai ricercatori che l'UO risorse intangibili metterà a disposizione.
- Creazione del gruppo di referenti dei MMG, composto da un campione di circa 15 MMG selezionati come rappresentativi delle diverse realtà di pratica associativa e singola dei MMG dell'Azienda USL, e realizzazione di 2 *focus group* di formazione del gruppo di ricerca-azione e di precisazione delle mete e del percorso che il gruppo intende perseguire.
- Realizzazione di una giornata formativa rivolta a tutti i MMG (228) dell'Azienda USL di Rimini di introduzione alla *narrative based medicine* e di sensibilizzazione-informazione al percorso concordato nell'ambito del gruppo di referenti dei MMG.

Step 2. Ricerca (4 mesi)

- Realizzazione di 25-30 interviste semi-strutturate da parte dell'*équipe* di ricerca a un campione rappresentativo dei 228 MMG operanti nell'Azienda USL di Rimini, finalizzate a ricostruire la storia clinica degli specifici percorsi diagnostico-terapeutici cronico-degenerativi selezionati.
- Trascrizione e analisi etnosemantica delle storie cliniche da parte dell'*équipe* di ricerca.

- Condivisione dei risultati ottenuti con il gruppo dei referenti dei MMG durante un *focus group*.
- Presentazione e discussione dei risultati della ricerca a tutti i MMG dell'Azienda USL in una giornata di formazione *ad hoc*.

Step 3. Azione (3 mesi)

- Definizione delle azioni da intraprendere per l'utilizzo dei risultati della ricerca fondata sulla medicina basata sulle narrazioni nell'ambito del governo clinico delle cure primarie da parte del gruppo di pilotaggio.
- Articolazione e specificazione delle azioni da intraprendere da parte del gruppo di referenti dei MMG in termini di integrazione dei profili assistenziali/linee guida EBM selezionati con i risultati della ricerca mediante un percorso di formazione in situazione.
- Presentazione dei profili assistenziali integrati a tutti i MMG dell'Azienda USL in una giornata di formazione *ad hoc* e discussione sulle risorse necessarie alla loro implementazione nel quadro delle strategie e degli obiettivi aziendali.

Corsi su casi clinici per i MMG in formazione a distanza

Queste iniziative mirano a coinvolgere i MMG come autori di corsi recuperando un ruolo didattico interno alla categoria, a coinvolgere gli specialisti ospedalieri dove necessario e ad approfondire scientificamente l'aspetto particolare del ruolo di medicina generale attraverso i casi clinici.

Si prevede di sviluppare casi clinici in forma *on line* con crediti ECM. Il coordinamento è realizzato dalla UO Risorse intangibili.

MMG e processi di innovazione e ricerca

Questo ambito si sviluppa con tre principali azioni.

- La valutazione dello stato dell'arte e la definizione del regolamento per le sperimentazioni in fase tre.
- Una ricerca su sincope e vertigini che si articola in due fasi: la prima prevede il coinvolgimento di tutti i medici di medicina generale del territorio della provincia di Rimini, ai quali si chiederà di somministrare un questionario strutturato anonimo a tutti i pazienti che si presentano in maniera consecutiva presso gli ambulatori o consultati telefonicamente nell'arco di un anno con pregressa sincope o sintomatologia vertiginosa; una seconda fase di elaborazione dei questionari e incrocio dei dati provenienti dal territorio, dall'archivio del Pronto soccorso ospedaliero e dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), per stimare un dato di incidenza delle patologie sincope o sindrome vertiginosa nella popolazione residente secondo il disegno dello studio cattura-ricattura.
- Un corso di biostatistica aperto ai MMG.

8.6. L'offerta formativa esterna

Oltre ai corsi realizzati dalle Aziende sanitarie, i MMG possono seguire anche altre iniziative formative offerte da organizzatori di formazione diversi che vengono accreditate presso il Ministero della salute. Tra queste vi sono anche quelle autorizzate dall'Agenzia italiana del farmaco (vedi anche *Capitolo 9*) e su cui quindi è possibile avere alcune informazioni. A titolo di esempio si riportano alcuni elementi che hanno caratterizzato tale offerta formativa nel 2005.

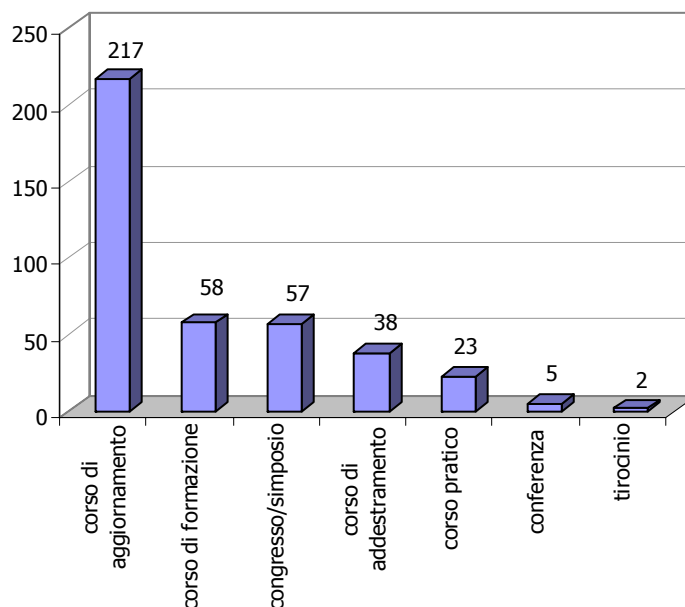
Nel corso del 2005, infatti, sono stati accreditati dal Ministero della salute 448 eventi organizzati in Emilia-Romagna aperti ai MMG. Tra questi, 17 sono stati finanziati con le quote di iscrizione, 29 con autofinanziamento degli organizzatori e il restante 90% (400 eventi) ha ricevuto sovvenzioni da sponsor commerciali, in larghissima parte aziende farmaceutiche.

In 345 eventi il finanziamento è stato offerto da un unico sponsor, mentre negli altri gli sponsor sono stati 2-3 (23 eventi) o più di tre (32 eventi).

Gli organizzatori di formazione che hanno ricevuto tali sponsorizzazioni da parte delle aziende farmaceutiche sono stati in prevalenza società di formazione (225 eventi) e case editrici (52 eventi), ma anche società scientifiche e ordini professionali, che hanno realizzato 93 eventi. Anche le Aziende sanitarie, gli istituti di ricerca e le università sono stati finanziati, ma in misura minore, e complessivamente hanno organizzato 23 eventi.

Nella maggior parte dei casi si è trattato di corsi di aggiornamento (217), a cui seguono per numerosità decrescente corsi di formazione (58 eventi), congresso e simposi (57). La formazione di tipo pratico risulta più rara: i corsi di addestramento sono stati solo 38, i corsi pratici 23 e ci sono stati solo 2 casi di tirocinio (*Figura 30*).

Figura 30. Distribuzione degli eventi accreditati per l'ECM presso il Ministero della salute aperti ai MMG nel 2005 secondo la tipologia



Sommando le diverse iniziative si arriva complessivamente a circa 2.800 ore di formazione e 2.370 crediti ECM (Figura 31) e i corsi di aggiornamento fanno la parte del leone con 1.496 ore e 1.242 crediti. È interessante notare che la durata media delle diverse attività non varia molto, e in generale non supera una giornata (Figura 32).

Figura 31. Distribuzione delle ore di formazione e dei crediti ECM in funzione della tipologia degli eventi

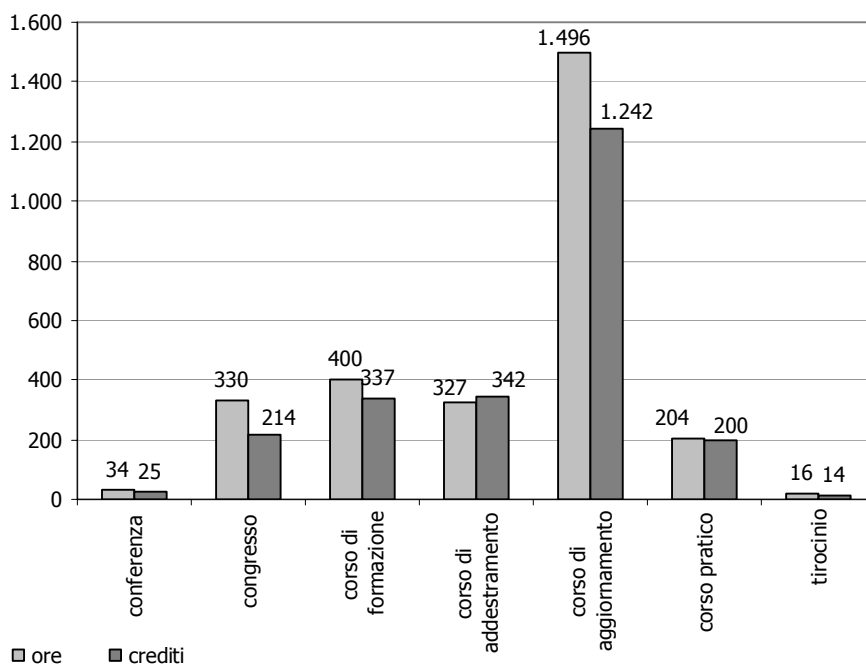
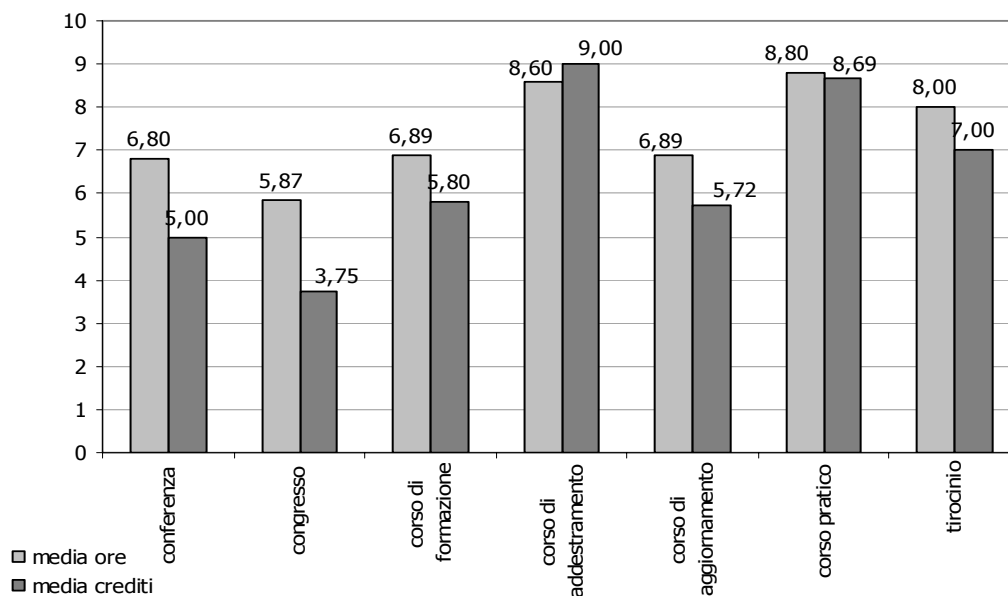


Figura 32. Durata media degli eventi (in ore) e numero medio di crediti ECM erogati



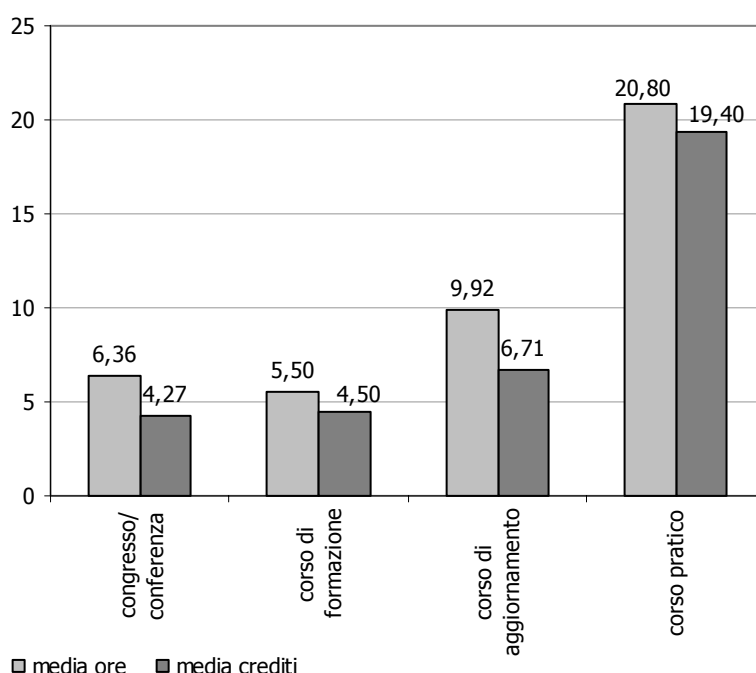
Gli eventi che vengono considerati in questa analisi sono stati in maggioranza (256) rivolti in modo specifico ai MMG ma aperti anche ad altri specialisti. In 144 casi, al contrario, l'evento era stato rivolto in primo luogo a determinati specialisti ma era comunque aperto alla partecipazione dei MMG (*Tabella 18*). Tra i contenuti specialistici, si differenziano dagli altri per numerosità di eventi le attività formative in ambito cardiologico e su problematiche dell'apparato respiratorio, seguite dalla neurologia (10 eventi) e dalle altre specialistiche, con un numero di eventi più ridotto.

Gli eventi autofinanziati in media hanno avuto una durata maggiore (*Figura 33*). Tra questi, peraltro, vi sono diverse iniziative sulle medicine non convenzionali e, in proporzione, più corsi dedicati alla medicina generale e a temi oncologici di quanto non fosse tra gli eventi sponsorizzati.

Tabella 18. Distribuzione degli eventi per disciplina

Disciplina	Numero eventi
Medicina generale (Medici di famiglia)	256
Cardiologia	44
Malattie dell'apparato respiratorio	34
Neurologia	10
Gastroenterologia	8
Geriatrics	7
Psichiatria	7
Medicina interna	6
Ginecologia e ostetricia	4
Malattie metaboliche e diabetologia	4
Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza	3
Dermatologia e venereologia	2
Oncologia	2
Ortopedia e traumatologia	2
Otorinolaringoiatria	2
Urologia	2
Allergologia e immunologia clinica	1
Angiologia	1
Chirurgia generale	1
Medicina fisica e riabilitazione	1
Medicina generale, medicina interna, neurologia	1
Pediatria	1
Reumatologia	1

Figura 33. Distribuzione degli eventi autofinanziati per tipologia e loro durata media



Riferimenti bibliografici

- Caimi V., Parma E. La ricerca qualitativa in medicina generale: un'analisi della letteratura internazionale, *Newsletter* del CSerMEG, n. 69, 1996.
- Cunningham B. Action research: Toward a procedural model. *Human relations*, 3: 218, 1976.
- Foucault M. *L'archeologia del sapere*. Milano, Rizzoli, 1971.
- Giarelli G., Good B.J., Del Vecchio Good M-J., Martini M., Ruozi C. *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze. L'integrazione possibile*. Milano, FrancoAngeli, 2005.
- Good B. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino, Edizioni di comunità, 1999.
- Marrow A. *Kurt Lewin fra teoria e pratica*. Firenze, La Nuova Italia, 1977.
- Parisi G., Valcanover F. L'organizzazione in medicina generale. *Sviluppo & Organizzazione*, 148: 87-107, 1995.
- Vendramini E., Stiasi R. *Cure primarie e governo delle risorse. Rapporto finale di ricerca del gruppo di lavoro, CERGAS Università Bocconi e Federazione delle Aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO)*. 2006.

9. Interessi commerciali in sanità e formazione per l'ECM³⁰

9.1. Un principio e diverse pratiche

Il primo programma di Educazione continua in medicina è ormai concluso e la necessità di un esame critico complessivo potrebbe rappresentare l'occasione per definire regole più chiare anche relativamente alla partecipazione delle imprese che hanno interessi commerciali in sanità.

Il ruolo in particolare dell'industria farmaceutica nei processi formativi degli operatori sanitari e il possibile conflitto di interessi che può generare è un problema conosciuto da tempo, ma che non ha ancora trovato una soluzione adeguata e condivisa né un quadro normativo chiaro. Secondo il DLgs 229/1999

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.

La Commissione nazionale per la formazione continua, nel suo documento approvato il 25 marzo 2003, aveva sostenuto che

il provider può accreditare eventi e programmi ECM solo se è in grado di garantire che l'informazione e l'attività educativa è obiettiva e non influenzata da interessi diretti o indiretti che ne possono pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della sanità, al fine di ottenere una migliore pratica clinica-tecnica-assistenziale, basata sulle più moderne conoscenze scientifiche.

A questo fine la Commissione nazionale aveva proposto di non riconoscere né alle industrie farmaceutiche né a quelle produttrici di strumenti e presidi medici il ruolo di *provider* per l'ECM, ma di considerarle eventualmente come sponsor commerciali a condizione che il supporto finanziario o di risorse fosse dichiarato e non condizionante in alcun modo sui contenuti degli eventi e dei programmi ECM.

Il primo Accordo nazionale (20 dicembre 2001) sull'ECM stipulato nella Conferenza Stato-Regioni prevede anche che le Regioni non possano svolgere il ruolo di organizzatori di formazione per l'ECM perché sono in primo luogo enti per la promozione, l'accreditamento e la valutazione della qualità.

³⁰ A cura di Marco Biocca, Benedetta Riboldi, Marina Ventura e Vanessa Vivoli, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.

La legge 326/2003 ha ripreso questi temi e il comma 25 dell'art. 48 impone che:

la procedura di attribuzione dei crediti ECM deve prevedere la dichiarazione dell'eventuale conflitto di interessi da parte dei relatori e degli organizzatori degli eventi formativi.

Peraltro la stessa legge 326/2003 ha aggiornato il DLgs 541/1992 che già regolava le modalità per la pubblicità dei medicinali secondo gli indirizzi della direttiva CEE 28/1992 e definiva tra l'altro anche i vincoli (art. 12) per le iniziative formative (convegni, congressi, seminari, ecc.) che le imprese farmaceutiche organizzano direttamente o che sponsorizzano. Le imprese farmaceutiche, interessate a organizzare direttamente o a sponsorizzare un'iniziativa formativa finalizzata alla propaganda di un particolare prodotto, possono chiedere una specifica autorizzazione, precedentemente al Ministero della sanità e ora all'Agenzia italiana del farmaco. Per concedere l'autorizzazione, l'AIFA deve chiedere il parere della Regione in cui avviene l'evento. L'autorizzazione, che viene concessa se l'iniziativa da sponsorizzare è esplicitamente correlata con la produzione commerciale dell'impresa, consente di dedurre dalle tasse fino al 20% delle spese dichiarate.

La norma mantiene anche alcuni vincoli alle spese, come ad esempio: il viaggio può essere pagato solo agli operatori e non agli accompagnatori, la durata del soggiorno non può eccedere quella dell'iniziativa, le finalità tecnico-scientifiche devono prevalere su altre possibili, non ci deve essere distribuzione di campioni medicinali o di materiale illustrativo in seno al convegno o collateralmente ad esso, il tema deve essere attinente all'impiego di medicinali.

Le affermazioni di principio tendono a somigliarsi. L'organizzatore di formazione per l'ECM può proporre per l'accreditamento eventi e programmi solo se è in grado di garantire che l'informazione e l'attività educativa è obiettiva e non influenzata da interessi diretti o indiretti che ne possono pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della sanità, al fine di ottenere una migliore pratica clinica-tecnica-assistenziale, basata sulle più moderne conoscenze scientifiche.

Il conflitto di interesse è la condizione in cui un soggetto svolge contemporaneamente due ruoli differenti con possibilità di interferenza dell'uno sull'altro. Perché esista il conflitto non è necessario che la possibilità dia effettivamente luogo all'interferenza.

Problemi di questo tipo possono verificarsi anche nel sistema di ECM, che è strumento di garanzia istituzionale perché la formazione continua degli operatori sanitari sia esclusivamente finalizzata al miglioramento dell'assistenza e non influenzata da interessi commerciali nel campo della sanità. Questi problemi sono stati affrontati finora considerando soprattutto tre scenari e, in particolare, il rischio che:

- chi ha il ruolo di accreditatore/valutatore di attività o di *provider* ECM possa svolgere anche funzioni di organizzatore di formazione ECM, e viceversa (valutatore/valutato);
- chi svolge attività formative per l'ECM (docente) possa avere rapporti di dipendenza da chi ha interesse a orientare per motivi commerciali le medesime attività;
- un evento o un programma per l'ECM possa essere sostenuto attivamente da chi ha interesse a orientarne l'andamento per proprie finalità commerciali.

Nel momento in cui gli elementi di principio vengono tradotti in comportamenti, la questione diventa più controversa e per descrivere ciò che avviene attualmente è necessario distinguere almeno tre approcci diversi tra loro, la cui convivenza non dovrebbe essere tranquilla. In tutti vale la norma imposta dalla legge 326/2003 di richiedere ai docenti un'autocertificazione con cui dichiarano, in modo alquanto generico, l'assenza di conflitti di interesse.

- L'esclusione della condizione. In Emilia-Romagna gli organizzatori degli eventi devono produrre un'autocertificazione con cui escludono che l'evento venga sostenuto, anche parzialmente, con risorse provenienti da imprese con interessi commerciali in sanità. Gli organizzatori temporaneamente riconosciuti dalla Regione Emilia-Romagna sono in particolare le Aziende sanitarie pubbliche e le Università della regione e devono presentare anche un Piano annuale formativo (PAF). Sono possibili eventualmente accordi tra l'organizzatore e l'eventuale sponsor ma solo nel caso che interessino l'intero PAF. È stato anche proposto alle imprese farmaceutiche di collaborare a un Programma per la ricerca e l'innovazione nel Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna (PRI E-R) che ha scala regionale e include anche attività di formazione accreditata.
- Il riconoscimento della condizione. Il Ministero della salute richiede agli organizzatori di produrre un'autocertificazione con la quale dichiarano eventuali sostegni provenienti da imprese con interessi commerciali in sanità, ma garantiscono l'indipendenza e l'esclusiva finalità formativa. Le imprese farmaceutiche non possono direttamente presentare proposte di eventi per l'accREDITamento, ma possono sponsorizzare altri organizzatori. Se la presenza dello sponsor non rispetta alcune regole formali, non chiaramente definite, tuttavia, l'accREDITamento viene negato.
- Il conflitto obbligatorio. Molte imprese farmaceutiche utilizzano la legge 326/2003 per chiedere all'AIFA l'autorizzazione a organizzare o sponsorizzare eventi formativi che per definizione sono finalizzati alla propaganda di specifici prodotti. Contemporaneamente le organizzazioni che ricevono il finanziamento fanno richiesta al Ministero della salute di accREDITare il medesimo evento e attribuirgli crediti ECM.

Per gestire il processo di autorizzazione, l'AIFA ha impiantato un sistema informativo che può offrire interessanti informazioni sulla dimensione e sulle caratteristiche di questo terzo scenario. Dall'analisi dello specchio di banca dati che corrisponde agli eventi autorizzati in Emilia-Romagna, che pur essendo parziali e limitati rappresentano comunque la fonte più attendibile e completa sulle attività di carattere informativo e formativo realizzate dalle imprese farmaceutiche in Emilia-Romagna, è stato possibile ricavare utili informazioni che si riferiscono all'intero 2005 e ai primi 6 mesi del 2006.

9.2. Imprese farmaceutiche e formazione in Emilia-Romagna

La documentazione che viene trasmessa al Ministero è raccolta in una scheda con dati generali su:

- azienda richiedente
- titolo, sede e data dell'evento
- destinatari
- relazioni tra il tema trattato e la produzione dell'azienda
- richiesta di crediti ECM

Alla scheda sono allegati il preventivo analitico delle spese e il programma dell'evento con informazioni relative anche alla qualificazione scientifica dei relatori.

Nel caso di eventi organizzati o sponsorizzati da più imprese farmaceutiche, ogni azienda provvede a inviare la propria richiesta singolarmente.

Viene anche sempre segnalata esplicitamente sulla scheda l'eventuale richiesta di accreditamento per l'ECM.

Gli eventi sono stati classificati in 4 principali gruppi in funzione della durata:

- da 1 ora a 4 ore
- da 5 ore a 8 ore
- da 9 ore a 15 ore
- più di 15 ore

In funzione del ruolo sostenuto dall'impresa farmaceutica sono stati distinti gli eventi organizzati direttamente da quelli sponsorizzati ma organizzati da altri come società scientifiche, istituti universitari, Aziende sanitarie, centri di formazione e altri soggetti privati.

I dati che vengono di seguito riportati si riferiscono, quindi, agli eventi di carattere informativo e formativo previsti in Emilia-Romagna che hanno ricevuto un supporto, diretto o indiretto, da parte di imprese farmaceutiche e per cui è stata richiesta l'autorizzazione all'AIFA ai sensi dell'art. 12 del DLgs 541/1992 modificato dalla legge 326/2003.

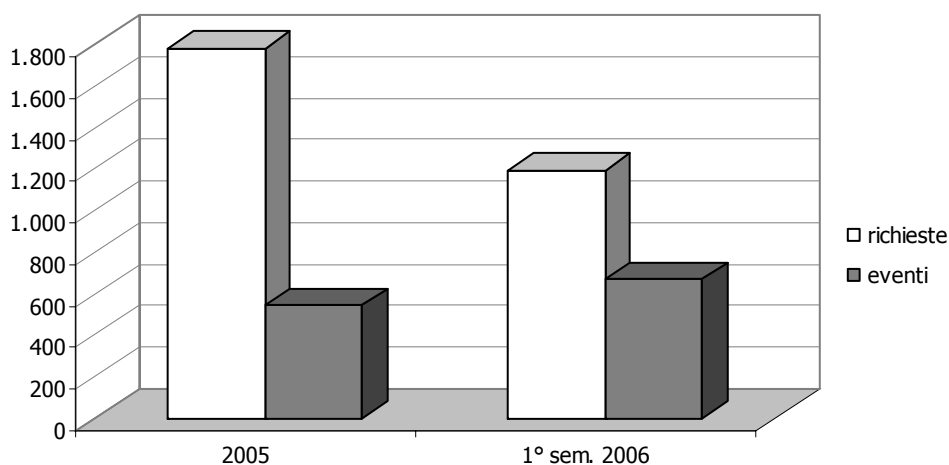
Sono state esaminate tutte le richieste di autorizzazione contenute nella banca dati dell'AIFA e pervenute da parte delle industrie farmaceutiche per eventi da realizzare in Emilia-Romagna nel 2005 e nel primo semestre del 2006. Per avere un confronto si riportano anche alcuni dati relativi agli interventi formativi che le Aziende sanitarie pubbliche dell'Emilia-Romagna hanno realizzato nel medesimo periodo, ricavati dalla banca dati per l'accreditamento ECM della Regione.

Complessivamente nel 2005 sono pervenute all'AIFA da parte di 142 imprese farmaceutiche 1.780 richieste di autorizzazione alla sponsorizzazione di 546 eventi da tenere in Emilia-Romagna, prevalentemente rivolti a medici. Nel 2006 le richieste sono aumentate, arrivando nei primi sei mesi già a 1.195. Sono nettamente aumentati anche gli eventi sponsorizzati da una sola azienda farmaceutica, passati dal 52% nel 2005

al 70% nel 2006. Di conseguenza è molto aumentato il numero degli eventi da sostenere: nel primo semestre del 2006 sono arrivati a 668, oltre il 20% in più dell'intero 2005 (Figura 34).

Nel 2006 le richieste sono pervenute da 123 aziende farmaceutiche, ma questa diminuzione potrebbe essere condizionata da diversi fattori tra cui anche la dinamica negli assetti proprietari.

Figura 34. Eventi sponsorizzati e richieste di autorizzazione in Emilia-Romagna nel 2005 e nel primo semestre del 2006



Gli investimenti complessivi che le imprese farmaceutiche hanno dichiarato nelle richieste di autorizzazione per il 2005 sono stati circa € 11,2 milioni. Al 30 giugno 2006 si era già arrivati a circa € 9,7 milioni. A titolo di confronto si consideri che in Emilia-Romagna sono stati complessivamente accreditati per l'ECM dalla Regione 10.350 eventi nel 2005 e 6.740 nel primo semestre del 2006, proposti dalle Aziende sanitarie, rivolti a tutti gli operatori sanitari, con i quali è stato possibile soddisfare la grande maggioranza degli obblighi ECM previsti. Complessivamente per tutte queste attività le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna hanno impegnato in costi diretti circa € 14 milioni all'anno.

Il 20% delle imprese farmaceutiche ha investito nel 2005 oltre € 100.000 ognuna, il 46% tra € 10.000 e € 100.000 e il restante 34% delle imprese meno di € 10.000. Questi valori si mantengono simili nel 2006. In Figura 35 si evidenzia come nel 2005 circa il 65% delle imprese ha sponsorizzato complessivamente meno di 10 eventi, mentre il 5% ne ha sponsorizzati più di 50. Nei primi 6 mesi del 2006, forse a causa dell'arco di tempo più ristretto, questa forbice cresce. Gli investimenti complessivi delle singole imprese crescono in proporzione al numero di eventi sponsorizzati (Figure 36 e 37).

Figura 35. Distribuzione delle imprese farmaceutiche in base al numero degli eventi sponsorizzati nel 2005 e nel primo semestre del 2006

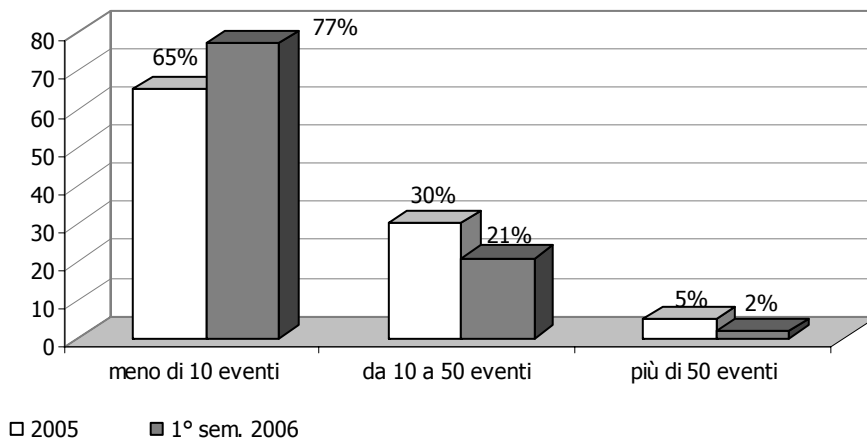


Figura 36. Distribuzione delle imprese farmaceutiche in base al numero degli eventi sponsorizzati e all'investimento sostenuto nel 2005

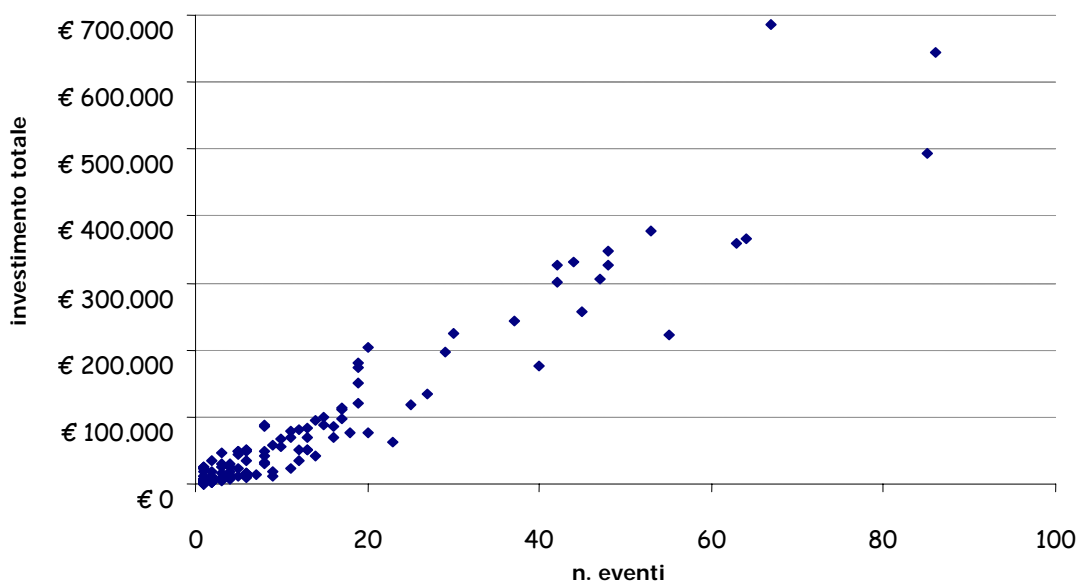
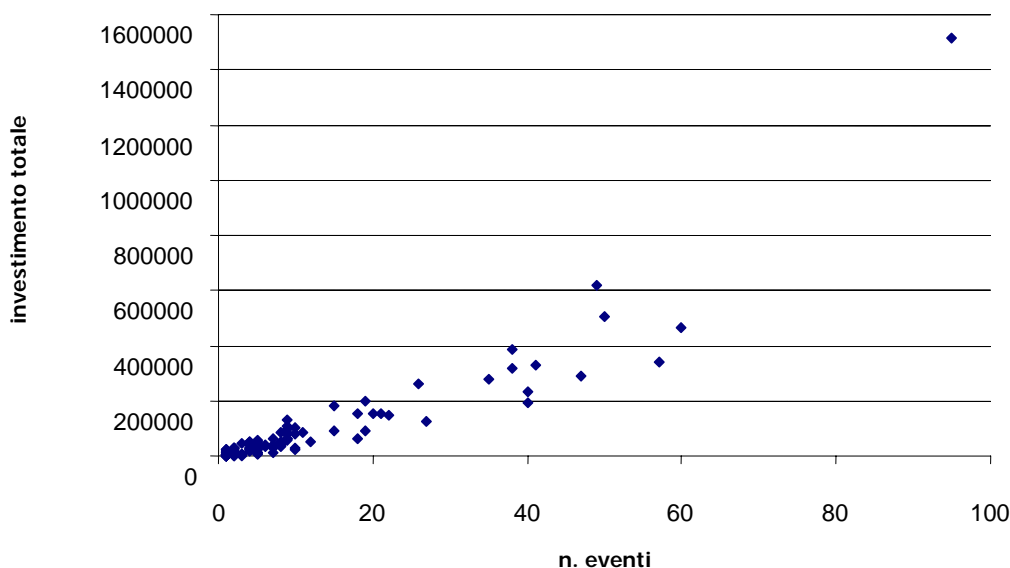


Figura 37. Distribuzione delle imprese farmaceutiche in base al numero degli eventi sponsorizzati e all'investimento sostenuto nel primo semestre del 2006



La durata degli eventi per cui si chiede l'autorizzazione all'AIFA è in genere breve, in maggioranza di una giornata o due. Non è più brevissima però, come nel passato: le iniziative di 3-4 ore, avversate dal Ministro Sirchia (i *mini-meeting*), sono ormai molto poche (4%) (Figura 38).

Conoscendo la spesa sostenuta e le ore di formazione previste dagli eventi si può ricavare una stima dei costi per ora di formazione. È un indicatore che non tiene conto di eventuali contributi di altri soggetti ed è quindi possibile che sottostimi il dato reale. Potrebbe tuttavia anche sovrastimarli se l'azienda dichiarasse una spesa maggiore di quella reale per aumentare i vantaggi sul piano fiscale. Pur con le precauzioni del caso, si può stimare che nel 2005 l'8% delle imprese farmaceutiche avrebbe speso in media più di € 1.000 per ogni ora di formazione offerta, il 38% tra € 500 e € 1.000 e il restante 46% avrebbe speso meno di € 500 ogni ora. Nei primi sei mesi del 2006 il prezzo medio per ora di formazione sarebbe stato circa € 724 e le imprese che avrebbero speso oltre € 1.000 ogni ora sarebbero diventate il 16% (Figura 39).

Come più ampiamente descritto nel Paragrafo 3.5., per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna il costo medio di un'ora di formazione ECM è stato nel 2005 di € 144 (con un minimo di € 52 e un massimo di € 273).

Figura 38. Distribuzione degli eventi sponsorizzati in base alla durata in ore nel 2005 e nel primo semestre del 2006

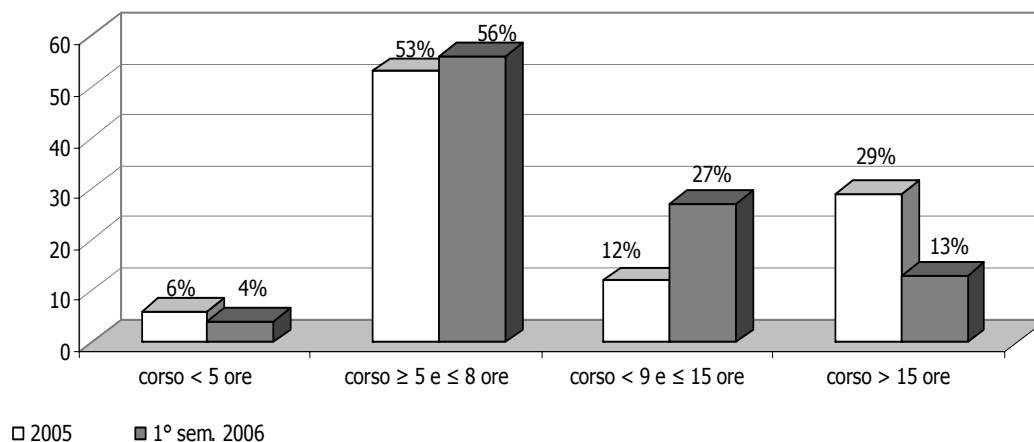
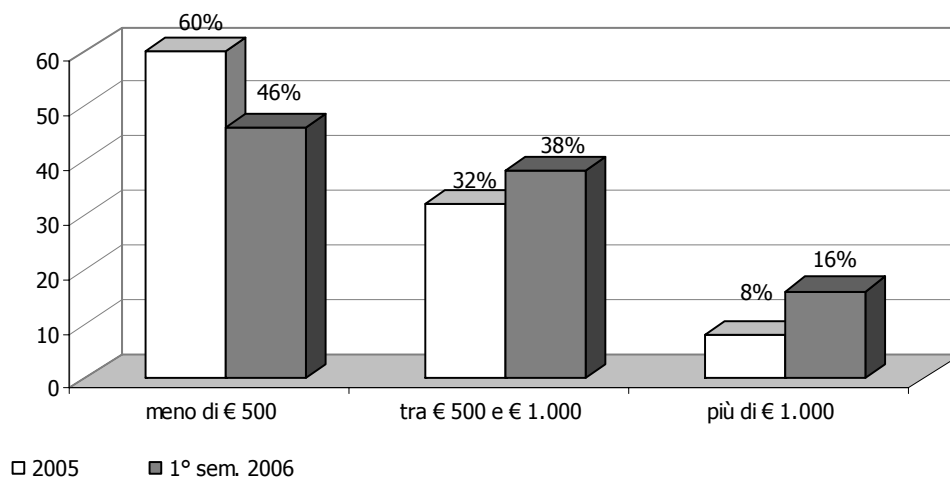


Figura 39. Distribuzione delle aziende farmaceutiche in funzione della spesa sostenuta per ora di formazione nel 2005 e nel primo semestre del 2006



È infine interessante considerare chi utilizza i finanziamenti. Non sono le imprese farmaceutiche in prima persona, ma altri soggetti. In maggioranza, e in misura crescente, si tratta di privati tra cui ricorrono diverse categorie, soprattutto agenzie specializzate nella organizzazione di eventi. In parte, e in misura calante, i finanziamenti sono andati direttamente a società scientifiche, Aziende sanitarie, Università (*Figure 40 e 41*).

Figura 40. Distribuzione delle sponsorizzazioni suddivise per i diversi destinatari nel 2005

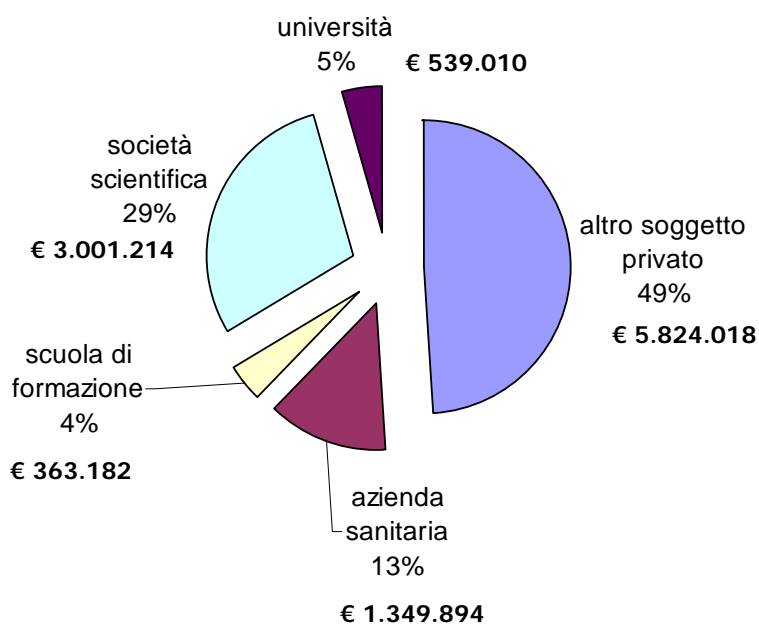
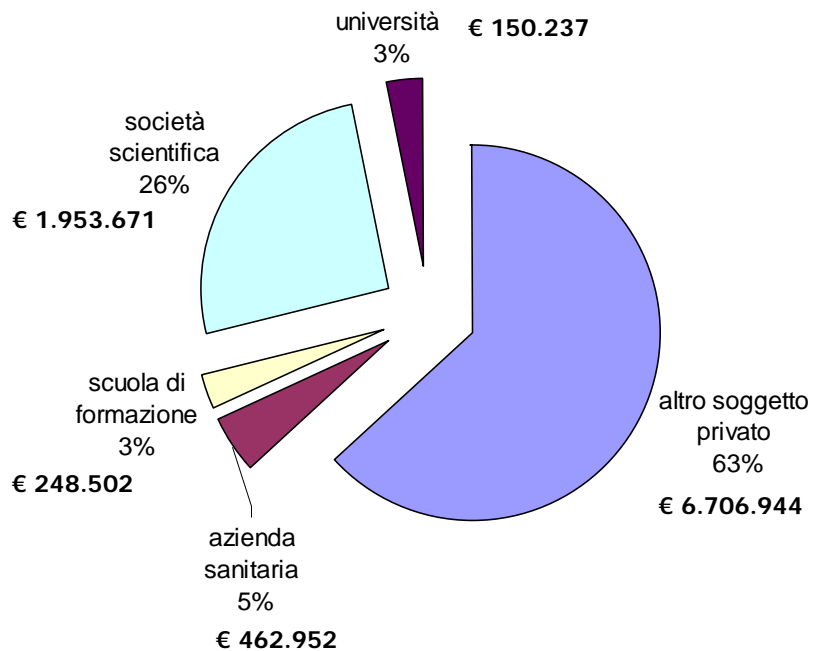


Figura 41. Distribuzione delle sponsorizzazioni suddivise per i diversi destinatari nel primo semestre del 2006



9.3. Alcune considerazioni e qualche proposta

Questi dati non permettono di fare valutazioni sulla qualità della formazione e sui suoi risultati, ma soltanto sul processo formativo. Essi sono tuttavia sufficienti ad esprimere alcune considerazioni rilevanti per l'attuale dibattito.

Innanzitutto va notato che l'entità delle risorse messe a disposizione dall'insieme dell'industria farmaceutica per le sponsorizzazioni di eventi è cospicua. Nel 2005 è stata di poco inferiore (circa il 20%) a quanto l'intero Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna ha speso per garantire l'acquisizione dei crediti ECM richiesti a tutti i propri operatori sanitari, dipendenti e convenzionati. Nei primi mesi del 2006 l'investimento delle imprese farmaceutiche è quasi raddoppiato.

Il costo unitario per ora di formazione di questi eventi è notevolmente più alto di quello della formazione organizzata dalle Aziende sanitarie. Questa in buona parte è realizzata sul campo, nel vivo dei processi assistenziali, con il diretto coinvolgimento degli interessati.

Il contributo all'acquisizione di crediti ECM non è stato complessivamente determinante, se non forse per alcuni gruppi ristretti. Le iniziative sponsorizzate, infatti, sono state una percentuale tra il 5 e il 10% di tutte quelle accreditate per l'ECM in Emilia-Romagna, ed erano peraltro tra le più brevi.

I criteri per gli investimenti adottati dalle imprese sono stati diversi. Alcune si sono distinte per la quantità e la varietà. Si avverte una tendenza a privilegiare situazioni in esclusiva. Non è facile riconoscere le eventuali strategie in un quadro in cui sembrano prevalere soluzioni frammentate e occasionali.

Gli eventi sponsorizzati non sono stati organizzati direttamente dalle imprese farmaceutiche, ma attraverso altri soggetti che, se si usasse la terminologia dell'ECM, si chiamerebbero *provider*. Questo è avvenuto anche perché altrimenti non sarebbe stato possibile accreditare gli eventi per l'ECM. Parte dei *provider* sponsorizzati erano qualificati nel campo sanitario, ma in maggioranza si trattava di agenzie che si sono occupate soltanto dell'organizzazione dell'evento, senza avere probabilmente la competenza scientifica e didattica necessaria alla sua programmazione. Questo quadro conferma il timore che con un nuovo sistema ECM non più basato sull'accredito degli eventi ma dei *provider*, ci si potrà trovare di fronte a situazioni in cui i ruoli di committente, sponsor e organizzatore potrebbero non essere così facilmente distinguibili.

C'è poi un elemento che riguarda direttamente il tema del conflitto di interessi. Lo scenario descritto è regolato dal DLgs 541/1992 sulle modalità per la pubblicità dei medicinali che è stato poi successivamente aggiornato da diversi atti, tra cui la legge 326/2003, e integrato con l'introduzione dell'ECM. La combinazione delle due procedure (autorizzazione AIFA e accreditamento ECM) ha prodotto una situazione che si può definire di conflitto obbligatorio. Si può verificare infatti che per lo stesso evento da un lato il soggetto sponsorizzato ottenga l'accredito per l'ECM affermando che non esistono conflitti di interesse, e dall'altro l'impresa farmaceutica che lo sponsorizza ricavi un beneficio fiscale dichiarando esplicitamente la relazione con i propri interessi commerciali.

Il nuovo programma nazionale di ECM dovrebbe rappresentare l'occasione, intanto, per porre rimedio a quest'ultimo paradosso, ma soprattutto per dare nuovi orientamenti che facilitino la collaborazione di tutti i soggetti interessati alla qualità della formazione continua in sanità. Non sono infatti in discussione né l'importanza né il comune interesse in questo campo anche delle imprese farmaceutiche. Il problema, semmai, è come selezionare, sostenere e qualificare le attività più efficaci, davvero utili, garantendo un accesso a tutti gli operatori sanitari nello spirito che il DLgs 229/1999 aveva dato al modello italiano di ECM, che è strettamente correlato alla crescita professionale nell'ambito dello sviluppo delle organizzazioni.

10. Costruire la collaborazione con l'Università³¹

Il quadro dei rapporti tra le Università dell'Emilia-Romagna, in particolare le Facoltà di medicina, e il Servizio sanitario regionale si sta evolvendo negli ultimi anni aprendo nuove strade alla collaborazione sul piano della ricerca e della formazione.

Anche se i processi di collaborazione riguardano prevalentemente la formazione universitaria, vi sono aspetti che rivestono grande interesse anche per la formazione continua. Nelle pagine che seguono vengono brevemente descritti il quadro istituzionale e normativo, i principali strumenti che sono stati avviati, in particolare gli Osservatori sulla formazione specialistica dei medici e sulla formazione delle professioni sanitarie e le prospettive della collaborazione anche per la formazione continua con un contributo del Preside della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

10.1. Quadro normativo e accordi attuativi

È importante ricordare, innanzitutto, alcuni elementi che permettono di seguire la storia, anche alquanto complessa che negli ultimi anni si è sviluppata attorno a due distinti modelli organizzativi:³²

- le cliniche o policlinici universitari - gestiti direttamente dalle Università per le proprie finalità, ma attivi anche come erogatori di servizi sanitari sulla base di rapporti convenzionali con gli enti titolari (prima gli enti mutualistici, poi le Regioni e Unità sanitarie locali, ora le Aziende USL);
- i cosiddetti ospedali clinicizzati - presidi pubblici erogatori di servizi assistenziali e operanti, interamente o per singoli reparti, anche per la didattica e la ricerca, in forza di rapporti convenzionali con le Università, situati talora presso strutture delle Università medesime (le cosiddette cliniche ospedalizzate).

Secondo l'impostazione del decreto legislativo 502/1992, i policlinici si configuravano come aziende delle Università, prive di personalità giuridica, ma dotate di elevati livelli di autonomia. I presidi ospedalieri clinicizzati, invece, definiti strutture in cui "insiste la

³¹ A cura di Cristina Predieri, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.

³² Per l'evoluzione legislativa: art. 98 legge 6972/1890; Regio decreto 31 agosto 1933, n. 1592, Approvazione del Testo unico delle leggi sull'istruzione superiore; DPR 129/1969; art. 39 legge 833/1978. Su questa normativa si veda Roversi Monaco F.A. Commento all'art. 39. In Colombini L., Roversi Monaco F.A. *Il servizio sanitario nazionale*. Milano, Giuffrè, 1979, p. 368 ss.; Falcon G. Le convenzioni tra ospedali e università: i precedenti storici dell'attuale disciplina. In AA.VV. *Problemi giuridici*. p. 311 ss.

prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di medicina”, ivi compresi quelli operanti in locali di pertinenza delle Università, potevano essere costituiti in Aziende ospedaliere e assoggettati, con talune deroghe, alla relativa disciplina.

Nel 1999, con il DLgs 517 (emanato su delega dell’art. 6 della legge 419/1998) si è prefigurato il superamento di tale duplicità, con l’introduzione del modello aziendale unico dell’Azienda ospedaliero-universitaria, dotata di autonoma personalità giuridica (articolo 2, comma 1), che è diventato il luogo principale dell’integrazione tra il Servizio sanitario regionale e le Università, regolamentato attraverso convenzioni.³³

Entro il quadro normativo delineato dal DLgs 517/1999, la disciplina dei rapporti tra la Regione e le Università è affidata a specifici protocolli d’intesa. Al riguardo, già la seconda aziendalizzazione attuata con il DLgs 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni lasciava sul punto piena autonomia ai contraenti. In Emilia-Romagna sono stati sottoscritti specifici Protocolli d’intesa tra la Regione e le Università che affrontano materie distinte:

- il 1° agosto 1996, la formazione del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione (ai sensi del comma 3);
- il 18 marzo 1998, l’apporto della Facoltà di medicina e chirurgia all’attività assistenziale del Servizio sanitario regionale (ai sensi del comma 1);
- il 16 febbraio 2000, la formazione dei medici specialisti (ai sensi del comma 2), aggiornato da quello sottoscritto il 25 ottobre 2006.

Con il Protocollo d’intesa del 1998 si era andati al superamento del regime delle convenzioni, inadeguato a realizzare il comune impegno di garantire la qualità e sostenibilità del SSN, la qualità e congruità della formazione, lo sviluppo della ricerca. Obiettivo dichiarato di tale Intesa era la “piena complementarietà delle attività di rispettiva competenza” del Servizio sanitario regionale e dell’Università.

I numerosi cambiamenti, istituzionali e legislativi, intervenuti in questi ultimi anni hanno portato a riconsiderare l’adeguatezza dello strumento.

Pensiamo alla riforma del Titolo V parte II della Costituzione, con gli effetti relativi a quanto definito negli artt. 16 *bis*, *ter*, *quater* sull’ECM e nell’art. 16 *sexies* del DLgs 502/1992 sulle strutture del SSR con funzioni didattiche, sulla rete formativa regionale che collabora con Università per la formazione specialistica dei medici e per le professioni sanitarie.

³³ Le Convenzioni alle quali si fa riferimento sono quelle stipulate ai sensi dell’art. 39 della legge 833/1978 (si vedano, al riguardo, le deliberazioni della Giunta regionale dell’Emilia-Romagna nn. 1558, 1559, 1560 del 30 settembre 1987 e la 2451 del 9 febbraio 1989), prorogate dall’art. 5 della LR 19/1994.

Si consideri l'articolazione, assai più complessa rispetto al passato, del sistema formativo universitario, con particolare riguardo allo sviluppo dei corsi di laurea e della formazione post laurea delle professioni sanitarie (art. 2 DM 509/1999³⁴):

- realizzazione dell'autonomia didattica;
- articolazione dei titoli accademici (laurea, laurea specialistica, magistrale, diploma di specializzazione, dottorato di ricerca, corso di specializzazione);
- introduzione dei crediti formativi (laurea di 1° livello, 180 crediti; master di 1° livello, 60 crediti; laurea specialistica, 120 crediti; master di 2° livello, 60 crediti; dottorato di ricerca, 180 crediti).

Più in generale, si pensi all'evoluzione del Servizio sanitario regionale, con la riconosciuta autonomia alle Aziende sanitarie, le forme innovative nell'assistenza, le nuove responsabilità regionali per la definizione del fabbisogno formativo, la ricerca e l'innovazione.

Nuove e più ampie competenze sono state assegnate alla legislazione concorrente delle Regioni dalla riforma costituzionale, attuata dalla legge costituzionale 3/2001 e dalla legge 131/2003, in materia di organizzazione sanitaria, formazione, ricerca e professioni.

Si ricordano al riguardo le sentenze della Corte Costituzionale n. 510 del 2002 (*in tale quadro le Regioni possono esercitare le attribuzioni di cui ritengono di essere titolari, approvando una propria disciplina legislativa anche sostitutiva di quella statale*) e n. 329 del 2003, che interviene sull'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001.³⁵

In tale contesto si inserisce la legge regionale dell'Emilia-Romagna 29 del 23 dicembre 2004 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale" che prevede che la Regione eserciti le competenze acquisite per effetto della riforma costituzionale, anche attraverso un rafforzamento ed un allargamento della concertazione delle politiche di sviluppo con le Università.

A questo fine era già stata prevista dalla legge regionale 6/2004³⁶ la Conferenza Regione - Università, come organismo di raccordo nelle materie connesse all'attività delle Università, con la partecipazione di queste alla programmazione sanitaria regionale.

³⁴ DM 3 novembre 1999, n. 509 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei". Si veda ora il DM 22 ottobre 2004, n. 270, che sostituisce il presente decreto ai sensi di quanto disposto dall'art. 13 dello stesso.

³⁵ Accordo 8 agosto 2001 "Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 e il 22 marzo 2001 in materia sanitaria" pubblicato nella *GU* 6 settembre 2001, n. 207.

³⁶ Ai sensi dell'art. 53 della legge regionale 6/2004 recante Riforma del sistema amministrativo regionale e locale. Unione europea e relazioni internazionali. Innovazione e semplificazione. Rapporti con l'Università:

1. È istituita la Conferenza Regione-Università, presieduta dal presidente della Regione Emilia-Romagna o da un suo delegato, di cui sono membri i rettori delle Università degli studi di Bologna, di Ferrara, di Modena e Reggio Emilia, di Parma, e il co-presidente della Conferenza Regione-Autonomie locali.

Un tratto distintivo della legge regionale consiste nel ribadire i principi della legge 833/1978, ai quali il SSR si ispira, innovando però sul piano istituzionale e organizzativo sotto un duplice aspetto: da un lato, affermando che la formazione e la ricerca sono attività istituzionali delle Aziende sanitarie; dall'altro, individuando nuove forme di collaborazione con le Università, in ragione del loro ruolo fondamentale nella formazione e nella ricerca.

Regione ed Università individuano nell'integrazione il nuovo strumento per rispondere ai cambiamenti intervenuti nell'assetto istituzionale, organizzativo e legislativo, attraverso un concorso alla promozione della ricerca biomedica e sanitaria e alla programmazione dell'attività formativa, ma, soprattutto, attraverso l'istituzione e il governo delle Aziende ospedaliero-universitarie. Gli elementi caratterizzanti la collaborazione sono oggi rappresentati da:

- l'istituzione delle Aziende ospedaliero-universitarie, al termine della sperimentazione prevista dal DLgs n. 517, quali aziende di riferimento per i quattro Atenei;³⁷
- lo sviluppo di una politica di ricerca sanitaria all'interno della Conferenza Regione-Università;
- un ruolo più puntuale per l'IRCCS Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna (art. 10);
- la proposta di istituire una rete di fondazioni per la promozione della ricerca biomedica e sanitaria (art. 11).

L'articolo 2 della legge regionale 29/2004, al comma 5, prevede che i rapporti con le Università siano disciplinati nel rispetto dei principi fondamentali dettati dalle leggi dello Stato, delle disposizioni della stessa legge nonché attraverso la stipulazione del Protocollo d'intesa.

Vengono ridisegnate le procedure per la programmazione del fabbisogno di personale del SSR, sostituendo il rapporto diretto fra Regione e Università alla procedura vigente, secondo un assetto non più compatibile con le nuove competenze attribuite alla Regione dalla riforma costituzionale.

2. Alle riunioni della Conferenza partecipano i componenti della Giunta regionale di volta in volta interessati ...

3. La Conferenza ha funzioni di proposta e consultive nelle materie connesse all'attività delle Università e, in particolare, nelle materie della cultura, della ricerca e dell'innovazione tecnologica, del sistema formativo e della sanità, fatta salva la disciplina di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (...).

³⁷ L'art. 9, comma 4, della legge regionale 29/2004 prevede che

La collaborazione fra SSR e Università si realizza attraverso le Aziende ospedaliero-universitarie di Bologna, di Ferrara, di Modena e di Parma, che costituiscono le Aziende di riferimento, rispettivamente, per le Università di Bologna, di Ferrara, di Modena - Reggio Emilia e di Parma per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca delle Facoltà di medicina.

La concertazione con l'Università, rafforzata attraverso il nuovo organo, si realizza anche attraverso il Protocollo d'intesa Regione-Università sottoscritto a livello regionale, e i suoi accordi attuativi in ambito locale.

In applicazione dell'art. 9 della legge regionale n. 29, nel 2005 la Giunta regionale ha adottato la deliberazione 297 di approvazione del "Protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli studi di Bologna, Ferrara, Modena - Reggio Emilia e Parma" e la deliberazione n. 318 di approvazione della "Disciplina delle Aziende ospedaliero-universitarie".

Nel Protocollo del febbraio 2005 l'Azienda ospedaliero-universitaria viene definita (art. 3) quale

Azienda di riferimento per l'attività assistenziale essenziale alla didattica e alla ricerca e garantisce l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca... nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del SSR.

La Regione disciplina l'organizzazione di queste Aziende secondo i principi del decreto legislativo 517/1999 e assicurando la partecipazione dell'Università al governo aziendale, anche attraverso l'intesa dell'Università sulla nomina del Direttore generale da parte del Presidente della Regione e la partecipazione al processo di verifica dell'attività di questo.

Tra gli organi dell'Azienda ospedaliero-universitaria, insieme al Direttore generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione, al Collegio sindacale con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile, al Collegio di direzione, con compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, compare l'organo di indirizzo (il Comitato di indirizzo). Esso è nominato dal Presidente della Giunta regionale ed è composto da cinque membri:

- il Presidente, nominato d'intesa tra Regione e Rettore dell'Università interessata;
- il Preside della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di riferimento, che ne è membro di diritto (DLgs 517/1999);
- un membro designato dal Rettore;
- due membri designati dalla Regione.

I componenti devono essere scelti tra persone di notoria e riconosciuta indipendenza, esperte in organizzazione e programmazione dei servizi sanitari. Essi durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati una sola volta. Non possono farne parte coloro i quali abbiano un rapporto di lavoro con l'Azienda sanitaria né i componenti della Facoltà di medicina. Il Direttore generale partecipa alle sedute del Comitato, senza diritto di voto.

Il Comitato d'indirizzo svolge funzioni di proposta rispetto a misure necessarie per assicurare coerenza tra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università e di verifica dell'attuazione del Protocollo d'intesa. Esprime parere preventivo su atti importanti per l'integrazione tra le funzioni del SSR e l'Università.

10.2. L'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica

La formazione medico-specialistica costituisce uno snodo centrale nell'ambito della collaborazione tra sistema universitario e Servizio sanitario regionale. Ad essa la Regione Emilia-Romagna presta una particolare attenzione, sottolineata anche dall'apposito Protocollo d'intesa sottoscritto con le Università il 16 febbraio del 2000, aggiornato il 25 ottobre 2006.

Con il Protocollo si riconosce la piena collaborazione del Servizio sanitario regionale, in primo luogo attraverso le Aziende ospedaliero-universitarie, ma più in generale con tutte le proprie strutture, idonee ad integrare le reti formative delle Scuole di specializzazione. Si riconosce, inoltre, il ruolo degli operatori del SSR nelle funzioni di docenza e di tutorato e si regola l'impegno assistenziale dei medici in formazione specialistica.

Nel marzo del 2004, con deliberazione della Giunta n. 340, è stato istituito l'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica (OSSMER), previsto dall'articolo 44 del decreto legislativo 368/1999. Ad esso sono state assegnate funzioni anche più ampie rispetto a quelle attribuite dalla legge, in particolare una funzione di monitoraggio del percorso formativo degli specializzandi e una funzione propositiva alla Conferenza Regione-Università, di cui si è detto sopra.

Tali funzioni si affiancano a quelle demandate all'Osservatorio regionale dal legislatore nazionale, consistenti nel:

- definire i criteri per la rotazione, tra le strutture inserite nella rete formativa, per lo svolgimento delle attività teoriche e pratiche dei medici in formazione;
- verificare lo standard di attività assistenziali dei medici in formazione specialistica, nel rispetto dell'ordinamento didattico della Scuola di specializzazione, del piano formativo individuale dello specializzando e dell'organizzazione delle Aziende e strutture sanitarie, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea;
- fornire elementi di valutazione all'Osservatorio nazionale istituito, ai sensi dell'articolo 43 del DLgs 368/1999, presso il MIUR.

Finora sono stati istituiti Osservatori anche in Campania, Piemonte e Toscana.

L'Osservatorio è presieduto da un Preside designato dai Presidi delle Facoltà di medicina e chirurgia delle Università della regione. Attualmente la funzione è svolta dal Preside della Facoltà di medicina e chirurgia di Bologna. La composizione, definita dall'articolo 44 sopra ricordato, include docenti universitari e dirigenti sanitari delle strutture presso le quali si svolge la formazione, nonché una rappresentanza dei medici in formazione specialistica. È inoltre assicurata la rappresentanza dei direttori delle Scuole di specializzazione.

Nel Protocollo d'intesa stipulato nel febbraio 2005 la Regione e le Università si sono impegnate, tra l'altro, ad aggiornare il Protocollo sulla formazione dei medici specialisti proprio in base alle indicazioni dell'Osservatorio regionale. In particolare, l'articolo 10 prevede che l'Osservatorio proceda alla verifica periodica dell'applicazione del Protocollo

regionale e degli accordi attuativi locali in materia di formazione medico-specialistica e formuli proposte per il suo aggiornamento.

Per dare concreta attuazione a tali indirizzi e ridefinire la rete formativa regionale all'interno della quale le Scuole di specializzazione dovranno identificare le sedi necessarie agli specifici percorsi formativi.

L'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica ha effettuato un'indagine con specifici questionari rivolti a tutti gli specializzandi iscritti alle Scuole, ai direttori delle Scuole e alle direzioni delle Aziende sanitarie regionali. I risultati dell'indagine sono stati presentati nel corso di un seminario tenutosi a Bologna nell'ottobre del 2005, intitolato "Primo rapporto sulla formazione medico-specialistica in Emilia-Romagna" nel quale sono stati anche illustrati i lavori del primo anno di attività dell'Osservatorio.

Si è inoltre evidenziata la necessità di stimolare ulteriormente le Aziende sanitarie nell'assumere come proprio questo tema, anche per dare compiuta attuazione alla legge regionale 29/2004. Per valorizzare le risorse umane e garantire un flusso costante di innovazione al sistema, le funzioni della didattica e della ricerca sono, infatti, considerate come una necessaria ed indispensabile integrazione delle funzioni tradizionali e primarie dell'assistenza.

10.3. Il nuovo Protocollo d'intesa sulla formazione specialistica in medicina

I significativi cambiamenti intervenuti sul piano normativo, istituzionale e organizzativo, sia nel sistema universitario, quale il già citato Decreto ministeriale di "Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria" datato 1 agosto 2005, nonché quello recante la "Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle Scuole di specializzazione, in data 29 marzo 2006", sia nel sistema sanitario, attuati attraverso la recente legislazione regionale di riordino dell'organizzazione e funzionamento del SSR del dicembre 2004, hanno reso necessario procedere all'aggiornamento del Protocollo d'intesa sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia, sottoscritto nella seduta della Conferenza Regione-Università il 25 ottobre 2006 e approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 1546 del 15 novembre 2006.

Tra le novità più significative si segnala il nuovo concetto di "rete formativa", articolata in strutture di sede e strutture collegate, che, in un'ottica di rete complessivamente intesa, recepisce le prescrizioni del DM 29 marzo 2006³⁸ in ordine agli standard generali e specifici, relativi alle capacità strutturali, tecnologiche, organizzative e assistenziali della rete medesima.

³⁸ Il richiamo si riferisce al Decreto del Ministero dell'istruzione, dell'Università e della ricerca del 29 marzo 2006 recante "Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione, in data 29 marzo 2006" pubblicato in *Supplemento ordinario alla GU* n. 105 dell'8 maggio 2006, n. 115.

Vengono chiaramente disegnati i confini della partecipazione, legati a parametri oggettivi, quali il rispetto degli standard previsti dal DM citato e le specifiche esigenze didattiche della Scuola di specializzazione, lasciando tuttavia spazio ad ulteriori strutture di supporto complementari e - privilegiando quelle accreditate - strutture sanitarie private, per il soddisfacimento di particolari esigenze formative non assolte nelle Aziende sanitarie pubbliche.

In particolare, l'individuazione e l'utilizzazione delle strutture del SSR che entrano a far parte della rete formativa di ciascuna Scuola, dovranno essere definite attraverso la stipulazione di specifici accordi o convenzioni, sottoscritti tra l'Università e le singole Aziende sanitarie.

Viene regolamentata più in dettaglio l'organizzazione dell'attività formativa, precisando responsabilità e compiti dei soggetti, sia titolari di insegnamento che di funzioni di tutorato, e degli organi preposti. Si prevedono flussi informativi da parte degli uffici di Ateneo e delle singole Aziende sanitarie a ciò preposti e si rafforza il ruolo dell'Osservatorio regionale, a supporto dell'Osservatorio nazionale della formazione medico-specialistica nella definizione/riesame dei requisiti di idoneità generali della rete formativa e dei requisiti specifici delle singole specialità, oltre che della valutazione dei percorsi formativi.

All'attività didattica prevista dall'ordinamento e dai piani formativi delle Scuole di specializzazione partecipano gli operatori del Servizio sanitario regionale operanti nelle Aziende sanitarie. A tali operatori - anche in base all'art. 38 del DLgs 368/1999, al documento CUN preparatorio del DM 1 agosto 2005 e al DM 29 marzo 2006 - possono essere affidati incarichi didattici di:

- titolare di insegnamento, quando abbiano almeno 10 anni di servizio e nell'ambito della quota di cui al DM 29 marzo 2006;
- tutor, che può svolgere funzioni a livello:
 - individuale, per guidare il percorso di singoli medici in formazione;
 - di gruppo, per coordinare l'interazione tra i medici in formazione e la struttura presso la quale avviene il percorso formativo professionalizzante o per curare il raggiungimento di obiettivi formativi molto specifici.

Le Università, attraverso i Consigli delle Scuole e il Consiglio di Facoltà, e le Aziende sanitarie, con la collaborazione dell'Agenzia sanitaria regionale, sono impegnate per quanto di rispettiva competenza a promuovere le conoscenze metodologiche e le capacità didattiche dei docenti coinvolti nella formazione specialistica e a sviluppare modalità di collaborazione con i programmi di formazione continua degli operatori sanitari.

Al fine di garantire una completa formazione professionale secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti didattici (anche in applicazione del DM 1 agosto 2005), i Consigli delle Scuole di specializzazione dovranno definire annualmente per ogni medico in formazione i tempi e le modalità della frequenza nelle diverse strutture della rete formativa.

Il Direttore generale dell'Azienda sanitaria, su proposta del Collegio di direzione cui competono funzioni di elaborazione e di proposta per le attività di formazione e di formazione permanente, di ricerca e di innovazione, dovrà garantire - nell'ambito della programmazione pluriennale e della valutazione delle attività formative aziendali - le sinergie con la programmazione didattica delle Scuole di specializzazione.

I Consigli di Facoltà e i Collegi di direzione delle Aziende sanitarie che fanno parte delle reti formative dovranno operare, per quanto di rispettiva competenza, anche su indirizzo dell'OSSMER, per sviluppare processi di verifica dell'applicazione e dell'attualità delle convenzioni, dell'effettiva realizzazione dell'attività formativa programmata e dell'attività di tutorato, coinvolgendo direttamente anche i medici in formazione.

L'Azienda sanitaria dovrà redigere un Rapporto annuale sull'attività formativa medico-specialistica svolta nell'Azienda. Una sintesi delle informazioni verrà riportata ogni anno nell'apposita sezione del Bilancio di missione (art. 6 della LR 29/2004), con in particolare:

- il numero dei dirigenti a cui è stato affidato un incarico didattico, le Unità operative coinvolte e la tipologia degli incarichi affidati;
- il numero dei medici in formazione accolti;
- le iniziative realizzate per migliorare le competenze didattiche e la partecipazione ai controlli di qualità disposti dall'OSSMER.

Regione Emilia-Romagna e Università, anche sulla base del DM 29 marzo 2006, sono impegnate ad attivare opportune e omogenee modalità di valutazione dei percorsi formativi, della qualità didattica e organizzativa e dell'accesso alla documentazione scientifica, con il supporto metodologico dell'Agenzia sanitaria regionale e dell'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica e l'opportuna partecipazione dei medici in formazione specialistica.

La formazione specialistica implica la partecipazione guidata dello specializzando alle attività mediche delle strutture sanitarie alle quali è stato assegnato, secondo quanto previsto dagli ordinamenti didattici e sulla base dello specifico progetto formativo elaborato dal Consiglio della Scuola. Il DM 1 agosto 2005 prevede che almeno il 70% dell'attività formativa del medico specializzando vada riservato ad attività professionalizzanti (pratiche e di tirocinio).

Le attività assistenziali svolte dal medico in formazione specialistica sono qualificate in relazione al progressivo grado di autonomia operativa e decisionale.

- A.1. Attività di appoggio, quando assiste il personale medico strutturato nello svolgimento delle sue attività.
- A.2. Attività di collaborazione, quando il medico in formazione svolge personalmente procedure e attività assistenziali specifiche, sotto il diretto controllo di personale medico strutturato.
- A.3. Attività autonoma, quando il medico in formazione svolge autonomamente compiti che gli sono stati affidati in modo specifico e puntuale; il personale medico strutturato deve sempre essere disponibile per la consultazione e l'eventuale tempestivo intervento a giudizio dello specializzando.

La graduale assunzione di compiti assistenziali e la connessa progressiva attribuzione di responsabilità sono oggetto di indirizzo e valutazione da parte del Consiglio della Scuola, tenuto conto dello sviluppo della formazione e considerate le proposte definite d'intesa tra i medici in formazione specialistica, i tutor individuali e i responsabili delle Unità operative nelle quali si svolge la formazione.

Il medico in formazione specialistica dovrà riportare dettagliatamente le attività e gli interventi svolti su un Libretto personale di formazione appositamente predisposto.

È utile notare, infine, che nella riunione della Conferenza Stato-Regioni del 18 aprile 2007 è stato raggiunto l'accordo sullo schema tipo di contratto.

Giunge quindi a conclusione un'annosa vicenda che ha preso le mosse già nel 1999, con le previsioni del decreto legislativo n. 368, e si segna il definitivo passaggio dello specializzando dalla condizione di "studente" a quello di "medico in formazione specialistica", con la sostituzione del contratto di formazione specialistica alla borsa di studio, contemplato in uno schema di contratto. Il diverso inquadramento giuridico consentirà di beneficiare di tutele quali la maternità e la malattia, le ferie, un'apposita gestione separata presso l'INPS, la facoltà di esercitare la libera professione *intra moenia* "in relazione ai titoli posseduti".

Su due punti, in particolare, il confronto è stato più acceso: la possibilità di sostituire i medici di ruolo "se coerenti con il percorso formativo" e l'orario di lavoro, a 38 ore come per i medici strutturati.

10.4. La formazione delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

Nel 1996, in applicazione del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni, Regione e Università hanno stipulato un Protocollo d'intesa che riguardava i corsi di diploma universitario, inaugurando una nuova fase della formazione delle professioni sanitarie, che da quel momento avviene esclusivamente attraverso corsi universitari, i soli con i quali poter conseguire i titoli abilitanti alle professioni di infermiere, fisioterapista, tecnico sanitario di laboratorio, di radiologia, della prevenzione, ecc., quanti sono i profili regolamentati a partire dal 1994 ai sensi dello stesso decreto legislativo 502/1992.

Dal 1999, con la riforma universitaria e nel 2001 con la determinazione delle classi di laurea e delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie, si attuano il superamento dei diplomi universitari e la regolamentazione dei corsi di laurea per le seguenti quattro classi delle professioni sanitarie: infermieristiche e ostetrica, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione.

Il Protocollo d'intesa tra Regione e Università del febbraio 2005 ha previsto anche la stipula di una specifica intesa per disciplinare la collaborazione tra Servizio sanitario regionale e Facoltà di medicina e chirurgia per la realizzazione dei corsi di laurea e post-laurea delle professioni sanitarie.

Le indicazioni per l'aggiornamento del protocollo del 1996 dovranno scaturire dall'attività dell'Osservatorio delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, recentemente istituito. La composizione di questo organismo prevede la presenza paritetica delle rappresentanze dell'Università, del SSR e delle professioni interessate.

Il nuovo specifico atto d'intesa da predisporre dovrà essere volto al perseguimento di tre finalità fondamentali:

- consentire la programmazione congiunta del fabbisogno di personale delle diverse professioni sanitarie da inserire nelle strutture, pubbliche e private, del SSR;
- valorizzare l'apporto del SSR, nelle sue diverse articolazioni, alla formazione universitaria;
- assicurare una rete formativa adeguata alle esigenze degli studenti in formazione.

L'Osservatorio dovrà anche occuparsi da un lato del ruolo rivestito dai professionisti sanitari nell'organizzazione delle Aziende, dall'altro delle competenze, conoscenze e abilità da acquisire attraverso una formazione che risponda alle esigenze del lavoro con i suoi numerosi e significativi cambiamenti dall'altro.

10.5. Formazione continua e rapporti con l'Università³⁹

In Italia, la discussione sulla formazione continua in sanità è iniziata più tardi che altrove. L'argomento è stato affrontato in modo sistematico solo da pochi anni con l'introduzione del programma nazionale per l'ECM, con esiti ancora non completamente soddisfacenti e in attesa che, con il prossimo anno, inizi il suo secondo ciclo quinquennale.

Molteplici sono gli attori che hanno un ruolo nell'ECM e, nelle regioni che hanno deciso di dotarsi di una Commissione ECM regionale, la situazione è anche più complessa. La Commissione ECM dell'Emilia-Romagna ha introdotto notevoli innovazioni soprattutto valorizzando le Aziende sanitarie come attori principali della ECM, e in questi anni di lavoro la presentazione di progetti di formazione è sicuramente migliorata. Di fronte ad un'offerta di eventi ECM regolati dalla Commissione nazionale per l'ECM di natura la più varia, con una situazione non chiara per quanto riguarda possibili conflitti di interesse, l'ECM regionale si distingue per compattezza dell'offerta, un cosciente approccio ai problemi inerenti possibili conflitti di interesse, una fondamentale corrispondenza tra esigenze delle Aziende sanitarie e formazione continua degli operatori sanitari.

Di fronte al notevole impegno aziendale, l'Università non ha risposto con altrettanto impegno. Le iniziative ECM portate avanti dalle quattro Università della regione sono state, da un punto di vista numerico, modeste.

³⁹ Aldo Tomasi, Preside della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

Molteplici sono le ragioni per le quali l'Università non ha pensato di inserirsi in modo rilevante nella ECM. La Facoltà di medicina e chirurgia da pochi anni si occupa della formazione del personale di area sanitaria e questo compito, affidatole recentemente, non è ancora ben integrato nella *routine* della docenza, andando spesso a confondersi/sovrapporsi a una lunga consuetudine della Regione nella formazione di queste figure professionali. Ora, la formazione richiesta dalle Aziende è di tipo squisitamente professionalizzante. Di fronte ad un'indubbia capacità formativa di livello avanzato da parte dell'Università, la richiesta di una formazione professionalizzante - tipologia di formazione in cui l'Università ancora non si trova a proprio agio - ha provocato in parte disinteresse all'argomento, in parte situazioni conflittuali.

I *provider* istituzionali che possono inviare per l'accREDITAMENTO proposte alla Regione sono solo le Aziende sanitarie e le Università e ciò dovrebbe facilitare notevolmente il coordinamento delle iniziative.

Sono state introdotte nuove forme di docenza; positiva ma ancora da migliorare, la formazione sul campo. Positiva, inoltre, l'attenzione posta nell'evitare forme di conflitto di interesse. Positivo il modo con il quale si sta sviluppando la formazione a distanza.

Il problema più evidente sta nella capacità di comprendere quanto l'offerta formativa risulti effettivamente utile al miglioramento, alla preparazione e alla professionalizzazione delle figure coinvolte. In altre parole, non è stato adottato un controllo sulla qualità delle prestazioni fornite, né sui risultati ottenuti. In effetti, nella grande maggioranza degli eventi è stata adottata una metodologia didattica classica universitaria, dove il docente è un docente *ex cathedra*, separato quasi fisicamente dai discenti, in una ripetizione di quella che è sempre stata intesa come lezione accademica.

Uno dei problemi più rilevanti che si possono osservare nelle numerose iniziative ECM è che non esiste in Italia un percorso di formazione alla docenza, ovvero come insegnare ad insegnare. Le onorate Società di pedagogia presenti nel paese non riescono ad incidere in modo significativo su questo aspetto fondamentale del "sapere insegnare". Si assiste spesso a varie forme di dilettantismo nella docenza in vari corsi ECM, tali da fare dubitare seriamente sulla possibilità di raggiungere/fare raggiungere ai discenti gli obiettivi enunciati nel programma. Anche l'insegnamento universitario presenta problemi simili: da anni, comunque, società pedagogiche e le conferenze dei presidenti di corso di laurea stimolano a migliorare la capacità di insegnare.

La motivazione a migliorare la propria capacità di insegnamento non è certamente aiutata dal fatto che i dipendenti aziendali che organizzano e insegnano in corsi ECM non conseguono particolari riconoscimenti. È recente, e frutto di una lunga battaglia, il riconoscimento di crediti formativi a docenti tutor, siano essi medici che ospitano i colleghi nelle strutture ospedaliere e universitarie ai fini del tirocinio per l'esame di abilitazione, o medici che svolgono corsi di formazione specifica presso i propri ambulatori o studi professionali. Questo beneficio è esteso ai docenti tutor appartenenti a tutte le altre professioni sanitarie.

In un programma di formazione continua dovrebbero essere previste più tipologie di insegnamento: questa è del resto la via sulla quale la Regione Emilia-Romagna si è incamminata stimolando esperienze sul campo. Negli eventi ECM è evidente un aumento dell'offerta di docenza interattiva e della docenza tutoriale. Se da una parte questo va verso una migliore efficacia della docenza, dall'altra la docenza interattiva e tutoriale può essere offerta a un basso numero di persone e necessita di un elevato numero di ore, con conseguente inevitabile aumento dei costi. In questo contesto, l'esperienza della docenza universitaria più avanzata potrebbe contribuire in modo importante al miglioramento della ECM.

Interessanti, anche se non direttamente legate all'esperienza della ECM, sono le esperienze di docenza "diffusa". Si tratta di esperienze portate avanti soprattutto da associazioni medico-scientifiche, tra le quali la più attiva è sicuramente la SIMG. Con un'esperienza acquisita in anni di progetti didattici e lavoro di formazione, sono stati formati dei docenti definiti "animatori", durante incontri e seminari altamente perfezionati. Ben conosciuti sono gli animatori di medicina generale, che appunto "animano", cioè stimolano più che mostrare, danno l'esempio più che erudire, dando inizio ad un processo di apprendimento attivo. Interagendo con tali importanti esperienze, è stata introdotta questa docenza tutoriale anche nel corso di laurea in medicina e chirurgia, coinvolgendo gli animatori, con risultati di sicuro interesse. Il nuovo Esame di stato per l'abilitazione alla professione medica utilizza metodologie di tutoraggio simili.

Queste esperienze, come accennato sopra, sono state recentemente riconosciute al fine del conseguimento di crediti ECM. I due mondi della docenza universitaria ed extra-universitaria si sono incontrati dando origine a un rapporto di utilità reciproca, da una parte supplendo ad un'oggettiva carenza di competenza universitaria (in particolare per quanto riguarda il campo della medicina generale e delle cure primarie), dall'altra stimolando a nuove esperienze i medici di medicina generale e del territorio.

Un campo che si sta sviluppando è quello della docenza/formazione rivolta ai medici in formazione specialistica. Attraverso la riforma delle Scuole di specializzazione (DM n. 258 del 5 novembre 2005) e secondo un protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e gli Atenei della regione sulla formazione dei medici specialisti, ora in via di elaborazione, la partecipazione del personale del Servizio sanitario regionale anche alla formazione specialistica sarà nel giro di poco tempo un fatto compiuto.

Questi nuovi impegni nella docenza da parte del personale del SSR dovranno essere presto presi in considerazione dalla Commissione ECM regionale per i necessari riconoscimenti. D'altra parte, sarà necessario trovare uno spazio per il riconoscimento della docenza negli Atti aziendali, così come del resto già delineato nella bozza del protocollo d'intesa citato.

La legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29 e il successivo protocollo d'intesa tra la Regione e i quattro Atenei regionali sedi di Facoltà medica affermano che didattica e ricerca sono funzioni proprie anche del SSR. Appare chiaro come sia necessario trovare nuove forme di collaborazione tra la Regione e il sistema delle Università, in ragione del

ruolo fondamentale delle Università nella didattica e nella ricerca. Solamente in un armonico coordinamento e riconoscimento delle reciproche peculiarità e compiti sarà possibile dare origine a un miglioramento virtuoso dei due sistemi.

All'interno di questi nuovi compiti delineati per il SSR, l'attività per il programma di ECM può giocare un ruolo importante nel formare nuove competenze e rispondere a nuove esigenze. Il coinvolgere in attività di didattica e di ricerca il personale del SSR è un compito/sfida che l'Università deve assumersi.

11. Verso il futuro

Il programma di ECM 2002-2006 in Emilia-Romagna ha raggiunto complessivamente risultati rilevanti, che sono stati apprezzati come dimostra anche l'indagine sulle opinioni degli operatori.

Il sistema di accreditamento regionale è stato rodato e ha funzionato senza difficoltà, permettendo anche una sperimentazione efficace da parte delle Aziende sanitarie, che sono in grado di gestire adeguatamente i processi.

L'offerta di crediti ECM, almeno quella governata dalle Aziende sanitarie, è stata sufficiente, per lo meno sul piano della quantità, e dopo una prima fase più febbrile il sistema regionale ha trovato un certo equilibrio.

La formazione sul campo ha progressivamente trovato maggiori spazi e rappresenta ormai una soluzione comune e diffusa nelle Aziende, caratterizzandosi sempre più per la specificità e l'efficacia con cui permette di affrontare i problemi. Le sperimentazioni di formazione a distanza non sono state molte, ma sono una base importante per proseguire più consapevolmente, soprattutto in una logica di integrazione tra metodi didattici diversi da adattare ai bisogni e ai contesti.

L'attenzione alla formazione nelle organizzazioni sanitarie, sostenuta peraltro dalla legge regionale 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del SSR", ha rafforzato l'impegno delle Aziende, ha posto nuove sfide ai Collegi di direzione e agli specialisti della formazione e ha offerto a molti operatori un'occasione di crescita, sia per la maggiore offerta disponibile sia anche per la richiesta di più diretto coinvolgimento.

Integrato con questi aspetti è il problema delle innovazioni nel sistema sanitario e della necessità di sviluppare capacità e programmi che siano in grado di verificare l'efficacia clinica, le implicazioni organizzative e le necessità formative che possono condizionarne la piena utilizzazione. Le tecnologie sanitarie sono intese nel senso più generale, dagli interventi sanitari alle modalità organizzative. In questa direzione si orientano gli impegni anche rivolti alla collaborazione con l'Università, per una ricerca necessariamente più collegata con i programmi di formazione.

L'Educazione continua in medicina ha quindi assunto in questo contesto una dimensione e una prospettiva che va oltre il meccanismo di accreditamento degli eventi e si inserisce nel quadro dello sviluppo del Servizio sanitario.

È necessario, ora che si stanno rivedendo le regole generali di funzionamento per dare avvio al nuovo Programma nazionale ECM, che si faccia uno sforzo per risolvere i punti critici, che pure si sono manifestati, e per giungere a una visione unitaria, sistemica, dinamica e in grado di affrontare le importanti sfide che si presentano.

In parte si tratta di difficoltà legate ai meccanismi di funzionamento. Mancano ad esempio criteri condivisi su scala nazionale per l'accREDITAMENTO delle iniziative di formazione sul campo o in auto-apprendimento (a distanza) e per un armonico sistema

di pesatura dei crediti. Nonostante le proposte della Commissione nazionale e quelle di una specifica Commissione paritetica (Commissione nazionale - Regioni) nel 2004, non si è arrivati in questi anni a trovare una definizione comune di requisiti e criteri adeguati per accreditare i *provider*. Non è stato attivato un sistema informativo in grado di garantire una completa registrazione dei crediti su scala nazionale e regionale, con l'eccezione delle Marche e del Trentino.

Manca, in effetti, anche un sistema di verifica delle iniziative che vengono realizzate e, soprattutto, di valutazione della loro qualità, della pertinenza rispetto alle professionalità e agli sviluppi organizzativi e dell'efficacia nel miglioramento dei comportamenti e dei processi assistenziali.

Importante è anche il problema del coordinamento e dell'armonizzazione tra i soggetti istituzionali, a livello nazionale e regionale. Pur nello stesso quadro generale, lo sviluppo di modelli differenti di accreditamento e soprattutto il diverso impegno di molte Regioni, senza che siano stati sviluppati meccanismi di sussidiarietà, è sintomatico di una *governance* debole e frammentata.

In questo ambito rientra anche il ruolo degli Ordini nella programmazione e nella valutazione dei percorsi formativi. A garanzia della qualità della formazione e, soprattutto, delle motivazioni e degli impegni dei professionisti viene chiesto un peso maggiore negli organi e nei processi decisionali.

Si è anche chiaramente manifestata la presenza dei finanziamenti delle imprese con interessi commerciali in sanità nelle iniziative ECM, come è documentato anche nel Capitolo 9. L'impatto delle sponsorizzazioni è difficile da valutare (vedi anche *Capitolo 5*), ma il conflitto di interessi è una condizione che richiede un sistema di regole (che non esiste attualmente) per garantire la trasparenza e la correttezza delle condizioni. Anzi, si sono potute sviluppare situazioni che sono state definite di conflitto obbligatorio e nel quadro generale si è inserita la recente iniziativa delle imprese farmaceutiche che, dopo avere fortemente incrementato il flusso di finanziamenti, hanno annunciato alla fine del 2006 di volerlo interrompere.

La normativa sull'ECM riguarda solo i professionisti della sanità che hanno rapporti di lavoro, anche indiretto, con il Servizio sanitario nazionale. Questa condizione - che caratterizza il modello italiano come particolarmente aperto perché comprende non solo i medici - presenta comunque dei limiti di cui si chiede il superamento. Si è posto cioè il problema dell'estensione dell'obbligo dell'ECM da un lato ai liberi professionisti, eventualmente con forme di incentivazione, dall'altro agli operatori del settore socio-sanitario, con il quale sempre più si costruiscono piani e processi di assistenza integrata.

In questa situazione complessa, l'orientamento generale è quello di rilanciare un nuovo Programma ECM per gli anni 2008-2010 (il 2007 è considerato un anno di passaggio), ma le soluzioni proposte non sono ancora completamente condivise.

Una Commissione nominata dal Ministero della salute sta lavorando su questi temi dal gennaio 2007 e si è trovata di fronte, schematizzando, a due proposte distinte: una più centrata sul ruolo delle organizzazioni sanitarie e l'altra sull'autonomia dei professionisti.

Il primo modello si basa infatti più sull'esigenza delle strutture sanitarie (in particolare del Servizio sanitario nazionale) di offrire ai propri operatori sanitari una formazione, adeguata ai loro bisogni formativi, ma direttamente funzionale allo sviluppo dei processi assistenziali, al loro miglioramento e al governo dell'innovazione.

Questo approccio pone l'enfasi sulla capacità del sistema sanitario di governare e di erogare la formazione appropriata e riconosce alle Regioni un ruolo centrale nella promozione del sistema, nell'indirizzo delle scelte, nella valutazione dell'offerta formativa, compreso l'accreditamento dei *provider*, e nella gestione delle informazioni. La funzione di armonizzazione a livello nazionale e di orientamento generale è svolta dalla Conferenza Stato-Regioni. Questa dovrebbe avvalersi di una Commissione nazionale, con un ruolo di proposta e di valutazione, e di una robusta struttura tecnica dentro l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, considerata la sede appropriata per una gestione condivisa tra il Ministero e tutte le Regioni.

Il secondo modello, invece, rivendica l'autonomia dei professionisti, soprattutto dei medici, che dovrebbero poter scegliere la propria formazione nell'ambito di un'offerta ampia, anche esterna all'Azienda. La qualità della formazione sarebbe garantita più che dall'impegno dell'organizzazione nella quale il professionista opera, da un sistema di accreditamento dei *provider*, possibilmente esterno e omogeneo. Le regole, in tal caso, dovrebbero essere stabilite a livello nazionale da una Commissione con ampi poteri. Le informazioni andrebbero dal singolo *provider* direttamente a una banca dati nazionale e poi ricomposte su base individuale. Gli Ordini in questo modello avrebbero un ruolo importante a tutti i livelli, nella programmazione individuale, nella definizione delle regole, nell'accreditamento dei *provider* e nel monitoraggio dei processi, e infine nella definizione delle regole.

Le prospettive di un accordo per ricondurre entrambe le impostazioni all'interno di uno stesso inquadramento dovrebbero prevedere:

- il passaggio dall'accreditamento degli eventi a quello dei *provider*;
- la valorizzazione del ruolo delle Aziende sanitarie per quanto riguarda sia la funzione di programmazione e governo della formazione, sia la funzione di erogazione (*provider*);
- l'introduzione del dossier formativo individuale o di gruppo in cui includere la programmazione dei percorsi formativi, la documentazione sulle tappe e la valutazione;
- la conferma del ruolo delle Regioni nell'orientare le scelte per almeno il 50% dei crediti, nella funzione di verifica della qualità degli eventi e nell'accreditamento dei *provider* con bacino di utenza regionale;
- la conferma di un accreditamento nazionale riservato ai *provider* con bacino di utenza sovraregionale;
- la conferma della composizione e delle funzioni dell'attuale Commissione nazionale per la formazione continua;

- il trasferimento della Commissione nazionale e delle funzioni nazionali di accreditamento e valutazione dal Ministero della salute all'Agenzia per i servizi sanitari regionali;
- la costruzione di un sistema informativo nazionale per la registrazione e la certificazione dei crediti basato su un flusso che nasce dai *provider* per alimentare da un lato gli archivi regionali, dall'altro una banca dati nazionale gestita da un consorzio degli Ordini;
- la definizione di più chiare regole di trasparenza sull'utilizzazione di finanziamenti provenienti da imprese con interessi commerciali in sanità.

Allegati

Allegato A.

La formazione continua nei Contratti collettivi nazionali di lavoro

1. Nei contratti dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale

<p>Contratto collettivo nazionale di lavoro del COMPARTO del personale del Servizio sanitario nazionale parte normativa quadriennio 2002-2005 e parte economica biennio 2002-2003</p> <p>Art. 20</p>	<p>Contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area della DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA e della DIRIGENZA dei RUOLI SANITARIO, PROFESSIONALE, TECNICO ED AMMINISTRATIVO del Servizio sanitario nazionale parte normativa quadriennio 2002-2005 e parte economica biennio 2002-2003.</p> <p>Art. 23</p>
<p>1. In materia di formazione è tuttora vigente l'art. 29 del CCNL 7 aprile 1999, che prevede la formazione e l'aggiornamento professionale obbligatorio. In tale ambito rientra la formazione continua di cui all'art. 16 bis e segg. del DLgs 502/1992, da svolgersi sulla base delle linee generali di indirizzo dei programmi annuali e pluriennali individuati dalle Regioni e concordati in appositi progetti formativi presso l'azienda o ente ai sensi dell'art. 4, comma 2, punto 5 del CCNL 7 aprile 1999.</p>	<p>1. Ad ulteriore integrazione di quanto previsto dall'art. 33 del CCNL 5 dicembre 1996 e dell'art. 18 del CCNL integrativo del 10 febbraio 2004, che disciplinano la formazione e l'aggiornamento professionale obbligatorio e facoltativo, le parti confermano il carattere fondamentale della formazione continua di cui all'art. 16 bis e segg. del DLgs n. 502 del 1992 per favorire la quale sono da individuare iniziative a livello regionale che incentivino la partecipazione di tutti gli interessati.</p>
	<p>2. La formazione continua si svolge sulla base delle linee generali di indirizzo dei programmi annuali e pluriennali individuati a livello nazionale e regionale, concordati in appositi progetti formativi presso l'azienda o ente ai sensi dell'art. 4, comma 2, lettera C). Le predette linee e progetti formativi dovranno sottolineare, in particolare, il ruolo della formazione sul campo e le ricadute della formazione sull'organizzazione del lavoro.</p>
<p>2. L'azienda e l'ente garantiscono l'acquisizione dei crediti formativi previsti dalle vigenti disposizioni da parte del personale interessato nell'ambito della formazione obbligatoria. Il personale che vi partecipa è considerato in servizio a tutti gli effetti ed i relativi oneri sono a carico dell'azienda o ente. La relativa disciplina è, in particolare riportata nei commi 6 e seguenti dell'art. 29 del contratto del 1999 come integrata dalle norme derivanti dalla disciplina di</p>	<p>3. L'azienda e l'ente garantiscono l'acquisizione dei crediti formativi da parte dei dirigenti interessati con le scadenze previste dalle vigenti disposizioni nell'ambito della formazione obbligatoria sulla base delle risorse finalizzate allo scopo ai sensi dell'art. 18, comma 4 del CCNL 10 febbraio 2004 ivi comprese quelle eventualmente stanziare dall'Unione Europea. I dirigenti che vi partecipano sono considerati in servizio a tutti gli effetti ed i relativi oneri sono a carico</p>

<p>sistema adottate a livello regionale.</p>	<p>dell'azienda o ente. La relativa disciplina è, in particolare, riportata nei commi 3 e 4 dell'art. 32 del CCNL del 5 dicembre 1996 come integrata dalle norme derivanti dalla disciplina di sistema adottate a livello regionale.</p>
<p>3. Dato il carattere tuttora - almeno in parte - sperimentale della formazione continua, le parti concordano che - nel caso di mancato rispetto della garanzia prevista dal comma 2 circa l'acquisizione nel triennio del minimo di crediti formativi da parte del personale interessato - non trova applicazione la specifica disciplina prevista dall'art. 16 <i>quater</i> del DLgs n. 502 del 1992. Ne consegue che, in tali casi, le aziende ed enti non possono intraprendere iniziative unilaterali per la durata del presente contratto.</p>	<p>4. Dato il carattere tuttora - almeno in parte - sperimentale della formazione continua, le parti concordano che, nel caso di impossibilità anche parziale di rispettare la garanzia prevista dal comma 2 circa l'acquisizione nel triennio del minimo di crediti formativi da parte dei dirigenti interessati non trova applicazione la specifica disciplina prevista dall'art. 16 <i>quater</i> del DLgs n. 502 del 1992. Ne consegue che, in tali casi, le aziende ed enti non possono intraprendere iniziative unilaterali di penalizzazione per la durata del presente contratto.</p>
<p>4. Ove, viceversa la garanzia del comma 2 venga rispettata, il dipendente che senza giustificato motivo non partecipi alla formazione continua e non acquisisca i crediti previsti nel triennio, non potrà partecipare per il triennio successivo alle selezioni interne a qualsiasi titolo previste.</p>	<p>5. Ove, viceversa la garanzia del comma 2 venga rispettata, il dirigente che senza giustificato motivo non partecipi alla formazione continua e non acquisisca i crediti previsti nel triennio, subirà una penalizzazione nelle procedure di conferimento degli incarichi da stabilirsi nei criteri integrativi aziendali, ai sensi degli artt. 28 e 29 del CCNL 8 giugno 2000. Il principio non si applica nei confronti di dirigenti trasferiti dalle aziende di cui al comma 4.</p>
<p>5. Sono considerate cause di sospensione dell'obbligo di acquisizione dei crediti formativi il periodo di gravidanza e puerperio, le aspettative a qualsiasi titolo usufruite, ivi compresi i distacchi per motivi sindacali. Il triennio riprende a decorrere dal rientro in servizio del dipendente.</p>	<p>6. Sono considerate cause di sospensione dell'obbligo di acquisizione dei crediti formativi il periodo di gravidanza e il puerperio, i periodi di malattia superiori a cinque mesi, le aspettative a qualsiasi titolo usufruite, ivi compresi i distacchi per motivi sindacali. Il triennio riprende a decorrere dal rientro in servizio del dirigente. Sono fatti salvi eventuali ulteriori periodi di sospensione previsti da disposizioni regionali in materia.</p>

<p>6. Al fine di ottimizzare le risorse disponibili per garantire la formazione continua a tutto il personale del ruolo sanitario destinatario dell'art. 16 bis citato al comma 1 e, comunque, la formazione in genere al personale degli altri ruoli, nelle linee di indirizzo sono privilegiate le strategie e le metodologie coerenti con la necessità di implementare l'attività di formazione in ambito aziendale ed interaziendale, favorendo metodi di formazione che facciano ricorso a mezzi multimediali ove non sia possibile assicurarla a livello interno.</p>	
<p>7. La formazione deve, inoltre, essere coerente con l'obiettivo di migliorare le prestazioni professionali del personale e, quindi, strettamente correlata alle attività di competenza in base ai piani di cui al comma 1. Ove il dipendente prescelga corsi di formazione non rientranti nei piani suddetti ovvero corsi che non corrispondano alle suddette caratteristiche, la formazione - anche quella continua - rientra nell'ambito della formazione facoltativa.</p>	<p>7. La formazione deve, inoltre, essere coerente con l'obiettivo di migliorare le prestazioni professionali di tutti i dirigenti e, quindi, strettamente correlata ai piani di cui al comma 2. Ove il dirigente prescelga percorsi non rientranti nei piani suddetti o che non corrispondano alle citate caratteristiche, le iniziative di formazione - anche quella continua - rientrano nell'ambito della formazione facoltativa con oneri a carico del dirigente.</p>
<p>8. Per favorire con ogni possibile strumento il diritto alla formazione e all'aggiornamento professionale del personale, sono utilizzati anche gli istituti di cui agli artt. 22 e 23 del CCNL integrativo del 20 settembre 2001.</p> <p>Per garantire le attività formative, le aziende ed enti utilizzano le risorse già disponibili sulla base della direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 14 del 1995, relativa alla formazione, nonché tutte le risorse allo scopo previste da specifiche disposizioni di legge ovvero da particolari normative dell'Unione Europea in conformità a quanto previsto dal Protocollo di intesa sul lavoro pubblico del 12 marzo 1997.</p>	

2. Nei contratti dei professionisti convenzionati

<p>Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i MEDICI di MEDICINA GENERALE ai sensi dell'art. 8 DLgs n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni</p>	<p>Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA ai sensi dell'art. 8 DLgs n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni</p>	<p>Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI ai sensi dell'art. 8 DLgs n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni</p>
<p>1. La formazione professionale in medicina generale, universitaria, complementare e continua, riguarda la crescita culturale e professionale del medico e le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza e competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza Stato-Regioni.</p>	<p>1. La formazione professionale in pediatria, complementare e continua, riguarda la crescita culturale e professionale del pediatra e le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza e competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza Stato-Regioni.</p>	<p>1. La formazione professionale, complementare e continua, per lo specialista ambulatoriale ed il professionista riguarda la crescita culturale e professionale del medico e le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza e competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza Stato-Regioni.</p>
<p>2. Le Regioni promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza Stato-Regioni sia di specifico interesse regionale e aziendale. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti</p>	<p>2. Le Regioni promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza Stato-Regioni sia di specifico interesse regionale e aziendale. Le stesse possono avvalersi per tali obiettivi anche della collaborazione delle società scientifiche o enti</p>	<p>2. Le Regioni promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza Stato-Regioni sia di specifico interesse regionale e aziendale. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti</p>

<p>nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, e altri operatori sanitari.</p>	<p>accreditati dalle Regioni o dal Ministero della Salute. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, e altri operatori sanitari.</p>	<p>nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, e altri operatori sanitari.</p>
<p>3. Le Regioni possono riconoscere, anche in accordo con l'Università e per le parti di rispettiva competenza, attività formative del MMG, nelle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) insegnamento universitario di base pre-laurea b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica c) formazione specifica in MG d) aggiornamento e audit e) ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione 	<p>3. Le Regioni, d'intesa con le OOSS, possono riconoscere, anche in accordo con l'Università e enti accreditati dalle Regioni o dal Ministero della salute per le parti di rispettiva competenza, attività formative del PDLS, nelle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) insegnamento universitario di base pre-laurea b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica c) formazione specifica in pediatria di famiglia d) aggiornamento e audit e) ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione 	<p>3. Le Regioni possono riconoscere, anche in accordo con l'Università e per le parti di rispettiva competenza, attività formative dello specialista ambulatoriale e del professionista, nelle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) insegnamento universitario di base pre-laurea b) aggiornamento e audit c) ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione
<p>4. Le regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei medici di MG che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo per garantirne coerenza ed efficienza. A tal fine le Regioni sulla base degli accordi regionali, assicurano l'attività formativa e di ricerca dei medici di MG, mediante adeguati modelli organizzativi e possono altresì dotarsi di</p>	<p>4. Le regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei PDLS che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo per garantirne coerenza ed efficienza. A tal fine le Regioni sulla base degli accordi regionali, assicurano l'attività formativa e di ricerca dei PDLS, mediante adeguati modelli organizzativi e possono altresì dotarsi o fruire di appositi Centri formativi regionali,</p>	<p>4. Allo specialista ambulatoriale e al professionista sono assegnati i crediti formativi secondo i criteri definiti dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dagli accordi della Conferenza Stato-Regioni.</p>

<p>appositi Centri formativi regionali, con l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale; b) formare e/o accreditare i MMG che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor); c) garantire la formazione specifica in MG d) promuovere attività di ricerca e sperimentazione in MG; e) proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle Aziende sanitarie rivolte ai MMG. 	<p>con l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale; b) formare e/o accreditare i PDLS che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor); c) promuovere attività di ricerca e sperimentazione in pediatria; d) proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle Aziende sanitarie rivolte ai PDLS. 	
<p>5. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di MMG ai sensi del presente accordo. Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, il medico è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come obiettivi quelli definiti al comma 1 del presente articolo.</p>	<p>5. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di PDLS ai sensi del presente accordo. Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, il pediatra è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come obiettivi quelli definiti al comma 1 del presente articolo.</p>	<p>5. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività ai sensi del presente accordo. Lo specialista ambulatoriale e il professionista, è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come obiettivi quelli definiti al comma 2 del presente articolo.</p>
<p>6. Gli eventi (residenziali, formazione a distanza, ecc.) accreditati sulla base degli indirizzi e priorità individuate dalle regioni e dalle aziende</p>	<p>6. Gli eventi (residenziali, formazione a distanza, ecc.) accreditati sulla base degli indirizzi e priorità individuate dalle regioni e dalle aziende danno titolo</p>	<p>6. Gli eventi (residenziali, formazione a distanza, ecc.) accreditati sulla base degli indirizzi e priorità individuate dalle regioni e dalle aziende danno</p>

<p>danno titolo ad un credito didattico. Danno altresì luogo a crediti formativi, le attività di formazione sul campo incluse le attività di ricerca e sperimentazione, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza Stato-Regioni</p>	<p>ad un credito didattico. Danno altresì luogo a crediti formativi, le attività di formazione sul campo incluse le attività di ricerca e sperimentazione, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza Stato-Regioni.</p>	<p>titolo ad un credito didattico. Danno altresì luogo a crediti formativi, le attività di formazione sul campo incluse le attività di ricerca e sperimentazione, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza Stato-Regioni.</p>
<p>7. Ai sensi dell'art. 16 <i>quater</i>, comma 2, del DLgs 229/1999, al MMG che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale è attivato il procedimento disciplinare di cui all'art. 30.</p>	<p>7. Ai sensi dell'art. 16 <i>quater</i>, comma 2, del DLgs 229/1999, al pediatra che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale è attivato il procedimento disciplinare di cui all'art. 30.</p>	<p>9. Lo specialista ambulatoriale e il professionista che, nel triennio non abbia conseguito il minimo di crediti formativi previsto, è escluso da ogni aumento di orario di incarico ai sensi del presente accordo, fino al conseguimento di detto minimo formativo.</p>
<p>8. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale e, orientativamente, i temi della formazione obbligatoria saranno scelti, in modo da rispondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ad obiettivi aziendali e distrettuali di cui un terzo su argomenti di organizzazione sanitaria; b) ad obiettivi regionali di cui un terzo su argomenti deontologici e legali; c) all'integrazione tra territorio e ospedale. 	<p>8. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale e, orientativamente, i temi della formazione obbligatoria saranno scelti, in modo da rispondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ad obiettivi aziendali e distrettuali di cui un terzo su argomenti di organizzazione sanitaria; b) ad obiettivi regionali di cui un terzo su argomenti deontologici e legali; c) all'integrazione tra territorio e ospedale. 	<p>8. Fino ad un massimo del 30% del credito obbligatorio, lo specialista ambulatoriale e il professionista, ha facoltà di partecipare, con le modalità previste all'art. 38 commi 2 e 3, a corsi non compresi nella programmazione regionale, purché accreditati e inerenti l'attività svolta in azienda. Tale partecipazione determina il riconoscimento di un permesso retribuito, per ognuna delle giornate di assenza e per le corrispondenti ore di incarico non svolte, nel limite massimo di 32 ore annue. Sono fatti salvi gli accordi regionali ai quali si rimanda, anche per la disciplina dei permessi retribuiti in caso di formazione a distanza (FAD).</p>

<p>9. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 8, le Aziende garantiscono ai medici la realizzazione dei relativi corsi, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale.</p> <p>11. Il MMG ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, anche attraverso la FAD, non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della MG, fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l'aggiornamento.</p>	<p>9. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 8, le Aziende garantiscono ai pediatri la realizzazione dei relativi corsi, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale.</p> <p>11. Il pediatra ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, anche attraverso la FAD, non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati e attinenti alle tematiche della MG, fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l'aggiornamento.</p>	<p>7. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale.</p> <p>Le Aziende garantiscono le attività formative, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli Ordini e/o Collegi professionali e sentite le OOSS di categoria maggiormente rappresentative, a livello aziendale, assicurando la partecipazione delle categorie professionali ai corsi direttamente organizzati.</p> <p>10. Le Regioni e le OOSS maggiormente rappresentative a livello regionale concordano annualmente l'ammontare dello specifico finanziamento destinato alla formazione continua.</p>
<p>10. Il medico che non frequenti i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure di cui all'art. 30 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.</p>	<p>10. Il pediatra che non frequenti i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure di cui all'art. 30 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.</p>	
		<p>11. Ai sensi del DLgs 502/92 e s.m., la formazione continua è sviluppata anche secondo percorsi formativi autogestiti.</p>

<p>12. I corsi obbligatori, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello aziendale, si svolgono il sabato mattina per almeno 10 sabati e per almeno 40 ore annue, tale attività rientra nei compiti retribuiti. L'Azienda, con oneri a proprio carico, adotta i provvedimenti necessari a garantire la continuità dell'assistenza durante le ore di aggiornamento, anche con il pagamento della sostituzione da parte dell'azienda medesima.</p>	<p>12. I corsi obbligatori, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello aziendale, si svolgono il sabato e per almeno 40 ore annue, tale attività rientra nei compiti retribuiti. L'Azienda, con oneri a proprio carico, adotta i provvedimenti necessari a garantire la continuità dell'assistenza durante le ore di aggiornamento, anche con il pagamento della sostituzione da parte dell'azienda medesima.</p>	<p>12. La partecipazione ad iniziative formative, oltre il limite di cui al comma 8, previa comunque autorizzazione aziendale, è a carico dello specialista ambulatoriale e del professionista.</p>
<p>13. L'azienda provvede ad assicurare l'erogazione delle prestazioni di competenza dei MMG a rapporto orario, durante la partecipazione ai corsi, qualora l'orario dei corsi non sia compatibile con lo svolgimento del servizio.</p>		
<p>14. Danno altresì luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor valutatore, secondo le modalità previste dalla Regione in base alle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni.</p>	<p>13. Danno altresì luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor valutatore, secondo le modalità previste dalla Regione in base alle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni.</p>	
<p>15. Gli accordi regionali definiscono: a) l'attuazione dei corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da</p>	<p>14. Gli accordi regionali definiscono: a) l'attuazione dei corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da</p>	

<p>individuarsi tra i medici di mg;</p> <p>b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di mg;</p> <p>c) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici c di mg, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;</p> <p>d) i criteri per la individuazione dei docenti di mg da inserire in apposito elenco;</p> <p>e) le modalità e i criteri per la loro specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle loro attività, anche attraverso la formazione di Scuole regionali con proprio statuto, ai fini dell'accreditamento di cui all'art. 16 <i>ter</i>, comma 2, del DLgs 502/92 e successive modificazioni;</p> <p>f) le attività di sperimentazione e ricerca.</p>	<p>individuarsi tra i PDLS;</p> <p>b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di pediatria di famiglia;</p> <p>c) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i PDLS, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione o dal Ministero della salute;</p> <p>d) i criteri per la individuazione dei docenti di formazione ECM da inserire in apposito elenco;</p> <p>e) le modalità e i criteri per la loro specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle loro attività, anche attraverso la formazione di Scuole regionali con proprio statuto, ai fini dell'accreditamento di cui all'art. 16 <i>ter</i>, comma 2, del DLgs 502/92 e successive modificazioni;</p> <p>f) le attività di sperimentazione e ricerca nella pediatria di famiglia.</p>	
<p>16. Le attività didattiche indicate al comma precedente non comportano riduzione del massimale individuale.</p>		

ACCORDO REGIONALE
CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE
2005

Art. 33 - Formazione continua

La formazione deve rappresentare uno strumento di dialogo e promozione dell'integrazione dello specialista ambulatoriale con le altre figure coinvolte nell'assistenza. Lo specialista ambulatoriale concorre con gli altri professionisti (aziendali) al raggiungimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, mettendo al centro la persona ed i suoi bisogni, al fine di realizzare percorsi formativi interdisciplinari per la costruzione di percorsi assistenziali condivisi. Il piano annuale di formazione per gli specialisti ambulatoriali viene concordato perseguendo l'obiettivo della unicità della formazione rispetto anche al corrispettivo personale dipendente, prevedendo una quota di ore di formazione, di cui si faranno carico le Aziende, su tematiche di interesse aziendale e su obiettivi prioritari.

Con il precedente accordo regionale si è concordato sull'opportunità di aumentare a 50 ore, rispetto alle 32 previste dall'accordo nazionale, il limite massimo di ore annue di formazione: si conferma tale decisione anche per il presente accordo. Si prevede peraltro la possibilità di deroga al limite di 50 ore, sulla base di una specifica progettualità aziendale, per:

- iniziative di formazione di interesse aziendale/regionale
- lo sviluppo di percorsi formativi finalizzati ad acquisire competenze specifiche, (come successivamente specificato)
- conseguire un numero sufficiente di crediti formativi come previsto dalle normative nazionali.

La formazione di interesse aziendale, cui lo specialista è tenuto a partecipare (art. 33, comma 1), sarà in particolare programmata e finalizzata a sviluppare competenze professionali integrative per rispondere ai fabbisogni assistenziali individuati dai Programmi aziendali per la specialistica. Si conviene sull'opportunità della partecipazione di referenti per la formazione degli specialisti ambulatoriali, che partecipano, insieme agli altri referenti delle UO e dei dipartimenti dell'Azienda sanitaria, all'analisi dei bisogni formativi e alla costruzione del piano strategico di formazione, nell'ambito dei lavori e delle competenze del Servizio formazione aziendale. Le proposte formative saranno formulate con riferimento alle priorità aziendali e regionali e perseguendo l'obiettivo dell'unicità della formazione rispetto anche al corrispettivo personale dipendente.

Le aziende mettono a disposizione degli specialisti ambulatoriali, così come avviene per il restante personale, le informazioni relative alle iniziative formative in un calendario, periodicamente aggiornato per consentire allo specialista di programmare la propria partecipazione. L'offerta complessiva dovrà attestarsi sul 70% del debito formativo annuale.

Lo specialista ambulatoriale ha facoltà di partecipare a corsi non compresi nella programmazione regionale ed aziendale, purché accreditati ed inerenti, fino ad un massimo del 30% del credito obbligatorio e un massimo di 25 ore.

Nel caso in cui la formazione aziendale non venga programmata nei modi e nei tempi sopra specificati, oppure venga comunicata ma non effettuata o sia in ogni caso insufficiente a coprire il 70% del debito formativo, lo specialista avrà la facoltà di acquisire ulteriori crediti formativi in modo autonomo, allo scopo di ottenere l'intero monte-crediti previsto, godendo del relativo permesso retribuito, anche superando il limite delle 25 ore sopra indicate.

Circa le iniziative di formazione a distanza (FAD) lo specialista ambulatoriale ha facoltà di partecipare a corsi di formazione a distanza organizzati dall'AUSL o da provider esterni accreditati attinenti, ed in questo ultimo caso a proprie spese.

Al medico specialista ambulatoriale sono riconosciuti crediti didattici, equiparati ai crediti formativi, o eventuali esoneri, come previsto dalla DGR 1217/2004, allegato n. 1, nei seguenti casi:

- a) attività di docenza/tutoraggio nell'ambito della formazione aziendale e formazione sul campo;
- b) attività di tutoraggio in sede di attività professionale (ad es. tirocinanti per la medicina di base);
- c) attività di tutoraggio pre- e post-laurea (scuole di specializzazione), previo accordo tra Azienda ed Università per le parti di rispettiva competenza (come da Allegato 1 della DGR 1217/2004).

Si conviene che per le attività di docenza e tutoraggio (funzione quest'ultima strutturata per le tipologie di formazione individuate nell'AUSL) di cui al punto a) sia previsto un compenso orario o forfetario, da concordare in sede locale, equiparato a quello previsto per il personale dipendente.

Come previsto dalla DGR 1217/2004 è riconosciuta la possibilità di ottenere crediti formativi operando nelle seguenti aree:

- audit clinico
- ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione, con particolare riguardo alla farmacovigilanza e al monitoraggio post-marketing dei farmaci di recente introduzione; in tali ambiti il ruolo dello specialista ambulatoriale dovrà essere valorizzato con specifici progetti-obiettivo (eventualmente in modo congiunto con i MMG o i medici ospedalieri) e relativa eventuale pubblicazione scientifica dei risultati.

Si prevede, infine, la possibilità di sviluppare percorsi formativi, finalizzati ad acquisire competenze specifiche, coerenti con gli obiettivi regionali e aziendali. In tale ambito si possono prevedere periodi di frequenza clinica ("addestramento", come da Allegato 1 della DGR 1217/2004) presso ospedali, cliniche universitarie o altre idonee strutture universitarie, anche in deroga alle 50 ore, fermo restando il riconoscimento del permesso retribuito.

3. Nei contratti per il personale dipendente del settore privato

CCNL per il PERSONALE DIPENDENTE DELLE STRUTTURE SANITARIE ASSOCIATE
AIOP, ARIS E FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI onlus
2002-2005

Art. 34 - Aggiornamento, qualificazione e riqualificazione professionale

Le parti, al fine di realizzare una più qualificata assistenza, convengono sulla necessità di predisporre condizioni per favorire la partecipazione dei lavoratori operanti nell'area sanitaria privata ai corsi di qualificazione professionale, richiesti dalle prestazioni offerte dalla struttura sanitaria.

A tale scopo i dipendenti potranno usufruire di permessi retribuiti per partecipare a corsi di aggiornamento, qualificazione e riqualificazione attinenti alla materia di pertinenza, nelle seguenti percentuali:

- fino al 12% del personale dell'area sanitaria ed assistenziale inquadrato nelle categorie A e B;
- fino all'8% del restante personale, con esclusione di quello medico, globalmente inquadrato.

In sede di contrattazione decentrata vengono individuate priorità in base alle quali programmare la qualificazione del personale, tenuto conto delle esigenze di servizio.

Nelle percentuali dei dipendenti che potranno partecipare ai corsi di qualificazione rientra anche la frequenza ai corsi per l'acquisizione dei titoli di base richiesti per l'iscrizione alle scuole professionalizzanti.

Al riguardo le Amministrazioni e le Rappresentanze sindacali concorderanno i criteri obiettivi per l'identificazione delle priorità per l'accesso ai corsi propedeutici ed ai corsi professionali, indicando i criteri di riparto all'interno delle singole qualifiche, che comunque non dovranno superare il 10% delle stesse, sì da garantire la funzionalità dei servizi.

Art. 35 - Educazione continua in medicina

Oltre a quanto previsto nell'articolo precedente in materia di formazione con il presente contratto si recepiscono le novità introdotte ai sensi dell'articolo 16 *quater* del DLgs 502/1992 e s.m., dalle indicazioni del Ministero della salute, dalle intese assunte in Conferenza Stato-Regioni e dagli obiettivi di salute previsti dal PSN e recepiti nei singoli PSR, che prevedono la formazione continua del personale sanitario quale requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private.

A tal fine le strutture sanitarie favoriscono l'acquisizione dei crediti formativi, previsti dalle vigenti disposizioni e ne garantiscono l'acquisizione nei limiti del monte orario previsto dall'articolo precedente.

Al riguardo le parti concorderanno in contrattazione decentrata aziendale criteri e modalità di applicazione.

In materia sono fatti salvi, in ogni caso, accordi aziendali di miglior favore.

Allegato B.
Delibere di Giunta della Regione
Emilia-Romagna 1072/2002,
1494/2003 e 1217/2004

Regione Emilia-Romagna

Delibera di Giunta 1072/2002 del 17 giugno 2002

IL SISTEMA DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM) NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Prot. n. (PSS/02/21210)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso:

- che il DLgs 502/92 e successive modificazioni e integrazioni agli articoli dal 16 al 16 sexies interviene in materia di formazione continua, definendone le finalità, i soggetti coinvolti e modalità di attuazione;
- che, in particolare l'art. 16 ter, terzo comma dispone che "Le regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli ordini e dei collegi professionali, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, concorrono alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui al comma 2, elaborano gli obiettivi di specifico interesse regionale, accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale secondo i criteri di cui al comma 2";

Considerato che tali competenze sono state più puntualmente definite, anche nei rapporti con il corrispondente livello nazionale dall'Accordo in data 20 dicembre 2001 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano con il quale, tenendo conto delle nuove competenze attribuite alle Regioni in tema di sanità, formazione e ricerca a seguito della approvazione della Legge 18 ottobre 2001, n. 3 di revisione del Titolo V della Costituzione, in attesa di adeguamento della richiamata normativa, si è proceduto alla definizione delle procedure attuative cui attenersi nell'immediato;

Preso atto che con il richiamato Accordo, valutata l'attività della Commissione nazionale per la formazione continua (Commissione nazionale) prevista dall'art. 16 ter del DLgs n. 502/92 e successive modificazioni, istituita in data 5 luglio 2000, in attesa del necessario adeguamento normativo, si è convenuto di:

- procedere ad una integrazione della composizione della Commissione nazionale portando a sette il numero dei rappresentanti regionali designati dalla Conferenza;
- ratificare, attraverso il recepimento da parte della Conferenza, le determinazioni già assunte dalla Commissione in data 15 Novembre e 6 Dicembre 2001, limitandone la validità al solo anno 2002;
- stabilire che le eventuali determinazioni assunte dalla Commissione successivamente alla sua integrazione nei termini prima evidenziati:

- se relative ad aspetti e criteri generali o se aventi carattere prescrittivo dovranno essere considerate quali proposte alla Conferenza in vista di una successiva approvazione, da parte della Conferenza stessa, sotto forma di Accordi;
- se relative ad aspetti applicativi ed ordinatori potranno essere considerate efficaci, salvo che i rappresentanti regionali ne chiedano la conferma da parte della Conferenza;

Preso atto che il richiamato Accordo ribadisce che il ruolo delle Regioni, in coerenza con gli indirizzi nazionali, sia in particolare quello di promuovere il sistema per la formazione continua, procedendo in tale contesto:

1. all'analisi dei bisogni formativi;
2. all'individuazione degli obiettivi formativi;
3. all'accreditamento dei progetti di formazione;
4. alla partecipazione nell'individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale;
5. all'individuazione dei requisiti ulteriori e delle procedure per l'accreditamento dei soggetti fornitori di formazione;
6. alle verifiche e alle valutazioni finali finalizzate a verificare l'idoneità dei requisiti, di tali fornitori, gli aspetti gestionali degli eventi di formazione in funzione del raggiungimento degli obiettivi formativi, le ricadute sull'attività del professionista delle attività formative svolte;
7. alla promozione della realizzazione di un'anagrafe dei crediti formativi accumulati dagli operatori;

Preso atto, inoltre, che il richiamato Accordo esclude esplicitamente la possibilità che le Regioni possano svolgere il ruolo di soggetti fornitori di eventi formativi, sottolineando come esista incompatibilità tra il ruolo svolto dalla Regione nella promozione e valutazione della formazione continua, quello di soggetto fornitore di eventi formativi, sia in modo diretto che attraverso società partecipate o comunque collegate e quello di partecipanti agli eventi stessi;

Ritenuto che, in attesa della definizione di requisiti e criteri per l'accreditamento dei soggetti fornitori, debbano considerarsi provvisoriamente accreditati:

- le Università pubbliche e private,
- le Aziende sanitarie della regione,
- gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico,
- gli Istituti zooprofilattici sperimentali,
- le altre strutture tecnico-scientifiche del sistema sanitario nazionale;

Valutato che il Piano sanitario regionale dell'Emilia-Romagna 1999-2001, nel promuovere il programma di modernizzazione del Sistema sanitario regionale, indica tra gli strumenti per promuovere l'autonomia professionale e le responsabilità degli operatori l'aggiornamento e la formazione continua finalizzati ad adeguare le conoscenze e le

capacità tecniche alla evoluzione dell'assistenza e a mantenere convergenti gli interessi dei singoli con quelli dell'organizzazione;

Ritenuto che l'attribuzione alla Regione della competenza a promuovere sul proprio territorio il sistema per la formazione continua, da esplicarsi attraverso la gestione del complesso delle funzioni e dei compiti elencati, comporti la necessità di definire fin dall'immediato l'assetto organizzativo ed operativo del quale dotarsi, distinguendo, in tale contesto, i compiti e le funzioni riguardanti aspetti di natura istituzionale da gestire, come tali, in maniera diretta, eventualmente avvalendosi di idonei supporti tecnici già esistenti o appositamente costituiti, rispetto a quelli, invece, aventi natura prevalentemente tecnico-professionali attribuibili, nell'ambito di percorsi predefiniti, ad organismi e/o soggetti esterni;

Valutato che, al fine di promuovere il coinvolgimento delle categorie professionali e dei soggetti interessati, sia opportuno prevedere l'istituzione di un organismo a cui partecipino le diverse categorie professionali interessate alla tematica, denominato Consulta Regionale per la Formazione in Sanità (CRFS), che sarà presieduto dall'Assessore regionale alla Sanità e costituita da rappresentanti designati dagli Ordini, dai Collegi e dalle Associazioni professionali interessate;

Valutato, inoltre, che per supportare i competenti livelli istituzionali nell'espletamento dei compiti richiamati sia opportuno l'apporto di esperti nelle tematiche formative prevedendo che:

- sia istituita una Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina e per la Salute (Commissione regionale ECM), con riferimento alle diverse categorie professionali destinatarie delle iniziative di formazione, potrà articolarsi in più sottocommissioni aventi ciascuna specifiche competenze funzioni di supporto tecnico scientifico alle decisioni della Regione in questi campi che rimanga in carica fino al 31 dicembre 2004;
- la Commissione sia presieduta dall'Assessore alla Sanità della Regione, o da un suo delegato;
- la Commissione sia costituita da esperti di cui uno designato dall'Assessorato regionale Scuola, formazione professionale, università, lavoro, pari opportunità, individuati in base alle competenze nelle scienze della formazione e nei campi di interesse specifico della assistenza sanitaria e della sanità pubblica e possa organizzarsi anche in sottocommissioni, nonché da due Vicepresidenti, di cui uno è il Presidente della Federazione Regionale degli Ordini dei Medici, e l'altro è il Dott. Marco Biocca, Responsabile dell'Area Salute e Ambiente Lavoro dell'Agenzia Sanitaria Regionale;
- la Commissione predisponga, ferma restando, comunque, la redazione unitaria di un Rapporto annuale sulle attività e le iniziative realizzate da presentare in occasione di una Conferenza avente cadenza annuale;

Dato atto che la Commissione regionale si avvarrà, per ogni esigenza di tipo organizzativo e operativo del supporto dell'apposita funzione presente nella organizzazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali;

Considerato che i componenti della Commissione hanno acconsentito a partecipare ai lavori della Commissione stessa senza la corresponsione dei gettoni di presenza di cui alla Legge regionale 18 marzo 1985, n. 8 e che, pertanto il presente provvedimento non comporterà alcun onere aggiuntivo sul Bilancio regionale in quanto le spese derivanti dalla partecipazione ai lavori della Commissione saranno a carico delle rispettive Amministrazioni di appartenenza;

Dato atto che l'assetto organizzativo della sanità regionale, gli indirizzi programmatici espressi nel Piano sanitario regionale 1999-2001 e gli strumenti operativi esistenti hanno consentito alla Regione, anche grazie alla presenza nel contesto di ciascuna Azienda sanitaria della regione di un apposito Ufficio Formazione, l'acquisizione di un patrimonio di esperienze qualificate di formazione utilizzabili anche nell'attuale contingenza e comunque tali da consentire di delineare un quadro organico idoneo sia per quanto riguarda gli aspetti di carattere procedurale, sia per quel che riguarda la distribuzione delle competenze e delle attribuzioni in materia;

Ritenuto, per quanto riguarda gli aspetti procedurali, di stabilire che:

- la Regione, nell'ambito dei propri poteri di programmazione e avendo considerato i bisogni formativi della sanità regionale, individua gli obiettivi formativi regionali e stabilisce le relative priorità;
- per l'anno in corso sono recepiti quali obiettivi regionali gli obiettivi derivanti dall'analisi dei bisogni formativi effettuati dalle Aziende sanitarie in coerenza con le indicazioni prioritarie del PSR 1999-2001 e formulati nei piani formativi annuali di seguito descritti;
- le Aziende sanitarie, sulla base degli obiettivi formativi nazionali e regionali, delle indicazioni di priorità della Regione e delle analisi dei bisogni formativi condotte a livello locale, elaborano il piano formativo annuale in forma singola o, preferibilmente, associata e lo trasmettono alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione entro il primo quadrimestre di ciascun anno con la possibilità di integrarlo entro il secondo quadrimestre;
- il piano formativo annuale è riferito a tutte le categorie professionali interessate; rivolto in particolare allo sviluppo delle attività formative sul campo (tirocini, audit, partecipazione a ricerche, etc.); articolato in degli eventi formativi rispondenti ai criteri e ai requisiti per l'accreditamento dei progetti formativi, formulati dalla Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina e per la Salute istituita con il presente provvedimento e adottati dalla Regione. Il piano deve specificare, per ciascun evento:
 - gli obiettivi formativi,
 - il numero e le caratteristiche dei partecipanti,
 - la durata e le relative modalità di realizzazione,
 - i criteri e gli strumenti di valutazione dell'apprendimento;

- ogni evento deve essere inoltre corredato da un'autocertificazione dell'Azienda proponente che, con riferimento ai criteri formulati dalla Commissione regionale e adottati dalla Regione, dichiara la sua corrispondenza ai requisiti per l'accreditamento dell'evento e che indichi i presumibili crediti formativi presumibilmente attribuibili allo stesso;
- nel materiale utilizzato per pubblicizzare gli eventi formativi, oltre ad essere corredato dagli elementi di cui in precedenza, dovrà, per ciascun evento, essere precisato se l'attribuzione dei relativi crediti formativi sia già stata formalizzata ovvero sia in corso di attribuzione;
- la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, effettuate le valutazioni di merito, procederà con propria Determinazione all'accreditamento degli eventi formativi proposti dai Piani formativi annuali e attribuirà a ciascuno di essi il relativo punteggio, confermando ovvero modificando quello provvisoriamente prospettato in sede di proposta dalle Aziende;

Considerato che l'articolazione dei compiti di seguito definita viene fatta per garantire il migliore esercizio da parte della Regione Emilia-Romagna delle proprie attribuzioni e al fine di individuare in modo puntuale le modalità organizzative e gli strumenti di supporto tecnico riguardanti il processo di formazione continua;

La Regione:

- individua gli obiettivi formativi e stabilisce le relative priorità in base alle proposte e ai pareri espressi dalla Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina e per la Salute ed eventualmente dalla Consulta;
- valuta il piano formativo annuale degli eventi formativi proposto dai soggetti fornitori accreditati, accredita gli eventi formativi e attribuisce i crediti formativi connessi a ciascun evento in base alle proposte della Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina e per la Salute;
- procede all'accreditamento dei soggetti fornitori, tenuto conto dei requisiti stabiliti dalla Commissione nazionale e di quelli eventualmente proposti dalla Commissione regionale;
- assicura, attraverso l'apposita funzione presente nella Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, le attività di segreteria tecnica agli organismi costituiti con il presente provvedimento e quelle di raccordo e coordinamento funzionale con gli Uffici Formazione delle Aziende Sanitarie della regione;

La Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina e per la Salute assicura il supporto tecnico-scientifico alla Regione tramite:

- l'individuazione degli obiettivi formativi e dei criteri che debbono caratterizzare gli eventi formativi idonei a realizzare gli obiettivi stessi, al fine di ottenerne l'accreditamento;
- l'individuazione dei criteri per l'attribuzione a ciascun evento dei relativi crediti formativi con particolare attenzione allo sviluppo delle attività formative sul campo (tirocini, audit, partecipazione a ricerche, etc.);

- la definizione di eventuali specifici requisiti rispetto a quelli stabiliti dalla Commissione nazionale per l'accreditamento dei soggetti fornitori;
- l'individuazione dei criteri e dei requisiti per la costruzione dell'anagrafe dei crediti acquisiti dagli operatori sanitari;
- l'elaborazione di un Rapporto annuale sull'educazione continua in medicina e per la salute in Emilia-Romagna da presentare nel corso di una Conferenza regionale annuale, che comprenda, in particolare, una verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi formativi individuati, di partecipazione delle diverse categorie interessate ai singoli eventi, del livello di apprendimento acquisito e della diffusione delle attività e delle iniziative formative realizzate in regione;

La Consulta Regionale per la Formazione in Sanità:

- si fa interprete delle esigenze formative delle categorie del ruolo sanitario interessate al processo di formazione continua, esprimendo parere e formulando proposte in ordine all'individuazione degli obiettivi formativi;
- supporta le verifiche e valutazioni finali, con particolare riferimento alla definizione dei criteri per la verifica delle ricadute derivanti dalle attività formative sull'attività delle diverse categorie professionali, anche in collaborazione con la Commissione regionale;
- esprime suggerimenti e valutazioni in ordine al complesso delle attività formative realizzate;
- collabora con la Commissione regionale all'organizzazione della Conferenza annuale sulle attività e le iniziative formative realizzate in ambito regionale;

Ritenuto infine di avvalersi degli organismi e/o istituzioni professionali che a ciò si dichiarassero disponibili, per la realizzazione di un'anagrafe regionale dei crediti formativi accumulati dagli operatori, da effettuarsi sulla base dei criteri e dei contenuti da definirsi come sopra richiamato, comunque improntati a requisiti di riservatezza e trasparenza;

Richiamata la propria deliberazione n. 2541/95, così come confermata dalla delibera di questa Giunta n. 2775/01;

Dato atto, ai sensi dell'art. 37, 4° comma, della L.R. n. 43/01 e della propria delibera n. 2774 del 10 dicembre 2001;

- del parere favorevole espresso dal Responsabile del Servizio Giuridico Amministrativo e Sviluppo delle Risorse Umane - dott. Lorenzo Broccoli - in merito alla regolarità tecnica del presente atto;
- del parere favorevole espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali dott. Franco Rossi - in merito alla legittimità del presente atto;

Preso atto del parere espresso dalla Commissione Consiliare Sicurezza Sociale nella seduta del 13.06.2002.

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. per il triennio 2002-2005 sono istituite, sulla base delle modalità organizzative e operative espresse in premessa, che si richiamano integralmente:
 - a) la Consulta regionale per la Formazione in Sanità presieduta dall'Assessore regionale alla Sanità e costituita da rappresentanti designati dagli Ordini, dai Collegi e dalle Associazioni professionali del ruolo sanitario della regione, dando atto che alla definizione delle modalità di funzionamento della Consulta e alla nomina dei suoi componenti provvederà con propri successivi atti il Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali;
 - b) la Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina e per la Salute, presieduta dall'Assessore alla sanità della Regione o da un suo delegato, coadiuvato, in qualità di vicepresidenti, dal Presidente della Federazione regionale degli Ordini dei Medici e dal Dr. Marco Biocca;
2. di individuare secondo i criteri contenuti in premessa, quali componenti della Commissione, le persone di seguito indicate, tutti in possesso dei necessari requisiti per rispondere ai compiti assegnati alla stessa:
 - Dr. Salvatore Di Franco Az. Osp. Reggio Emilia,
 - Dr. Stefano Falcinelli AUSL Ravenna,
 - Dr. Luisa Martelli AUSL Rimini,
 - Dr. Mariella Martini AUSL Reggio Emilia,
 - Dr. Paolo Messina Az. Osp.di Bologna,
 - Dr. Ubaldo Montaguti Az. Osp. Ferrara,
 - Dr. Luigi Salizzato AUSL Cesena,
 - Sig. Roberta Suzzi AUSL Città di Bologna,
 - Prof. Gianfranco Di Nino Università di Bologna,
 - Dr. Riccardina Puglioli Università di Bologna,
 - Prof. Lia Rimondini Università di Bologna,
 - Prof. Aldo Tomasi Università di Modena,
 - Prof. Marco Ingrosso Università di Ferrara
 - Prof. Leopoldo Sarli Università di Parma
 - Dr. Giovanni De Plato RER-Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali,
 - Dr. Manuela Righi RER-Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali (con funzioni di segreteria tecnica),
 - Dr. Paola Zaniboni RER-Assessorato Scuola, Formazione Prof.le, Università, Lavoro, Pari Opportunità,
3. di dare atto che le spese relative alla partecipazione ai lavori della Consulta e della Commissione saranno a carico delle rispettive amministrazioni di appartenenza;

4. di considerare provvisoriamente accreditati come organizzatori di attività formative per l'educazione continua in medicina:

- le Università degli Studi pubbliche e private,
- le Aziende sanitarie della regione,
- gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico,
- gli Istituti zooprofilattici sperimentali;
- le altre strutture tecnico-scientifiche del Servizio sanitario nazionale.

Tali attività, tenuto conto di quanto previsto dall'Accordo richiamato in premessa, non possono essere svolte dai servizi della Regione, né, in forma diretta, da soggetti o associazioni rappresentanti i partecipanti agli eventi formativi in oggetto o da imprese commerciali attive nel settore sanitario, neppure attraverso società partecipate o comunque collegate;

5. di affidare alle Aziende sanitarie, sulla base degli obiettivi formativi nazionali e regionali, delle indicazioni di priorità della Regione e delle analisi dei bisogni formativi condotte a livello locale, l'elaborazione, in forma singola o preferibilmente associata, di un Piano formativo annuale da trasmettere alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione entro il primo quadrimestre di ciascun anno, con possibilità di integrarlo entro il secondo quadrimestre;

6. di riconoscere come obiettivi regionali, limitatamente all'anno 2002, attraverso il loro inserimento nei piani formativi annuali, gli obiettivi derivanti dall'analisi dei bisogni formativi effettuati dalle Aziende sanitarie della Regione in coerenza con le indicazioni prioritarie del PSR 1999-2001;

7. di stabilire che, il Piano formativo annuale, che deve riferirsi a tutte le categorie professionali interessate e rivolgere particolare attenzione allo sviluppo delle attività formative sul campo (tirocini, audit, partecipazione a ricerche, etc.), è articolato in degli eventi formativi rispondenti ai criteri e ai requisiti per l'accREDITamento dei progetti formativi, quali saranno formulati dalla Regione, mediante la proposta della Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina e per la Salute istituita con il presente provvedimento e adottati dalla Regione, e deve specificare, per ciascun evento:

- gli obiettivi formativi,
- il numero e le caratteristiche dei partecipanti,
- la durata e le relative modalità di realizzazione,
- i criteri e gli strumenti di valutazione dell'apprendimento;

8. di stabilire che:
- a) ciascun evento dovrà, altresì, essere corredato da un'autocertificazione dell'Azienda proponente che, con riferimento ai criteri formulati dalla Commissione Regionale e adottati dalla Regione, dichiari la sua corrispondenza ai requisiti per l'accreditamento e contenga l'indicazione dei presumibili crediti formativi presumibilmente attribuibili allo stesso;
 - b) nel materiale utilizzato per pubblicizzare piani annuali gli eventi formativi, oltre ad essere corredato dagli elementi di cui in precedenza, dovrà, per ciascun evento, essere precisato se l'attribuzione dei relativi crediti formativi sia già stata formalizzata ovvero sia in corso di attribuzione;
 - c) annualmente, con propria deliberazione, saranno indicati gli obiettivi formativi di interesse regionale e saranno stabilite le relative priorità in base alle proposte e ai pareri espressi dalla Commissione ed eventualmente dalla Consulta regionale;
 - d) l'Assessore Regionale alla Sanità, su proposta del Direttore Generale alla Sanità e Politiche Sociali, provvederà con proprio Decreto all'accreditamento dei soggetti fornitori che corrispondono ai requisiti stabiliti;
9. di dare atto che:
- a) la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, attraverso l'apposita funzione presente nella Direzione Generale stessa, assicura, le attività di segreteria tecnica agli organismi costituiti con il presente provvedimento nonché quelle di raccordo e coordinamento funzionale con gli Uffici Formazione delle Aziende Sanitarie della regione;
 - b) la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, inoltre, tenuto conto delle proposte della Commissione regionale, effettua le valutazioni di merito sui Piani formativi annuali e procede, con proprie Determinazioni, all'accreditamento degli eventi formativi proposti e all'attribuzione a ciascuno di essi del relativo numero di crediti, confermando ovvero modificando quello provvisoriamente prospettato in sede di proposta dalle Aziende;
10. di stabilire che la Commissione Regionale per la Formazione Continua in Medicina e per la Salute assicura il supporto tecnico-scientifico alla Regione, mediante proposte alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, per:
- l'individuazione degli obiettivi formativi e dei criteri che debbono caratterizzare gli eventi formativi idonei a realizzare gli obiettivi stessi;
 - l'individuazione dei criteri per l'attribuzione a ciascun evento dei relativi crediti formativi con particolare attenzione allo sviluppo delle attività formative sul campo (tirocini, audit, partecipazione a ricerche, etc.);
 - l'individuazione dei criteri e dei requisiti per la costruzione dell'anagrafe dei crediti acquisiti dagli operatori sanitari;
 - la definizione di eventuali requisiti ulteriori rispetto a quelli stabili dalla Commissione nazionale per l'accreditamento dei fornitori;

- la elaborazione di un Rapporto annuale sull'educazione continua in medicina e per la salute in Emilia-Romagna, da presentare nel corso di una Conferenza regionale annuale, che comprenda, in particolare, la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi formativi individuati, di partecipazione delle diverse categorie interessate ai singoli eventi, nonché del livello di apprendimento acquisito e della diffusione delle attività e delle iniziative formative realizzate in regione;

11. di disporre che:

- a) La Consulta Regionale per la Formazione in Sanità:
 - si fa interprete delle esigenze formative delle categorie del ruolo sanitario interessate al processo di formazione continua, esprimendo parere e formulando proposte in ordine all'individuazione degli obiettivi formativi;
 - supporta le verifiche e valutazioni finali, con particolare riferimento alla definizione dei criteri per la verifica delle ricadute derivanti dalle attività formative sull'attività delle diverse categorie professionali, anche in collaborazione con la Commissione regionale;
 - esprime suggerimenti e valutazioni in ordine al complesso delle attività formative realizzate;
 - collabora con la Commissione regionale all'organizzazione della Conferenza annuale sulle attività e le iniziative formative realizzate in ambito regionale;
- b) la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, su proposta motivata della Commissione regionale, affida con propria Determinazione agli organismi e/o istituzioni professionali che ne abbiano fatto richiesta, la realizzazione di anagrafi regionali dei crediti formativi acquisiti dagli operatori, da effettuarsi sulla base dei criteri e dei contenuti da definirsi come sopra richiamato, comunque improntati a requisiti di riservatezza e trasparenza.

- -

Regione Emilia-Romagna

Delibera di Giunta 1494/2003 del 28 luglio 2003

APPROVAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI DELL'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA PER L'ANNO 2003

Prot. n. (PSS/03/28522)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, in particolare gli articoli 16-bis e 16-ter riguardanti la formazione continua del personale sanitario;
- gli Accordi del 20.12.2001 e del 20.3.2003 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome, sugli obiettivi di formazione continua per gli anni 2002 e 2003;
- il Piano Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna 1999-2001;

Richiamata la propria deliberazione n. 1072/2002, avente ad oggetto: "Il sistema di educazione continua in medicina (ECM) nella Regione Emilia-Romagna", che, al punto 6) del dispositivo, stabilisce di riconoscere, limitatamente all'anno 2002, come obiettivi regionali per la formazione continua in medicina, gli obiettivi derivanti dall'analisi dei bisogni formativi effettuata dalle Aziende Sanitarie della Regione in coerenza con le indicazioni prioritarie del Piano Sanitario Regionale 1999-2001;

Rilevato che la stessa deliberazione, al punto 8c) del dispositivo, stabilisce che annualmente saranno indicati gli obiettivi formativi di interesse regionale;

Ritenuto necessario approvare gli obiettivi dell'anno 2003 per l'educazione continua in medicina, mediante il recepimento di quanto stabilito nell'Accordo sopra citato del 20.3.2003 e approvare altresì gli obiettivi formativi stabiliti dalle Aziende Sanitarie della Regione nei piani annuali della formazione per l'anno 2003 (agli atti del Servizio Giuridico-amministrativo e Sviluppo Risorse Umane);

Dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali dott. Franco Rossi, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 447/2003;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

delibera

- di stabilire che gli obiettivi regionali dell'educazione continua in medicina per l'anno 2003 coincidono con gli obiettivi individuati dagli Accordi Stato-Regioni citati in premessa e che si intendono integralmente richiamati e con gli obiettivi formativi stabiliti dalle Aziende Sanitarie della Regione nei piani annuali della formazione per l'anno 2003.

Regione Emilia-Romagna
Delibera di Giunta 1217/2004 del 28 giugno 2004
MODIFICHE E INTEGRAZIONI AL SISTEMA DI EDUCAZIONE CONTINUA
IN MEDICINA (ECM) NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
DI CUI ALLA DGR 1072/2002

Prot. n. (DGS/04/1436)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il Decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, in particolare gli articoli 16 bis e 16 ter riguardanti la formazione continua del personale sanitario;
- la Legge 18 ottobre 2001, n. 3 di revisione del Titolo V della Costituzione, che attribuisce alle Regioni nuove competenze in materia di sanità, formazione e ricerca;
- gli Accordi del 20/12/2001 e del 20/3/2003 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sugli obiettivi di formazione continua per gli anni 2002 e 2003;

Viste inoltre le proprie deliberazioni:

- n. 1072/2002, avente ad oggetto: "Il sistema di educazione continua in medicina (ECM) nella Regione Emilia-Romagna", con la quale si è provveduto ad istituire e regolamentare, sulla base delle norme di cui sopra, il sistema regionale ECM;
- n. 1494/2003, avente ad oggetto: "Approvazione degli obiettivi regionali dell'Educazione continua in medicina per l'anno 2003";
- n. 296/2004, avente ad oggetto: "Linee di indirizzo per la predisposizione e attuazione del Piano-programma 2004-2006 dell'Agenzia sanitaria regionale", con la quale sono state assegnate all'Agenzia sanitaria regionale ulteriori aree di attività, tra le quali l'accreditamento dei progetti e degli organizzatori di attività di ECM e lo sviluppo di strumenti e metodi per l'apprendimento sul campo e a distanza e per la valorizzazione di comunità professionali necessarie ai processi di innovazione clinica e organizzativa;
- n. 451/2004, avente ad oggetto: "LR 19/1994 - art. 12 comma 3. Piano-Programma 2004-2006 e Piano attività 2004 dell'Agenzia sanitaria regionale", con la quale è stato adottato, in attuazione della propria deliberazione sopra citata n. 296/2004, il Piano-programma dell'Agenzia sanitaria regionale per il triennio 2004-2006, che prevede, fra l'altro, nell'ambito del programma della formazione continua nel Servizio sanitario regionale, che le attività inerenti l'ECM riguarderanno in particolare i processi regionali di accreditamento e verranno sviluppati progetti sperimentali di valutazione degli eventi e degli organizzatori di formazione;

Rilevato che, con la propria deliberazione n. 1072/2002, sopra citata, si è provveduto ad istituire, per il triennio 2002-2005, la Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina e per la salute, costituita da esperti, individuati in base alle competenze nei campi della formazione, dell'assistenza sanitaria e della sanità pubblica e presieduta dall'Assessore regionale alla sanità, coadiuvato, in qualità di vicepresidenti, dal Presidente della Federazione regionale degli Ordini dei medici e dal dr Marco Biocca, responsabile di Area dell'Agenzia sanitaria regionale;

Rilevato altresì che, con la stessa deliberazione, sono stati individuati, secondo detti criteri, i seguenti componenti della Commissione sopra citata:

- Salvatore De Franco
- Giovanni De Plato
- Gianfranco Di Nino
- Stefano Falcinelli
- Marco Ingrosso
- Luisa Martelli
- Mariella Martini
- Paolo Messina
- Ubaldo Montaguti
- Riccardina Puglioli
- Manuela Righi
- Lia Rimondini
- Luigi Salizzato
- Leopoldo Sarli
- Roberta Suzzi
- Aldo Tomasi
- Paola Zaniboni;

Preso atto che:

- la dr.ssa Riccardina Puglioli è deceduta;
- il dr Stefano Falcinelli è stato eletto nuovo Presidente della Federazione regionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, come da nota n. 04/Frer/az del 5/12/2003, agli atti della Direzione generale dell'Agenzia sanitaria regionale;
- il dr Ubaldo Montaguti ha rassegnato le dimissioni dalla Commissione, a causa di subentrati ulteriori impegni di lavoro;

Ritenuto opportuno integrare come segue la composizione della Commissione:

- Nicolino D'Autilia, presidente dell'Ordine dei medici di Modena;
- Alessandro Liberati, responsabile dell'Area di programma Ricerca e innovazione dell'Agenzia sanitaria regionale;
- Stefano Reggiani, direttore sanitario della Casa di cura Hesperia;

- Patrizia Menicocci, coordinatore didattico del corso di laurea per fisioterapisti dell'Università di Bologna;
- Sergio Marzocchi, tecnico sanitario di radiologia medica dell'Azienda ospedaliera di Ferrara;

Rilevato inoltre che con la stessa deliberazione n. 1072/2002, sopra citata, si è provveduto a istituire, per il triennio 2002-2005, la Consulta regionale per la formazione in sanità, composta da rappresentanti designati dagli Ordini, dai Collegi e dalle Associazioni professionali del ruolo sanitario della regione e presieduta dall'Assessore regionale alla sanità;

Considerato opportuno che l'Assessore regionale alla sanità ai fini di una maggiore funzionalità e coordinamento delle attività della Consulta regionale per la formazione in sanità possa delegare la funzione al dr Marco Biocca, referente per la formazione dell'Agenzia sanitaria regionale e vicepresidente della Commissione regionale ECM;

Ritenuto, altresì, opportuno specificare che, tra gli organizzatori di attività formative per l'educazione continua in medicina provvisoriamente accreditati, è ricompresa l'Agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente dell'Emilia-Romagna (ARPA E-R), vista l'appartenenza al ruolo sanitario di numerosi operatori dipendenti di detta Agenzia, la quale effettua prestazioni di sanità pubblica per il Servizio sanitario nazionale, provvedendo direttamente alla organizzazione di adeguati programmi formativi, anche a fronte delle scarse opportunità di formazione offerte in questo settore;

Considerate le nuove competenze in campo formativo, attribuite, con l'atto deliberativo sopra citato n. 296/2004, all'Agenzia sanitaria regionale, si rileva che la Direzione generale dell'Agenzia stessa dovrà provvedere a:

- assicurare i processi regionali di accreditamento delle iniziative formative e di valutazione degli eventi e degli organizzatori di formazione;
- garantire le funzioni di segreteria tecnica della Commissione regionale ECM e della Consulta regionale per la formazione in sanità, nonché quelle di raccordo e coordinamento funzionale con gli Uffici Formazione delle Aziende sanitarie della regione;

Presa visione:

- del rapporto annuale ECM sulle attività realizzate nel corso del 2003 - presentato dalla Commissione regionale ECM in collaborazione con la Consulta regionale per la formazione in sanità - che, tra l'altro, riporta i risultati di un anno di sperimentazione di formazione sul campo e ne propone le regole di valutazione;
- delle "Modalità di valutazione per l'accREDITamento dell'apprendimento sul campo in Emilia-Romagna" formulate dall'Agenzia sanitaria regionale, su proposta della Commissione regionale ECM, di cui all'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Richiamata la propria deliberazione n. 447 del 24 marzo 2003, avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali";

Dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore generale dell'Agenzia sanitaria regionale, dr Francesco Taroni, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della LR n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 447/2003;

Su proposta dell'Assessore alla sanità;

A voti unanimi e palesi

delibera

1. di modificare e integrare la composizione della Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina e per la salute, che risulta così composta come di seguito indicato:

Marco Biocca, in qualità di vicepresidente

Stefano Falcinelli, in qualità di vicepresidente

Nicolino D'Autilia

Salvatore De Franco

Giovanni De Plato

Gianfranco Di Nino

Marco Ingrosso

Alessandro Liberati

Luisa Martelli

Mariella Martini

Sergio Marzocchi

Patrizia Menicocci

Paolo Messina

Stefano Reggiani

Manuela Righi

Lia Rimondini

Luigi Salizzato

Leopoldo Sarli

Roberta Suzzi

Aldo Tomasi

Paola Zaniboni

2. di considerare ricompresa, per i motivi espressi in premessa, tra gli organizzatori di attività formative per l'educazione continua in medicina provvisoriamente accreditati, l'Agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente dell'Emilia-Romagna (ARPA E-R);
3. di dare atto che il Direttore generale dell'Agenzia sanitaria regionale provvede ad assicurare i processi regionali di accreditamento delle iniziative formative e di valutazione degli eventi e degli organizzatori di formazione;

4. di stabilire che l'Agenzia sanitaria regionale garantisca le funzioni di segreteria tecnica della Commissione e della Consulta, nonché quelle di raccordo e coordinamento funzionale con gli Uffici formazione delle Aziende sanitarie della regione;
5. di approvare le "Modalità di valutazione per l'accreditamento dell'apprendimento sul campo in Emilia-Romagna", formulate dall'Agenzia sanitaria regionale, su proposta della Commissione regionale ECM e incluse nel Rapporto ECM 2003, di cui all'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
6. di individuare, quali obiettivi prioritari della formazione continua in ambito sanitario, le attività di supporto alle innovazioni nei settori sanitari specifici e nelle relative organizzazioni;
7. di stabilire che le funzioni di presidente della Consulta potranno essere delegate dall'Assessore regionale alla sanità al dr Marco Biocca.

Allegato 1.

Modalità di valutazione per l'accreditamento dell'apprendimento sul campo in Emilia-Romagna

La possibilità di utilizzare per l'apprendimento direttamente le strutture sanitarie, le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali e le occasioni di lavoro costituiscono un terreno assai fertile per la formazione, che è tuttora poco utilizzato. Questo approccio, inoltre, offre la massima possibilità di essere legato alle specifiche esigenze di sviluppo dei servizi e di miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e di comportamenti organizzativi.

Le opportunità di apprendimento sul campo sono assai diverse. Nella Tabella A.1 sono indicate le 5 principali tipologie identificate nel corso della sperimentazione effettuata in Emilia-Romagna nel 2003. Le modalità di apprendimento sono simili tra loro, anche se cambiano i contesti e le finalità (ricerca e organizzazione di documentazione, lettura e discussione in gruppo, analisi di casi, redazione, presentazione e discussione di elaborati, ecc.).

Come previsto per le attività formative residenziali (corsi, convegni, seminari, ecc.) anche per le attività di apprendimento sul campo valgono i medesimi requisiti perché possano rientrare nel sistema di accreditamento e, in particolare, devono essere:

1. organizzate e proposte nell'ambito dell'Azienda sanitaria;
2. realizzate senza che si determinino condizioni di conflitto di interesse;
3. corredate da una documentazione del progetto completa e valutabile.

È importante, inoltre, che l'attività di apprendimento sul campo che si intende accreditare sia adeguatamente progettata e formalizzata. Nella Tabella A.2 sono evidenziati gli elementi che vanno inclusi nella descrizione del progetto.

La documentazione relativa a tutti gli aspetti del processo formativo, e in particolare della valutazione, deve essere a disposizione anche di osservatori esterni.

La valutazione ai fini dell'Educazione continua in medicina delle attività di apprendimento sul campo dipende da tre ordini di elementi:

1. la rilevanza dell'iniziativa per l'organizzazione che la propone;
2. la complessità e la durata dell'iniziativa;
3. l'impegno individuale richiesto.

Poiché è difficile tradurre in ore di impegno, salvo che nel caso dell'addestramento, il tempo necessario per iniziative di apprendimento sul campo, i responsabili dell'Azienda e dell'iniziativa didattica hanno anche il compito di definirne il valore all'interno di limiti definiti (vedi *Tabella A.1*). Il numero di crediti attribuibili a ogni singola iniziativa può variare da un minimo di 3 a un massimo di 15. Per le attività di addestramento va, invece, utilizzato un criterio temporale più stringente attribuendo 1 credito ogni 4 ore fino a un massimo di 15 crediti.

Così come per le attività di formazione tradizionale e a distanza, ancor più per l'apprendimento sul campo è spesso necessario associare al responsabile del processo formativo il sostegno di persone (*tutor*) che abbiano una funzione di orientamento, di supervisione, di formazione e di valutazione dei partecipanti. Il loro contributo va considerato in modo analogo a ciò che avviene per i docenti nei corsi ECM. A condizione che l'incarico sia di almeno un mese all'anno, esso dovrà dare diritto ad un numero di crediti da 3 a 15 ogni anno, da valutare in funzione del grado di livello di impegno previsto. Il numero di crediti acquisiti in tal modo non potrà, comunque, essere superiore alla metà di quelli previsti per l'anno.

In molte situazioni esistono, inoltre, reti di operatori che svolgono questo ruolo chiave di promozione nel campo della formazione, ma anche in quello della qualità, della documentazione e della ricerca. Hanno denominazioni diverse (*tutor*, formatori, animatori, facilitatori o anche valutatori) anche se le funzioni che svolgono sono comparabili tra loro. Quando queste attività sono comparabili con quelle effettuate ai fini dell'ECM l'operatore coinvolto può essere esentato dall'obbligo di acquisire i propri crediti per una misura pari a quanti ne avrebbe acquisiti se avesse svolto attività di tutoraggio ECM.

Tabella A.1. Criteri per l'identificazione e la valutazione delle attività di apprendimento sul campo per l'ECM

Termine	Definizione	Crediti
Attività di addestramento	<p>Applicazione di istruzioni e procedure, attraverso la quale il partecipante acquisisce nuove conoscenze, abilità e comportamenti non posseduti in precedenza e necessari all'esecuzione di attività specifiche, all'utilizzo di tecnologie e strumenti o al miglioramento di aspetti relazionali.</p> <p>L'attività di addestramento va realizzata nelle strutture aziendali sulla base di una programmazione specifica e con il sostegno di un tutor. Avviene in modo diversificato per ogni situazione, ma le tecniche di insegnamento sono prevalentemente riconducibili all'affiancamento.</p>	1 credito ogni 4 ore fino a un massimo di 15
Partecipazione a commissioni e comitati	<p>Partecipazione a:</p> <ul style="list-style-type: none">- comitati aziendali permanenti (etico, controllo delle infezioni, buon uso degli antibiotici, buon uso del sangue, prontuario terapeutico, sicurezza ed emergenze sul lavoro, HACCP, ospedale senza dolore);- commissioni di studio (interaziendali, di ordini professionali, di università, ecc.). <p>L'attività va svolta nell'ambito dei lavori della commissione e deve prevedere 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, ecc.</p>	Da 3 a 15 crediti in funzione dell'impegno previsto

Audit clinico

Attività che va condotta secondo modalità sistematiche e standardizzate, finalizzata al miglioramento della qualità dell'assistenza, attraverso una revisione dei processi adottati e/o degli esiti clinici ottenuti in specifiche categorie di pazienti, attraverso il confronto rispetto a *standard* concordati ed espliciti.

Da 3 a 15 crediti
in funzione
dell'impegno previsto

L'attività va svolta collaborando alle diverse fasi in cui si articola il processo di *audit* che sono:

- l'identificazione delle aree cliniche e dei problemi assistenziali oggetto della valutazione, con conseguente identificazione del campione di pazienti pertinente;
- l'identificazione del *set* di informazioni da raccogliere per ciascun caso secondo modalità standardizzate, rilevanti ai fini della valutazione;
- l'identificazione dei parametri di riferimento (criteri, indicatori e relativi *standard*);
- l'analisi dei dati raccolti ai fini di un confronto tra i profili assistenziali e i loro esiti clinici documentati e gli *standard* di riferimento;
- la definizione delle opportune strategie di miglioramento laddove sia stata riscontrata una significativa differenza tra i profili assistenziali documentati e gli *standard* professionali di riferimento;
- la ripetizione del processo di valutazione e gli interventi attuati per ottenere e/o sostenere il miglioramento.

Termine	Definizione	Crediti
Partecipazione a gruppi di miglioramento	<p>Partecipazione a gruppi di lavoro finalizzati al miglioramento della qualità, alla promozione della salute, all'accreditamento e alla certificazione di sistemi, dell'organizzazione di servizi, di prestazioni, della comunicazione con i cittadini, ecc.</p> <p>È compresa in questa tipologia anche la partecipazione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - circoli di discussione su casi clinici, problemi assistenziali e cure primarie; - circoli di gestione delle criticità di programmi di prevenzione e di emergenze. - progetti di cooperazione con paesi in via di sviluppo. <p>L'attività va svolta nell'ambito dei lavori del gruppo e prevede 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, ecc.</p>	Da 3 a 15 crediti in funzione dell'impegno previsto
Partecipazione a ricerche	<p>Partecipazione a studi o inchieste finalizzati a ricercare nuove conoscenze rispetto a determinanti della salute e delle malattie. Può assumere diverse forme: empirica (osservazionale), analitica, sperimentale, teorica e applicata. Sono inclusi anche le sperimentazioni/valutazioni assistenziali e organizzative e i piani per la salute.</p> <p>La partecipazione va svolta 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, ecc.</p>	Da 3 a 15 crediti in funzione dell'impegno

Tabella A.2. Elementi per la formalizzazione di un progetto di apprendimento sul campo

A. Contesto organizzativo

1. ente organizzatore che rilascia la certificazione;
2. contesto organizzativo (dipartimentale, aziendale, interaziendale, universitario, regionale, ecc.) in cui avviene il processo formativo;
3. atto formale che riconosce il contesto e la proposta formativa;

B. Progetto formativo

4. titolo della proposta formativa;
5. tipologia della proposta formativa (vedi elenco);
6. nome, qualificazione e curriculum del responsabile del processo formativo e degli eventuali *tutor*;
7. specifici obiettivi formativi e se questi rientrano tra le priorità nazionali, regionali o aziendali;
8. numero e professionalità dei partecipanti;
9. ruolo dei partecipanti nel processo;
10. grado d'impegno richiesto ai partecipanti;
11. metodi di apprendimento;
12. caratteristiche della documentazione prodotta e degli eventuali materiali didattici utilizzati (documenti, relazioni, pubblicazioni, ecc.);
13. periodo di tempo in cui si sviluppa il processo;
14. modalità e criteri utilizzati per la documentazione della partecipazione e dell'impegno;
15. modalità e criteri per la valutazione dell'apprendimento;
16. modalità per la valutazione del processo.

Allegato C.
Atti regionali per il funzionamento
del sistema ECM
(aggiornamento al 31 dicembre 2006)

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Basilicata	Delibera di Giunta 215/2003		Fornisce alle Aziende sanitarie indirizzi per la costituzione dei servizi di formazione, programmazione, rilevazione dei fabbisogni formativi.	Prevede una Consulta regionale delle professioni sanitarie con rappresentanti aziendali, che deve produrre proposte per procedure, regole per l'accreditamento, ecc.
Bolzano	Legge provinciale 7/2001, art. 49	Riordinamento del Servizio sanitario provinciale	Accredita le società scientifiche, i soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative nel territorio provinciale. Definisce gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative.	Prevede una Commissione provinciale per la formazione continua con compiti di programmazione e organizzazione dei programmi provinciali per la formazione continua, elaborazione degli obiettivi di interesse provinciale e accreditamento dei progetti formativi.
	Legge provinciale 14/2002	Norme per la formazione di base, specialistica e continua nonché altre norme in ambito sanitario		
	Delibera di Giunta 4220/2002	Componenti della Commissione provinciale per la formazione continua		

	Decreto provinciale 8/2002	Composizione e funzionamento della Commissione provinciale per la formazione continua e modalità per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative	<p>Riconosce le esperienze formative degli ordini e collegi professionali. Prevede due tipi di valutazione: dei metodi didattici, orario, incompatibilità del promotore da parte di una commissione interna all'ordine/collegio; dei programmi e dei docenti da parte di 3 esperti indipendenti tra loro.</p> <p>La Commissione elabora criteri per l'accreditamento delle società scientifiche nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative nel territorio della provincia di Bolzano.</p>	<p>Nomina la Commissione che ha un presidente, 5 rappresentanti degli ordini e collegi, un rappresentante del comitato pari opportunità, 3 esperti dalle Università, un esperto della formazione continua del personale sanitario.</p> <p>La Commissione elabora i criteri per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative.</p>
Calabria	Decreto assessorile 821/2004	Costituzione Commissione regionale per l'educazione continua in medicina		<p>Composizione della Commissione: Presidente Assessore alla sanità, rappresentanti degli ordini e dei collegi, due rappresentanti delle Università di Medicina e farmacia, e altri membri con competenze specifiche nel campo dell'Educazione continua in medicina.</p>

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Campania	Delibera di Giunta 5148/2000	Istituzione della Commissione regionale ECM		Nomina la Commissione, composta da rappresentanti degli ordini e dei collegi, dai rettori universitari e da 2 esperti. La Commissione ha compiti propositivi, di monitoraggio e di valutazione. Redige la relazione annuale sulle attività formative.
	Delibera di Giunta 5544/2000	Deliberazione della Giunta regionale n. 5148 del 20/10/2000 recante ad oggetto: "Decreto legislativo 19/6/1999 n. 229 art. 14 - Commissione regionale per l'educazione continua - Istituzione." Integrazione		Integra la Commissione regionale per l'educazione continua con un rappresentante del Rettore dell'Università del Sannio di Benevento.
	Delibera di Giunta 4389/2001			Integra la Commissione regionale per l'educazione continua con la partecipazione di un rappresentante dell'AITR (Associazione terapisti della riabilitazione - Regione Campania) e un rappresentante dell'ASSIATEL (Associazione tecnici di laboratorio - Regione Campania).
	Delibera di Giunta 2238/2002	Proposta di obiettivi formativi di interesse regionale 2001-2006	Elenca gli obiettivi formativi generali e specifici.	

Delibera di Giunta 629/2003	Linee guida alle Aziende sanitarie	
Delibera di Giunta 2126/2003	Attività di Educazione continua in medicina	Assume il contenuto dell'Accordo Stato-Regioni del marzo 2003. Avvia l'attività di accreditamento regionale degli eventi formativi. Istituisce un sistema di rete informatizzata per il collegamento con i <i>provider</i> , i <i>referee</i> e le Aziende sanitarie.
Delibera di Giunta 480/2004	Attività di Educazione continua in medicina. Progetto formazione sul campo	Riferisce i tempi lunghi necessari per la realizzazione del programma di accreditamento regionale per: approntare la rete informatica, predisporre l'elenco di <i>referee</i> per la valutazione degli eventi, avviare la gestione finanziaria della riscossione dei contributi dei <i>provider</i> per l'accREDITamento degli eventi. Approva il programma sperimentale di formazione sul campo per la copertura del debito formativo 2004.

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Emilia-Romagna	Delibera di Giunta 1072/2002	Avvio del programma ECM	Avvia il programma ECM regionale definendo gli organizzatori che possono presentare proposte (Aziende sanitarie, Università e enti del SSN) e le modalità per la presentazione e l'accREDITAMENTO.	Costituisce una Commissione regionale per l'ECM di esperti con compiti tecnico-scientifici di proposta e di valutazione. Costituisce anche una Consulta regionale con rappresentanti degli utenti (Ordini, Collegi e Associazioni).
	Delibera di Giunta 1494/2003	Approvazione degli obiettivi regionali dell'Educazione continua in medicina per l'anno 2003	Individua gli obiettivi regionali dell'Educazione continua in medicina in base a quelli individuati dagli Accordi Stato-Regioni.	
	Delibera di Giunta 1217/2004	Modifiche e integrazioni al sistema di Educazione continua in medicina nella Regione Emilia-Romagna di cui alla DGR 1072/2002	Introduce la formazione sul campo nel sistema ECM regionale precisando criteri e modalità per l'accREDITAMENTO. Trasferisce all'Agenzia sanitaria regionale le funzioni istituzionali prima svolte dalla Direzione generale dell'Assessorato regionale.	Aggiorna la composizione della Commissione regionale.
	Delibera di Giunta 213/2006	Proroga della Consulta regionale per la formazione in sanità e della Commissione regionale per l'educazione continua in medicina e per la salute		

Friuli Venezia Giulia	Delibera di Giunta 1091/2003	Istituzione del sistema per l'Educazione continua in medicina. Piani formativi del SSR. Osservatorio delle professionalità	Recepisce le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 2001 e istituisce il sistema per l'Educazione continua in medicina.	<p>Costituisce una Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina e una Consulta regionale per la formazione in sanità (rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali più rappresentative).</p> <p>Il ruolo della Commissione è di supporto tecnico-scientifico: programmazione del sistema di formazione continua, analisi dei bisogni e individuazione degli obiettivi formativi di interesse regionale; degli obiettivi e criteri per l'attribuzione dei crediti; costruzione dell'anagrafe dei crediti.</p> <p>La delibera assegna alla Consulta la funzione di rappresentare le esigenze formative delle categorie del ruolo sanitario interessate al processo di formazione continua, esprimendo pareri e formulando proposte in ordine all'individuazione degli obiettivi formativi e alle ricadute derivanti dalle attività formative sull'attività delle diverse professioni sanitarie.</p>
	Delibera di Giunta 1932/2004			

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
(<i>continua</i> Friuli Venezia Giulia)	Delibera di Giunta 3462/2004			Nomina i componenti della Commissione regionale (esperti in materie di sanità e di formazione).
	Delibera di Giunta 120/2005		Definisce le procedure di accreditamento degli eventi residenziali realizzati sul territorio e gli obiettivi formativi regionali.	
	Legge regionale 21/2005 art. 19			Detta disposizioni in relazione alla costituzione della Commissione regionale per l'educazione continua in medicina
	Delibera di Giunta 3359/2005			Nomina i componenti della Consulta.
	Delibera di Giunta 2275/2005			Costituisce, nella sua nuova composizione, la Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina
	Delibera di Giunta 3360/2005			Accredita la formazione sul campo nel sistema regionale di educazione continua in medicina

Lazio

Delibera di Giunta
1036/2002

Costituisce un Consorzio Asclepion con le Aziende sanitarie e privati che segue gli aspetti operativi della formazione.

Delibera di Giunta
1152/2002

Istituisce una Commissione con il compito di indicare gli obiettivi formativi regionali.

Delibere di Giunta
187/2003 e 409/2003

Nomina dei componenti della Commissione regionale ECM.

Delibera di Giunta
341/2005

Definisce gli obiettivi formativi 2005-2007.

Delibera di Giunta
729/2005

Definisce le attività formative a sostegno dei piani della prevenzione gestiti dall'Agenzia di sanità pubblica (ASP):

- rischio cardiovascolare,
- screening oncologici
- vaccinazioni.

Nota 53699 4/10/2005

L'Assessore alla sanità comunica a tutti i provider pubblici (ASL, AO, IRCCS, Policlinici universitari, Ospedali classificati e Consorzio Asclepion) che dovranno redigere i piani formativi annuali in coerenza con gli obiettivi della Commissione regionale (deliberazione n. 341 del 18/3/2005). I provider devono trasmettere i loro piani formativi all'Assessorato sanità per la necessaria verifica.

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Liguria	Delibera di Giunta 102/2004	Il Sistema di educazione continua in medicina nella Regione Liguria	Stabilisce i criteri e i principi per la prima organizzazione del sistema di formazione ECM nell'ambito del territorio regionale e attribuisce le competenze.	Istituisce una Commissione regionale per l'ECM e una Consulta regionale per la formazione in sanità composta dai rappresentanti delle professioni.
	Delibera di Giunta 146/2005	Definizione assetto organizzativo e funzionale del sistema regionale ECM. Istituzione elenco regionale dei soggetti accreditati e attivazione avviso per accreditamento degli stessi. Approvazione obiettivi formativi regionali 2005	Stabilisce i criteri per l'accREDITAMENTO dei <i>provider</i> .	

Lombardia

Delibera di Giunta 13792/2003	Determinazioni per l'attivazione del sistema di formazione continua. Programma di Educazione continua in medicina (ECM) in Lombardia	Definisce il modello operativo-gestionale per la programmazione di interventi formativi, il raccordo dell'obbligo di capitalizzazione dei crediti formativi ECM, la sostenibilità economica, i requisiti per l'accREDITAMENTO dei soggetti pubblici e privati, la formazione a distanza.	Istituisce la Commissione regionale deputata all'elaborazione delle linee programmatiche per il sistema ECM.
Delibera di Giunta 18576/2004	Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM in Lombardia		
Decreto Direzione generale sanità 3730/2004	Costituzione della Commissione regionale per la formazione continua		Nomina i componenti della Commissione regionale: presidente Assessore regionale alla sanità, componenti della Direzione generale sanità, componenti Direzione generale famiglia e solidarietà sociale, esperti di organizzazione e progettazione formativa, componenti per incarichi rivestiti, rappresentanti Ordini e Collegi professionali, rappresentanti Associazioni professionali di categoria, Società scientifiche e mediche e Università.

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
(<i>continua</i> Lombardia)	Delibera di Giunta 20767/2005	Determinazioni in merito al progetto operativo per l'attuazione del sistema lombardo "ECM - sviluppo professionale continuo CPD" e agli obiettivi formativi di interesse regionale		
	Decreto Direzione generale sanità 12400/2005	Requisiti per l'accREDITamento provider ECM - CPD ai sensi della DRG n. VII/20767 del 16/2/2005		
	Decreto Direzione generale sanità 53/2006	Educazione continua in medicina - Sviluppo professionale continuo (ECM - CPD): specificazioni operative annualità 2005 e impostazioni 2006	Istituzione sottocommissione FAD della Commissione regionale ECM, per analizzare le implicazioni della formazione a distanza nel processo di accREDITamento dei piani formativi dei <i>provider</i> . Approvazione di un modello di attestato che i provider dovranno utilizzare per l'attribuzione dei crediti. Approvazione di un tracciato record da utilizzare per la trasmissione informatica dei crediti attribuiti.	

Marche	Decreto del Dirigente n. 2/DP5/2004	Approvazione del progetto. Costituzione del sistema di formazione continua (ECM) nella Regione Marche	Attiva il sistema ECM. Attribuisce tutte le competenze in materia all'Agenzia regionale: analisi del fabbisogno formativo, programmazione dell'attività formativa, accreditamento ECM, monitoraggio e valutazione, anagrafe dei crediti.	
	Delibera di Giunta 119/2004	Istituzione della Consulta regionale ECM		Istituisce la Consulta regionale.
	Delibera di Giunta 229/2005 - Allegato 1 - Allegato 2		Incarica l'Agenzia regionale sanitaria a dare avvio al sistema di accreditamento degli eventi e dei progetti formativi gestiti dalle strutture pubbliche della Regione Marche.	
Molise	Delibera di Giunta 99/2004	Costituzione della Commissione regionale ECM		Istituisce la Commissione regionale e nomina i componenti. La Commissione ha compiti propositivi e di monitoraggio, sviluppo tecnico-scientifico per analisi dei bisogni di formazione, obiettivi e criteri, requisiti per accreditamento dei <i>provider</i> , criteri per la valutazione e il monitoraggio.
	Decreto Presidente della Regione Molise n. 11 del 12 gennaio 2005	Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina. Nomina dei componenti		Nomina i componenti della Commissione regionale ECM.

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Puglia	Delibera di Giunta 2235/2002	Primi adempimenti in materia di formazione continua. Costituzione della Commissione regionale per l'educazione continua in medicina		Istituisce una Commissione di 22 componenti tra cui i rappresentanti di Ordini e professioni, 3 rettori universitari, 2 esperti in materia di formazione nel SSR. La Commissione ha compiti propositivi e di monitoraggio relativamente a bisogni formativi, obiettivi, criteri per l'accreditamento, requisiti per l'accreditamento dei <i>provider</i> , procedure per la costruzione dell'anagrafe dei crediti.
Sardegna	Piano regionale dei servizi sociali e sanitari, 2005, p. 103		Struttura un'area di progetto interna all'Agenzia regionale sanitaria con ruolo di programmazione, supporto metodologico e valutazione dei risultati. Compiti dell'Agenzia sono: analisi bisogni formativi, individuazione obiettivi di formazione regionali, definizione linee guida metodologiche e individuazione del sistema di valutazione degli interventi di formazione, attivazione del sistema ECM regionale.	Istituisce la Commissione regionale per la formazione con le seguenti funzioni: individuare linee guida per realizzare piani formativi coerenti con le politiche regionali, dare impulso alla creazione di una rete regionale di uffici aziendali dedicati alla formazione.

Delibera di Giunta n. 38/18/2005	Linee di indirizzo per la formazione degli operatori nei servizi sociali, sociosanitari e sanitari	
Determina del Direttore generale sanità 2337/2005	Istituzione del Sistema per l'educazione continua in medicina nella Regione Sardegna. Attivazione gruppo di lavoro	Istituisce un gruppo di lavoro con un referente per la formazione per ciascuna Azienda sanitaria, coordinato dall'ASL di Nuoro.
Determina del Direttore generale sanità 2410/2005	Attivazione del corso di formazione dei formatori	Individua nell'ASL di Sassari la capofila per la realizzazione del corso di formazione per formatori, destinato alla formazione degli operatori delle ASL e dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale che si occupano delle tematiche in oggetto, e prioritariamente dei componenti degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie e dell'Assessorato, che operi in raccordo con le altre Aziende sanitarie, e sulla base degli indirizzi della Direzione generale dell'Assessorato.

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
(<i>continua</i> Sardegna)	Delibera di Giunta 49/13/2006	Istituzione della Commissione regionale per la formazione sanitaria e del sistema regionale di Educazione Continua in Medicina (ECM)		<p>Istituisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la Commissione regionale per la formazione sanitaria, composta dai rappresentanti delle Università, da 4 esperti di formazione in ambito sanitario, dai rappresentanti delle Aziende sanitarie locali e da un funzionario dell'Assessorato Sanità; - un Gruppo tecnico per l'Educazione continua in medicina, composto da esperti di formazione in materia sanitaria, per supportare i competenti livelli istituzionali nello svolgimento dell'attività formativa ECM; - la Consulta regionale per la formazione in sanità costituita da rappresentanti designati dagli Ordini, dai Collegi e dalle Associazioni professionali del ruolo sanitario della regione.

	<p>Delibera di Giunta 12/2/2007</p>	<p>Linee di indirizzo agli organizzatori di attività formative di educazione continua in medicina (ECM) della Regione Sardegna per la gestione del periodo di transizione dal sistema di accreditamento ECM nazionale al sistema di accreditamento ECM regionale</p>	<p>Le linee di indirizzo sono dirette ai soggetti fornitori riconosciuti (Università, Aziende sanitarie e ospedaliere, Istituto zooprofilattico sperimentale), al fine di regolamentare le modalità di accreditamento dei progetti formativi aziendali, rifacendosi alle linee guida e alle procedure stabilite dal sistema ECM nazionale.</p> <p>Le richieste di accreditamento devono essere inviate alla Regione, che, mediante il Gruppo Tecnico Regionale per l'ECM, procede all'assegnazione dei crediti.</p>
<p>Sicilia</p>	<p>Decreto assessorile 7/3/2003</p>	<p>Istituisce la Commissione regionale per l'ECM. Attribuisce alla Commissione il compito di individuare gli obiettivi specifici regionali in tema di ECM e la promozione del sistema per la formazione continua</p>	

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Toscana	Delibera di Giunta 849/2002	Linee guida alle Aziende sanitarie per la programmazione delle attività formative anche ai fini di una prima sperimentazione di un sistema regionale di accreditamento della formazione continua	Contiene le linee guida per la programmazione aziendale della formazione e per l'accreditamento dei percorsi formativi.	
(<i>continua</i> Toscana)	Decreto 2407/2003	Approvazione della griglia di riferimento per la catalogazione degli eventi formativi	Contiene la griglia per la rilevazione delle informazioni necessarie all'accreditamento degli eventi.	
	Delibera di Giunta 165/2003	Istituzione della Commissione per la formazione sanitaria	Prevede accordi con Ordini, Collegi e Associazioni professionali per la registrazione e certificazione dei crediti formativi.	Istituisce una Commissione composta da 27 membri: 20 esperti di formazione, 3 direttori sanitari, 1 direttore sanitario della sanità privata, 3 presidi di facoltà.
	Decreto 4367/2003	Approvazione griglia assegnazione punti ai fini dell'accreditamento degli eventi formativi compresi nei piani di formazione annuale delle aziende sanitarie		

Delibera di Giunta 90/2004	Anagrafe formativa del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario regionale	Definisce le modalità di registrazione dei crediti formativi del personale dipendente e convenzionato. Crea un sistema informatico che consente lo scambio di dati tra la Regione e gli Ordini, Collegi e Associazioni professionali a cura della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà.
Delibera di Giunta 134/2005	Percorso sperimentale di accreditamento dei provider ed ulteriori disposizioni in tema di Educazione Continua in Medicina	
Decreto 4101/2005	Approvazione griglia di riferimento per l'attribuzione dei crediti a docenti, animatori e tutor e approvazione criteri di esenzione degli operatori sanitari dall'acquisizione di crediti formativi	
Delibera di Giunta 733/2005	Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie sulle sponsorizzazioni delle attività formative	

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Trento	Delibera di Giunta 579/2002	Attivazione delle competenze provinciali in materia di formazione continua del personale sanitario e nomina della relativa Commissione provinciale	Avvia il sistema ECM.	Istituisce una Commissione provinciale per la formazione continua composta da 5 esperti: 3 medici e 2 professori universitari. La Commissione ha compiti in merito alle procedure di accreditamento dei progetti formativi, verifica del possesso dei requisiti da parte dei <i>provider</i> , criteri per la valutazione, obiettivi formativi di interesse provinciale, proposte per lo svolgimento delle funzioni di registrazione.
	Delibera di Giunta 2426/2002	Costituzione della Consulta provinciale per la formazione continua		Istituisce la Consulta provinciale che è composta da 26 componenti: l'Assessore e rappresentanti delle associazioni e dei sindacati dei medici, degli altri operatori sanitari e del comparto. La Consulta fa proposte in merito ai fabbisogni formativi, agli obiettivi formativi di interesse provinciale, all'attuazione dell'anagrafe dei crediti.
	Delibera di Giunta 3404/2002	Disposizioni di indirizzo in ordine alla registrazione dei crediti formativi	Definisce la documentazione sugli obblighi formativi che include un'autodichiarazione e l'obbligo di esibire l'attestazione ricevuta dagli Ordini e Collegi o dall'Azienda sanitaria per il personale sanitario non rappresentato in Ordini e Collegi.	

Delibera di Giunta 1191/2003	Istituzione della Consulta provinciale per la formazione continua		Nomina i componenti.
Delibera di Giunta 807/2005	Costituzione Commissione formazione continua 2005-2007		Affida alla Commissione le attività di accreditamento degli eventi formativi di interesse provinciale, determinazione delle procedure per l'accREDITAMENTO dei fornitori di formazione, individuazione indicatori della qualità della formazione e formulazione proposte per l'attivazione di un sistema informativo per le procedure di accreditamento.
Delibera di Giunta 1746/2002	Il sistema dell'ECM nella Regione Umbria. Istituzione della Commissione regionale	Istituisce il sistema ECM regionale.	Costituisce la Commissione regionale per l'ECM e la Consulta delle professioni.

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Umbria	Delibere di Giunta 13/2002 293/2003 147/2004		Istituisce il sistema ECM regionale.	Costituisce il Comitato tecnico consultivo permanente delle professioni sanitarie.
	Delibera di Giunta 1772/2004	Modalità per l'attivazione del sistema regionale ECM		
	Determina del dirigente 6452/2005	Attestati per il rilascio dei crediti formativi ECM della Regione Umbria	Approva due modelli di attestato relativi all'attribuzione dei crediti formativi ECM ai partecipanti all'evento e ai docenti.	
	Determina del dirigente 10299/2005	L'accreditamento delle attività di formazione sul campo nei programmi di ECM nella Regione Umbria	Approva il documento predisposto dalla Commissione regionale ECM concernente le procedure di accreditamento della formazione sul campo.	
Valle d'Aosta	Delibera di Giunta 1321/2002	Prime direttive regionali in materia di educazione continua in medicina per il personale sanitario	Avvia il sistema regionale ECM. Istituisce un Libretto personale per la registrazione dei crediti che viene aggiornato dagli Ordini e dall'Azienda sanitaria. L'Azienda USL deve redigere una relazione annuale da presentare all'Assessorato alla sanità con l'indicazione delle ore di formazione svolte per profilo professionale, la ricaduta della formazione sul lavoro, ecc.	Prevede la costituzione di due Commissioni regionali, una per l'Alta dirigenza e l'altra per il personale del comparto, con compiti propositivi e di monitoraggio.

Delibera di Giunta 804/2004	Approvazione di un sistema regionale di accreditamento della formazione continua ai sensi dell'art 16 <i>ter</i> Decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni e istituzione e nomina della Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina. Impegno di spesa	Istituisce la Commissione regionale per l'ECM e definisce i suoi compiti: indicare obiettivi formativi, determinare procedure per l'accREDITamento di fornitori e di eventi, accreditare eventi, elaborare proposte per la valutazione del sistema di accREDITamento regionale.
Delibera di Giunta 805/2004	Istituzione e nomina della Consulta regionale per la Formazione continua in medicina, ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 804 in data 22 marzo 2004	Istituisce e nomina la Consulta regionale per l'ECM, come portatrice delle esigenze delle categorie professionali rappresentate.
Delibera di Giunta 2305/2004	Approvazione di determinazioni nell'ambito del sistema regionale di accREDITamento della formazione continua in medicina	Avvia la procedura di accREDITamento degli eventi residenziali. La Commissione accREDITa gli eventi presentati dai fornitori. I fornitori presentano la scheda dell'evento 45 giorni prima e dovranno provvedere all'autovalutazione.

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
(<i>continua</i> Valle d'Aosta)	Delibera di Giunta 535/2005	Approvazione di ulteriori determinazioni nell'ambito del sistema regionale di accredimento	Avvia la procedura di accreditamento degli eventi di formazione sul campo (FSC). I fornitori degli eventi devono presentare la scheda dell'evento alla Commissione regionale 45 giorni prima. I fornitori provvedono all'autovalutazione secondo le indicazioni del documento approvato dalla Commissione regionale "La formazione sul campo nei programmi di educazione continua in medicina. Procedure per l'accredimento ECM". Il punteggio definitivo è attribuito dalla Commissione.	
	Delibera di Giunta 3847/2005	Approvazione di disposizioni per la formazione continua del personale operante nel servizio sanitario regionale. Determinazione degli obiettivi formativi per l'anno 2006	Obiettivi formativi di interesse regionale. Indicazioni per la definizione del piano annuale di formazione aziendale. Indicazioni all'Azienda per ogni percorso formativo direttamente organizzato (privilegiare metodologie interattive e formazione sul campo, valutazione finale di nuove acquisizioni raggiunte, rilascio degli attestati solo con il 90% delle ore frequentate, verifica della ricaduta del percorso formativo)	

	Delibera di Giunta 4650/2005	Approvazione di modifiche nella composizione della Consulta regionale per la formazione continua in medicina, istituita con deliberazione della Giunta regionale n. 805, 22 marzo 2004	
	Delibera di Giunta 656/2006	Approvazione di un'ulteriore modifica alla composizione della Consulta regionale per la formazione continua in medicina	
	Delibera di Giunta 93/2006	Ricostituzione, fino al 31 dicembre 2006, della Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina, già istituita e nominata con deliberazione della Giunta regionale n. 804 in data 22 marzo 2004	Approva la ricostituzione della Commissione regionale per l'ECM. Con compiti: determinazione procedure di accreditamento per FSC e FAD, accreditamento eventi formativi, proposte per la registrazione e certificazione dei crediti.
Veneto	Delibera di Giunta 3600/2002	Progetto di Educazione continua in medicina per la Regione Veneto	Istituisce un Comitato tecnico-scientifico di 10 componenti per l'accREDITamento degli eventi, che può avvalersi di esterni. Istituisce anche una Consulta per l'analisi dei bisogni formativi e l'individuazione degli obiettivi formativi.

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
(continua Veneto)	Delibera di Giunta 2418/2003	Progetto Educazione continua in medicina per la Regione Veneto. Anni 2002-2003. Modifiche e integrazioni		Modifica la composizione della Consulta per garantire la maggiore rappresentatività possibile delle professioni, anche in relazione alla loro numerosità.
	Delibera di Giunta 4097/2003	Istituzione del Centro regionale di riferimento per la formazione continua (ECM).	Evidenzia l'intenzione di avviare l'attività di accreditamento regionale avvalendosi di un centro regionale di riferimento a cui è affidata tutta l'attività ECM regionale (non ancora attivo). (Convenzione tra la Regione e un'Azienda sanitaria)	
	Delibera di Giunta 881/2004	Formazione continua in medicina (ECM) nella Regione Veneto. Modifiche e integrazioni alle DDGR nn. 3600/2002, 2418/2003 e 4097/2003	Il Centro regionale per l'ECM si avvale del lavoro di un Comitato tecnico scientifico composto da 5 esperti.	Rinomina del Comitato tecnico scientifico in Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina.
	Delibera di Giunta 357/2005	Avvio del sistema regionale di accreditamento ECM per le attività formative residenziali	Il sistema regionale di accreditamento si avvale di una procedura informatizzata che consente l'inserimento dei dati per l'accreditamento <i>online</i> . Il proponente dell'evento presenta una breve relazione sui risultati della verifica entro 90 giorni.	

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005. (*)
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (*)
124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)

125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006.
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (*)
145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (*)

146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Dagli esordi al futuro. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (*)
148. Il Bilancio di missione nelle Aziende ospedaliere. Bologna, 2007. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (*)