

Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua

Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua

Lo studio descritto nel presente Dossier è stato condotto nell'ambito del "Programma sperimentale: Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina - Progetto pilota" finanziato dal Ministero della salute, Direzione generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie e realizzato negli anni 2005-2007. Il Dossier viene pubblicato per i fini istituzionali dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, ai sensi dell'art. 15 della Convenzione sottoscritta con il Ministero stesso, in particolare per sostenere le attività necessarie all'attuazione dell'Accordo sul nuovo Programma ECM stipulato nella Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2007.

Il progetto pilota di Osservatorio sulla qualità dell'Educazione continua in medicina è stato coordinato da Marco Biocca (responsabile scientifico, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna), Maria Paola Bacchielli (Agenzia sanitaria regionale delle Marche), Franca Bellotti (Assessorato alla sanità della Provincia di Trento), Marco Cavallo, Loredana Luzzi ed Enzo Vigutto (Assessorato alla sanità della Lombardia), Maria Teresa Manoni (Assessorato alla sanità del Veneto), Franco Nardi e Alberto Zanobini (Assessorato alla salute della Toscana), Giovanni Perilli (Agenzia sanitaria regionale della Puglia), Manuela Righi (Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna), Silvana Scalise (Assessorato alla sanità della Valle d'Aosta) e Antonio Sellaroli (Assessorato alla sanità del Lazio).

Il Comitato scientifico del progetto pilota di Osservatorio sulla qualità dell'Educazione continua in medicina era composto oltre che da Maria Paola Bacchielli, Marco Biocca e Alberto Zanobini, anche da Mario Ciavatta, Maria Linetti, Paolo Messina e Riccardo Vigneri della Commissione nazionale per la formazione continua.

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

responsabile Marco Biocca

redazione, impaginazione e traduzione in inglese del Sommario Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, agosto 2008

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale 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/doss169.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.

Lo studio è stato coordinato da

Giovanna Artioli	Azienda ospedaliero-universitaria di Parma
Maria Paola Bacchielli	Agenzia sanitaria regionale delle Marche
Dominga Cardascia	Agenzia sanitaria regionale delle Marche
Patrizia Copelli	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Alessandro Fantechi	Settore formazione, comunicazione e supporto al governo clinico regionale della Regione Toscana
Barbara Lelli	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Franco Nardi	Settore formazione, comunicazione e supporto al governo clinico regionale della Regione Toscana
Federica Pediconi	Agenzia sanitaria regionale delle Marche
Silvia Rossi	Agenzia sanitaria regionale delle Marche
Marco Biocca	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Lo studio è stato realizzato con la collaborazione di

Adriana Angeli	Regione Friuli Venezia Giulia
Laura Baseggio	Azienda USL di Venezia
Pasquale Bortolini	Azienda USL di Asole
Chiara Beggi	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
Antonella Bonci	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Marina Brinchi	Azienda sanitaria locale n. 4 Terni
Maria Bubbico	Azienda USL di Matera
Dominga Cardascia	Agenzia sanitaria regionale delle Marche
Stefania Casiraghi	IREF
Marco Cavallo	Assessorato alla sanità della Regione Lombardia
Stefania Cristofanelli	Dipartimento di psicologia, Università di Torino
Simonetta Dettori	Azienda USL di Sassari
Mariangela De Vercelli	IREF
Alessandro Fantechi	Settore formazione, comunicazione e supporto al governo clinico regionale della Regione Toscana
Annamaria Ferraresi	Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Massimo Giordani	Unione provinciale Istituzioni per l'assistenza di Trento
Prassede Martina	Azienda USL di Brindisi
Sergio Marzocchi	Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Caterina Meta	Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma
Cristina Moletta	Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento
Eleonora Negri	Unione provinciale Istituzioni per l'assistenza di Trento

(continua)

Franco Nardi Settore formazione, comunicazione e supporto
al governo clinico regionale della Regione Toscana

Maria Teresa Pantani Azienda USL di Reggio Emilia

Federica Pediconi Agenzia sanitaria regionale delle Marche

Mario Ronchetti Azienda USL Roma C

Silvia Rossi Agenzia sanitaria regionale delle Marche

Alessandro Santacroce Azienda USL di Bari

Glenda Sermenghi Settore formazione, comunicazione e supporto
al governo clinico regionale della Regione Toscana

Silvano Torreano Regione Valle d'Aosta

Rosamaria Tucci Azienda USL di Campobasso "Centro Molise"

Antonella Vigliero Assessorato alla formazione, istruzione e lavoro della
Regione Liguria

Francesca Zuelli Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Indice

Sommario	7
<i>Abstract</i>	10
Introduzione	13
Il contesto storico e culturale del sistema di formazione continua in Italia	15
Il disegno della ricerca	19
Premessa	19
Ipotesi e finalità dello studio	19
Metodi e fasi dello studio	21
Indagine campionaria	22
Indagine volontaria <i>on line</i>	24
Analisi statistica	25
<i>Focus group</i>	26
Analisi di contenuto	27
Mappe mentali	27
Risultati delle indagini quantitative	29
Risposte	29
Dati socio-demografici	32
Qualità dell'ECM e cambiamenti apportati	34
Utilità delle attività di formazione continua in medicina	40
La funzione di docenza	43

(continua)

Risultati dell'indagine qualitativa	45
Analisi di contenuto	45
ECM: cambiamenti quali-quantitativi	45
Bilancio personale e organizzativo	51
Sponsorizzazioni	55
Metodologie efficaci	58
Docenza e tutorato	63
Qualità della formazione erogata	65
Prospettive future	69
Conclusioni	73
Sviluppo di competenze	74
Ruolo del sistema	74
Tipologie formative e professionisti coinvolti	76
In sintesi	78
Prospettive future	79
Bibliografia	83
Allegati	85
Allegato 1. Questionario	87
Allegato 2. Traccia dell'intervista per il <i>focus group</i>	91
Allegato 3. Le mappe mentali	93

Sommario

Il Ministero della salute e le Regioni hanno preso l'impegno, con l'Accordo sulla formazione continua del 1° agosto 2007, di sviluppare un nuovo programma di Educazione continua in medicina. La *governance* è affidata a una Commissione nazionale nel cui ambito è stato anche previsto un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM che sarà collegato a un sistema di Osservatori regionali.

L'obiettivo di realizzare un sistema in grado di verificare e di promuovere su scala nazionale la qualità della formazione continua attraverso l'opera di osservatori indipendenti e con criteri e modalità condivisi era emerso già negli anni precedenti. In particolare, con l'Accordo sulla formazione continua adottato il 20 maggio 2004 nella Conferenza Stato-Regioni, era stato condiviso l'impegno a studiare le modalità con cui raggiungere tale obiettivo e a realizzare un progetto pilota per disegnare la proposta di questo Osservatorio, corredata dagli strumenti, dalle indicazioni per le modalità delle osservazioni e da un modello di percorso formativo per osservatori.

Il progetto pilota è stato realizzato negli anni 2005-2007 con il finanziamento del Ministero della salute e la partecipazione dell'Emilia-Romagna - che ha svolto il ruolo di coordinamento e gestione della sperimentazione -, del Lazio, della Lombardia, delle Marche, della Puglia, della Toscana, del Trentino, della Valle d'Aosta e del Veneto. I risultati finali del progetto sono stati presentati in un convegno a Bologna il 21-22 maggio 2007 (vedi anche *Dossier n. 170*).

Il sistema di osservazione proposto si fonda su sei cardini: analisi della documentazione; visite di osservazione; criteri, strumenti e modalità di osservazione standardizzati (griglie); osservatori indipendenti; indagini qualitative e quantitative sulle opinioni; modalità comuni di elaborazione dei risultati delle osservazioni.

Per sperimentare altri strumenti di valutazione della qualità, nel periodo ottobre-novembre 2006 sono state condotte anche due indagini su scala nazionale sulle opinioni degli operatori sanitari in merito alla formazione continua ricevuta dall'inizio del programma di ECM e alle sue prospettive. Queste due indagini vengono qui riportate sia per i risultati ottenuti che possono dare utili indicazioni nella progettazione del nuovo sistema ECM, sia anche per l'interesse metodologico che possono rivestire per la progettazione degli Osservatori sulla qualità.

La prima indagine aveva carattere qualitativo ed è stata realizzata attraverso *focus group* in diverse regioni con dirigenti di Uffici formazione, Servizi infermieristici e strutture assistenziali di Aziende sanitarie pubbliche.

La seconda indagine, di carattere quantitativo, è stata condotta dalle Unità operative del progetto e dai partecipanti al Corso per osservatori della qualità dell'ECM attraverso due modalità complementari che utilizzavano lo stesso questionario:

- uno studio su base campionaria, effettuato in 14 Aziende sanitarie (territoriali, ospedaliere e ospedaliero-universitarie) di 11 regioni, a cui hanno risposto quasi 3.300 operatori;
- un sondaggio volontario, accessibile in linea attraverso i siti *web* di Assessorati regionali alla sanità e Aziende sanitarie, e a cui hanno partecipato quasi 10.800 persone di molte regioni, soprattutto di Toscana, Emilia-Romagna, Marche, Lombardia, Friuli, Veneto, Lazio e Puglia.

Per avere un'idea di quanto questa indagine possa essere utile per rappresentare il complesso insieme di opinioni delle persone interessate all'ECM a livello nazionale, è anche importante 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 numerose aree del Paese, di ogni professionalità (tra cui circa il 28% medici e il 62% delle professioni sanitarie) e di ogni tipo di struttura sanitaria (territoriale, ospedaliera, ospedaliero-universitaria);
- 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 primo dato rilevante che emerge dall'analisi preliminare dei dati è il giudizio complessivamente positivo che viene espresso sulle opportunità di formazione a partire dall'introduzione del sistema ECM: circa il 50% dei rispondenti sostiene che siano state maggiori di prima e quasi il 75% ritiene che siano state di buona qualità. La maggioranza netta dei rispondenti ritiene anche che la formazione ricevuta abbia contribuito positivamente a soddisfare le proprie necessità di aggiornamento e a migliorare le competenze professionali, e che le Aziende sanitarie abbiano saputo rilevare efficacemente i bisogni formativi.

Una serie di domande riguardavano le diverse tecniche didattiche. I rispondenti, in larga maggioranza, considerano utili tutte le tecniche, residenziali, sul campo e anche la lettura di articoli scientifici che non è ancora entrata nel sistema di accreditamento. Più freddo è il giudizio sull'utilità della formazione a distanza: da una media di circa 75% di pareri positivi sulle altre tecniche si scende a meno del 50%, probabilmente per le scarse occasioni di accesso a qualificati programmi in *e-learning*.

Sorprendente è risultato l'interesse dei partecipanti verso la funzione formativa degli operatori sanitari. Quasi il 20% afferma di svolgere assiduamente attività di docenza o tutoraggio e circa il 30% saltuariamente, e 3 persone su 4 giudicano molto utile per un operatore sanitario dedicare all'attività didattica una parte del proprio impegno professionale. Si tratta di migliaia di operatori sanitari impegnati nella formazione attiva, che rappresentano una risorsa importante, anche per l'Università, non ancora sufficientemente conosciuta e valorizzata.

Sono interessanti anche le risposte alla domanda su quanto fossero state presenti le sponsorizzazioni durante le attività formative. Sia nell'indagine su base campionaria che nel sondaggio, oltre il 50% delle risposte sono state "poco" o "molto poco" e circa il 30% "molto" o "moltissimo". Forse il fenomeno, nelle sue forme esteriori, è meno sentito di quanto si potesse immaginare.

Più controverse, in conclusione, le risposte sull'utilità che ha avuto la formazione in questi anni per i processi di miglioramento delle organizzazioni sanitarie. Sembra, infatti, che su questo tema gli operatori si dividano in due gruppi contrapposti di peso pressoché equivalente: uno che esprime giudizi sostanzialmente positivi e l'altro negativi. Sarà interessante valutare in modo più analitico la distribuzione delle risposte tra aree geografiche, professioni e struttura di appartenenza. In ogni caso si verifica anche una larghissima confluenza (superiore all'80%) di risposte decisamente positive alla domanda se si ritiene utile un impegno maggiore delle Aziende sanitarie nell'organizzazione diretta di attività formative.

Abstract

Health professionals' opinions on continuing education

With the Agreement of August 1st, 2007, the Italian Ministry of Health and Regions committed in developing a new program for continuing medical education (CME). A national Commission is entrusted with its governance. A national Observatory on the quality of continuing medical education, connected in a network with regional Observatories, will also be established.

The implementation of a system to assess and promote the quality of continuing education through a network of independent observers based on shared criteria and methods has been proposed since some years. In particular in 2004 a pilot project was launched to outline the proposal for a national Observatory, its tools, a guideline for observations and a training path model for observers.

The pilot project was realized in 2005-2007 with the financing by the Ministry of Health and the participation of Emilia-Romagna Region (project and experimentation coordinator), Lazio, Lombardy, Marche, Puglia, Tuscany, Trentino, Valle d'Aosta and Veneto. The final results of the project were presented during a meeting in Bologna, May 21-22, 2007 (see Dossier n. 170).

The observation system is based on six elements:

- *analysis of the documentation;*
- *observational visits;*
- *standardized observational criteria, tools and methods;*
- *independent observers;*
- *qualitative and quantitative opinion surveys;*
- *common methods to elaborate observation results.*

To test other evaluation tools on quality, two national surveys were realized at the end of 2006 to study health professionals' opinions on the continuing education they have received since the beginning of the CME program and its future. The two surveys are presented in this volume, both for their results that can be useful for the new CME system and for their methodology, that can be of interest for the planning of the new Observatories.

The first was a qualitative survey based on focus groups with professionals from Training Offices, Nursing Services and care structures of public Health Trusts of various Regions.

The second study was a quantitative survey conducted by Project Units and by participants of the Course for observers of CME quality using two different methodologies:

- *a sample study in 14 Health Trusts (Local Health, Hospital and University Hospital Trusts) in 11 Regions, with nearly 3,300 professionals responding;*

- *a voluntary survey available on line on the websites of Regional Health Departments and Health Trusts; about 10,800 people from many Regions responded, in particular from Tuscany, Emilia-Romagna, Marche, Lombardy, Friuli, Veneto and Puglia.*

To understand the relevance of this survey in representing the opinions of people involved in CME at national level, it is important to underline that:

- *the survey was launched at the end of the first 5 year experimentation period of the CME program, and therefore it summarises opinions elaborated over a long time;*
- *it involved a high number of people from many areas of the country, with different roles (among them, 28% were physicians and 62% other health professionals) and working in all kinds of public structures (Local Health, Hospital and University Hospital Trusts);*
- *there are no similar surveys as for dimension and geographical distribution;*
- *the survey is internally coherent, as it can be demonstrated by the large correspondence of responses from the sample study and the voluntary survey.*

The first relevant information from a preliminary data analysis is the overall positive opinion on training chances since the implementation of the CME system: nearly 50% respondents declare that they had more chances than before; about 75% considers this training of good quality. The majority also believes that the received training contributed in satisfying their education needs and in improving their professional competence, and recognises that Health Trusts well understood these needs.

Some questions dealt with different didactic methodologies. A large majority of respondents (75%) declares that all techniques (residential and field training) are useful, including also reading scientific articles (that is not yet an accredited method). On the contrary, the opinion on e-learning usefulness is not so positive (less than 50%), probably because this methodology was not yet often available.

Participants' interest on the training role of health professionals is surprising. Nearly 20% of the respondents declares that they usually do teaching or tutoring activities, 30% do it sometimes; 3 out of 4 respondents believe very useful for a health professional to be involved in these activities. They represent therefore a large resource for training (also for the University), that is however not yet adequately valorised.

Also the question on the presence of sponsorships in educational events shows interesting results. In both surveys, more than 50% of the respondents declare that there was "little" or "very little" presence of sponsorships, about 30% believe it was "much" or "very much". Perhaps the phenomenon is less evident than imagined.

The judgements on training usefulness for improvement processes in health organizations in these years are much more controversial. Respondents are divided in two nearly equal groups, one expressing positive and the other negative opinions. It will be interesting to analyse the distribution of answers according to geographical area, job and working structure. However, more than 80% of survey participants believe that Health Trusts should be more involved in the organization of training initiatives.

Introduzione

Nel 2002 era entrato in vigore il programma nazionale di Educazione continua in medicina (ECM). Alla conclusione del primo ciclo di sperimentazione dopo cinque anni e in previsione di una revisione dei meccanismi e delle regole, è stato affrontato il tema dei bilanci, non solo per gli aspetti di ordinaria gestione, ma in una più ampia prospettiva di formazione continua degli operatori sanitari.

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.

Ciò che è stato realizzato su scala nazionale per il primo programma di ECM è rilevante, ma presenta tuttavia molti punti controversi. Critiche sono state rivolte soprattutto da settori professionali e dagli Ordini, e diversi aspetti meritano di essere migliorati.

Nell'Accordo sull'ECM del 2004 raggiunto nella Conferenza Stato-Regioni era stato incluso l'impegno a costituire un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM (ONECM). Nell'Accordo del 2007, che traccia la strada per il nuovo programma ECM, questa struttura è stata compresa nella Commissione nazionale e dovrà essere avviata prossimamente.

È quindi utile e tempestivo riportare oggi alcuni aspetti salienti (vedi *Dossier n. 170*) del progetto pilota che era stato realizzato negli anni 2005-2007 ed era finalizzato a disegnare un sistema di valutazione in grado sia di verificare che di promuovere la qualità della formazione, delineare le caratteristiche e sperimentare gli strumenti dell'Osservatorio. Il progetto aveva preso avvio nel maggio 2005, sulla base di una convenzione tra il Ministero della salute e la Regione Emilia-Romagna, che lo ha coordinato. Hanno partecipato anche Lazio, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Provincia autonoma di Trento, Valle d'Aosta e Veneto.

Il progetto pilota prevedeva la realizzazione di un Corso per osservatori della qualità dell'ECM a cui hanno partecipato esperti della formazione del personale sanitario provenienti da 15 regioni. Come parte del percorso formativo, con il contributo diretto dei partecipanti, è stata realizzata un'indagine sulle opinioni dei professionisti della sanità relativamente alla formazione continua in medicina, e in particolare al programma di ECM 2002-2006, che viene qui riportata.

Il contesto storico e culturale del sistema di formazione continua in Italia

Al fine di definire la cornice di sfondo da cui partire e in cui inserire il lavoro di ricerca, è utile tracciare un breve *excursus* storico relativo alla formazione sul lavoro dei professionisti della sanità, tracciando i punti salienti sia del periodo pre-ECM che dell'introduzione e sperimentazione del programma di Educazione continua in medicina.

Il primo vero fatto innovativo per quanto riguarda la politica del personale negli anni '70 è rappresentato dalla scoperta dell'importanza della formazione permanente, quella che avviene sul lavoro per mantenere il *know how* professionale o per apprendere nuovi modelli operativi (Bassanini, 1987).

La Legge 833/1978 e il DPR 761/1979 hanno ribadito la necessità della formazione permanente. In particolare, l'art. 46 del DPR 761 al comma 1 segnava una ulteriore innovazione in quanto stabiliva che l'aggiornamento professionale era obbligatorio per tutto il personale delle Unità sanitarie locali. Alle Regioni spettava di disciplinare tali partecipazioni e definire obiettivi, contenuti e metodi dell'aggiornamento.

Rispetto agli anni '70, gli obiettivi e i metodi formativi hanno acquistato nel decennio successivo una valenza più pragmatica. Tuttavia, negli anni '80 la formazione non era organizzata, veniva effettuata sia individualmente che con iniziative interne, centrate sulla figura dell'esperto e sulla trasmissione di saperi tecnici. Non ci si proponeva tanto di ottenere dagli operatori consenso intorno agli obiettivi di riforma dei servizi, quanto di promuovere acquisizione di nuovi comportamenti e capacità operative. Non esisteva una struttura o una funzione che governava il sistema formativo e quando esisteva, aveva piuttosto una funzione di tipo amministrativo. Le iniziative risultavano slegate tra loro e dalle indicazioni dell'organizzazione del lavoro.

Alla fine degli anni '80 si è cominciato a dare struttura alle iniziative attraverso la costituzione dei Piani annuali di formazione nelle organizzazioni sanitarie, che risultavano sostanzialmente come la sommatoria - più o meno intelligente - delle proposte provenienti per la quasi totalità dai professionisti. Vi era un'evidente disconnessione con i sistemi di responsabilità e una distanza notevole tra il contenuto e le esigenze di lavoro. I professionisti tendevano ancora a rinforzare i propri saperi tecnici e, d'altra parte, i bisogni organizzativi non venivano evidenziati se non in misura confusa e contraddittoria. In quegli anni si sono consolidate alcune figure che faranno la storia della formazione in sanità: i tecnici di formazione, i formatori e gli animatori di formazione (Prandi, 2006).

Anche i Contratti collettivi nazionali di lavoro prevedevano la possibilità della formazione per il personale sia medico che del comparto e distinguevano l'aggiornamento obbligatorio da quello facoltativo (art. 21 CCNL 1 settembre 1995 per il personale del

comparto, art. 23 CCNL 5 dicembre 1996 Area dirigenza medica e veterinaria; art. 22 CCNL 5 dicembre 1996 Area dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa).

Il progetto REFAS (Rete di formatori delle Aziende sanitarie), attivato dall'Istituto superiore di sanità nel 1994, ha coinvolto molte USL a livello nazionale. Il processo di aziendalizzazione, allora in fase iniziale, richiedeva un ripensamento delle attività di formazione e un aggiornamento delle strutture del Servizio sanitario nazionale. Il progetto si è avvalso della partecipazione tecnica e intellettuale di un gruppo di esperti del SSN rappresentativi delle varie realtà presenti sul territorio. Nel 1995 è stato prodotto un documento con indicazioni tecniche e operative per un modello organizzativo della formazione permanente, al quale le Aziende avrebbero potuto fare utile riferimento.

Negli anni successivi si è poi verificata un'accelerazione del processo di cambiamento che ha investito tutti gli ambiti della funzione pubblica. In particolare da più attori (governo, forze sociali) è emersa la volontà di investire risorse ed energie nell'innovazione, mettendo a punto una vera visione strategica del cambiamento e sostenendolo con la formazione e l'investimento nello sviluppo delle risorse umane.

In tale contesto va inserita la Direttiva emanata il 13 dicembre 2001 dal Ministero per la funzione pubblica per il coordinamento dei servizi di informazione e di sicurezza sulla formazione e la valorizzazione del personale delle Pubbliche amministrazioni (PA). Questa faceva seguito all'altra importante "Direttiva alle amministrazioni pubbliche in materia di formazione del personale" del 24 aprile 1995 n. 14/15, che aveva qualificato la formazione come elemento essenziale per un'equilibrata gestione del personale. Rispetto al precedente sistema di formazione, caratterizzato da settorialità e occasionalità degli interventi, si riconosceva la necessità di una formazione sistematica, organica e tecnicamente corretta. Tra gli altri aspetti, tale normativa stabiliva anche che ogni amministrazione avrebbe dovuto impegnare nella formazione almeno l'1% del monte salari.

La Direttiva del 2001, coerentemente con quanto già definito, sanciva il diritto alla formazione permanente attraverso la programmazione delle attività formative che devono tenere conto anche delle esigenze e dell'inclinazione degli individui. La Direttiva stabiliva che la formazione del personale è anche una responsabilità dei dirigenti e forniva indicazioni precise sugli organismi/strumenti generali e specifici di cui tutte le Pubbliche amministrazioni dovevano dotarsi. Riconosceva, inoltre, che la formazione deve coinvolgere tutti i dipendenti delle Pubbliche amministrazioni, garantendo un minimo di ore per professionista, e definiva la necessità di perseguire standard minimi di qualità e il raggiungimento di obiettivi di crescita professionale e di miglioramento dei servizi. Si dovevano di conseguenza istituire strutture dedicate alla formazione e alla valorizzazione delle risorse umane.

In un Rapporto dell'Istituto superiore di sanità del 2003 in collaborazione con il Fornez (Boni *et al.*, 2003), riprendendo le tematiche trattate dal progetto REFAS, sono state proposte indicazioni tecnico-organizzative per lo sviluppo delle risorse umane nelle Aziende sanitarie.

L'avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002, in base al DLgs 502/1992 integrato dal DLgs 229/1999 che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della sanità.

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale. La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta (Peck *et al.*, 2000).

L'impostazione dell'ECM era stata delineata nelle leggi di riforma del Servizio sanitario nazionale degli anni '90. La modifica della Costituzione del 2001, che ha dato alle Regioni più ampie potestà, in particolare nel campo dell'organizzazione sanitaria e della formazione, ha cambiato il contesto istituzionale nel quale prendere le decisioni. Per armonizzare i comportamenti regionali e renderli compatibili in un quadro di riferimento nazionale si è allora riconosciuta nella Conferenza Stato-Regioni la sede appropriata in cui adottare accordi vincolanti per tutti gli attori (Biocca, 2006).

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 ha incluso tra gli obiettivi strategici anche:

- *potenziare i fattori di sviluppo capitali della sanità, in cui i primi due individuati sono:*
 - *dare attuazione all'educazione continua in medicina;*
 - *valorizzare le figure del medico e degli altri operatori sanitari;*
- *realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità in cui si vede il mantenimento della competenza professionale come una responsabilità individuale e collettiva; responsabilità da ottenere estendendo l'ECM in modo capillare così da sviluppare una forte coscienza dell'auto formazione e dell'aggiornamento professionale nei professionisti della sanità.*

Si è affermata in tal modo una maggiore consapevolezza dell'organizzazione sanitaria nell'ottica della responsabilità condivisa della formazione tra l'individuo e l'organizzazione (Boni, 2006). Spingendo tutte le professioni sanitarie alla formazione continua, l'ECM ha offerto di fatto una possibilità per tutti i professionisti che non poteva più prescindere dal contesto di inserimento e dalla dimensione organizzativa e gestionale del loro operare.

La formazione avrebbe dovuto tendere a diventare sempre meno aula e sempre più progetti concreti perseguibili, ricerche sul campo, implementazione di linee guida, individuazione e sviluppo di buone pratiche da diffondere per agire da stimolo al miglioramento dell'assistenza e all'innovazione. Il professionista avrebbe dovuto partecipare alla costruzione del proprio percorso formativo successivo alla formazione di base: un *long life learning* da sviluppare durante tutta la vita professionale (Boni, 2006).

Il disegno della ricerca

Premessa

I fenomeni sociali non possono essere studiati solo in termini di causa-effetto, bensì si rende necessaria un'integrazione con un approccio fenomenologico, che consente di ottenere ciò che il singolo approccio quantitativo non offre, cioè l'analisi di elementi riguardanti "relazioni tra" e "descrizioni di" fenomeni.

Sebbene caratterizzati da metodi diversi, gli approcci qualitativo e quantitativo molto spesso vengono utilizzati in maniera complementare. Si consente così ai risultati derivanti dai metodi qualitativi di interrogare i risultati derivanti da quelli quantitativi, analizzando e approfondendo alcune tematiche predefinite, così da fornire un ulteriore contributo all'analisi delle informazioni e a una lettura più completa, ricca e articolata dei dati (Tessaro, 1997).

La combinazione (o triangolazione) di tecniche differenti consente di riconoscerne i rispettivi punti ciechi. È con l'indagine qualitativa che si colgono aspetti che potrebbero non emergere dall'analisi dei questionari, poiché non accessibili ai metodi quantitativi, o che comunque consentono di interpretare in maniera più approfondita le informazioni raccolte dall'analisi quantitativa.

In questo caso si è scelto di utilizzare uno strumento standardizzato quale un questionario, combinato con uno strumento meno strutturato quale il *focus group*. L'approccio prevalentemente quantitativo del questionario, proprio perché volto ad esplorare opinioni, è complementare a quello qualitativo che ha utilizzato il *focus group*.

Ipotesi e finalità dello studio

L'ipotesi di fondo che ha orientato lo studio è basata sulla convinzione che l'introduzione in Italia della sperimentazione ECM abbia determinato comunque un cambiamento nelle opportunità e nelle modalità di fare formazione nel Servizio sanitario nazionale. Ad oggi non si hanno tuttavia studi in grado di descrivere questo fenomeno e di interpretare in che misura esso abbia eventualmente rappresentato un vincolo oppure un'opportunità per i professionisti e per le organizzazioni sanitarie.

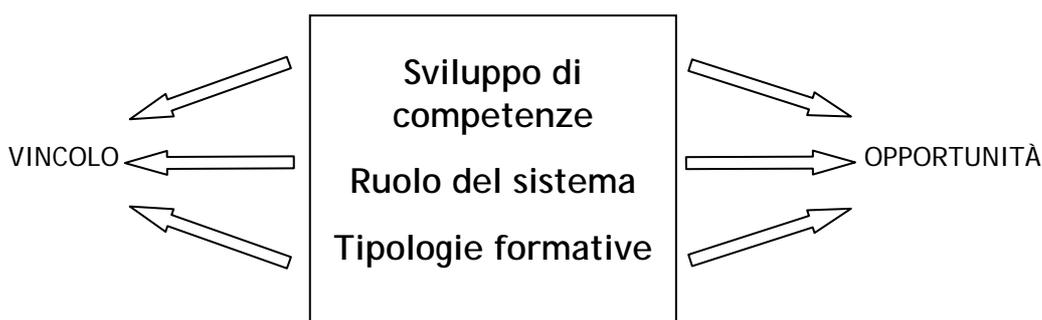
In particolare, tre ordini di dimensioni possono essere ritenuti essenziali per una valutazione di quanto è avvenuto e per orientare in prospettiva gli scenari futuri dell'Educazione continua in medicina.

- Lo sviluppo di competenze: più specificamente, l'elaborazione di nuova conoscenza attraverso la formazione, la modificazione delle competenze professionali, da un livello di inefficacia a un grado avanzato, il raccordo con l'organizzazione del lavoro, al fine di attivare processi di miglioramento e di innovazione.

- Il ruolo del sistema: il peso delle opportunità di formazione ricevute dall'introduzione del sistema ECM, la problematica del rapporto tra formazione e conflitti di interesse, la relazione tra macro-sistema (Piani sanitari regionali e nazionali) e micro-sistema (ricezione degli obiettivi da parte delle articolazioni delle Aziende sanitarie), quali soggetti devono detenere il ruolo di organizzatori di formazione.
- Le tipologie formative: la partecipazione a convegni e seminari, a corsi residenziali, invece che a *stage* e a periodi di affiancamento, o a gruppi di lavoro e di miglioramento, ad attività scientifica quale la lettura di articoli e a ricerche, oppure anche l'espletamento di attività didattica quale la docenza e il tutorato.

Dall'intreccio e interrelazione delle dimensioni indagate, oltre che sulla base dei pareri raccolti da specifiche categorie di professionisti, si può dunque ipotizzare, nel caso in cui l'orientamento sia prevalentemente in senso positivo, che l'ECM abbia rappresentato un'opportunità di evoluzione e di innovazione per i professionisti e per l'organizzazione. Nel caso in cui prevalgano le dimensioni negative o di staticità, si può ipotizzare che l'ECM sia considerata più un vincolo e abbia dimostrato la sua inadeguatezza nel produrre cambiamento e miglioramento (*Figura 1*).

Figura 1. L'ipotesi di ricerca: l'ECM come cambiamento, vincolo o opportunità?



Lo studio si è posto quindi l'obiettivo generale di esplorare le opinioni dei professionisti della sanità su cosa sia avvenuto in questi anni (dall'avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002 fino al 2006) in merito alla formazione continua in sanità e di descrivere le preferenze e gli orientamenti per il suo sviluppo. E in particolare, relativamente all'ipotesi illustrata nella figura, sono stati individuati i seguenti obiettivi specifici:

- analizzare quali correlazioni esistano tra sviluppo di competenze, ruoli del sistema e tipologie formative, ed efficacia e appropriatezza della formazione continua complessivamente intesa (all'epoca del primo Programma ECM);
- approfondire aspetti relativi ai tre fattori individuati attraverso l'analisi delle opinioni di categorie specifiche di professionisti con funzioni dirigenziali nelle Aziende sanitarie, aventi ruoli e competenze diverse nei confronti dell'ECM;
- ricavare suggerimenti e orientamenti che permettano, in vista della riprogettazione del sistema di ECM, di formulare proposte di miglioramento fondate sull'opinione estesa dei professionisti interessati.

Metodi e fasi dello studio

Per realizzare lo studio sono stati scelti due approcci: uno quantitativo e uno qualitativo. L'approccio quantitativo è stato realizzato attraverso due indagini:

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

Le due indagini quantitative avevano lo scopo di rafforzarsi reciprocamente, a condizione naturalmente che i dati fossero confrontabili. L'indagine campionaria infatti, con un campionamento controllato e randomizzato, avrebbe dovuto garantire l'attendibilità dei risultati. L'indagine volontaria *on line*, invece, avrebbe dovuto permettere la raccolta di un numero molto più ampio di risposte.

Per l'approccio qualitativo si è utilizzata la tecnica dei *focus group*. In particolare sono stati realizzati *focus group* con responsabili degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie, con direttori dei Servizi infermieristici e con direttori di strutture operative complesse.

Lo studio è stato realizzato tra il maggio 2006 e l'aprile 2007 e si è articolato in 4 fasi:

- maggio - agosto 2006
ricerca bibliografica di sfondo, costruzione delle ipotesi di ricerca e del disegno di ricerca, elaborazione della bozza del questionario;
- settembre - prima metà di ottobre 2006
definizione del questionario e delle modalità di indagine nell'ambito del Coordinamento ONECM e del gruppo degli osservatori della qualità ECM;
- seconda metà di ottobre - fine novembre 2006
raccolta dei dati ed effettuazione dei *focus group*;
- dicembre 2006 - maggio 2007
elaborazione e analisi dei dati e stesura del *report* finale.

Indagine campionaria

L'indagine campionaria è una ricerca condotta su un campione rappresentativo della popolazione studiata, in genere attraverso l'uso di un questionario. È una modalità per

rilevare le informazioni interrogando gli stessi individui oggetto della ricerca, appartenenti a un campione rappresentativo, mediante una procedura standardizzata di interrogazione, allo scopo di studiare le relazioni esistenti tra le variabili (Corbetta, 2003).

L'interrogazione dei soggetti campionati avviene attraverso una procedura standardizzata che garantisce che a tutti i soggetti siano poste le stesse domande, nella stessa formulazione. La standardizzazione dello stimolo rappresenta l'elemento fondamentale di questa tipologia di ricerca ed è finalizzata a garantire la compatibilità delle risposte e la possibilità di analizzarle con strumenti statistici per studiare le relazioni fra variabili, l'origine di un fenomeno, i meccanismi causali ad esso connessi. Più in generale, l'indagine campionaria intende controllare empiricamente delle ipotesi.

In questo caso l'indagine campionaria è stata realizzata in 14 Aziende sanitarie pubbliche di tutto il territorio nazionale (*Figura 2*), scelte sulla base di criteri di fattibilità.

L'indagine doveva interessare un campione di circa il 10% dei dipendenti con l'obbligo dell'ECM di ogni Azienda. A causa dei tempi ristretti è stato tuttavia effettuato un campionamento del 20% dei dipendenti allo scopo di garantire comunque un ritorno di questionari almeno pari al 10%, con una stratificazione per professioni e, nel caso delle Aziende USL, anche per area assistenziale (territorio o ospedale), come descritto nelle Tabelle 1 e 2.

Per la rilevazione dei dati è stato utilizzato un questionario a risposta multipla, semplice e veloce da compilare. Poiché non è stato trovato in letteratura uno strumento adeguato, il questionario è stato predisposto *ad hoc*, anche sulla base di un *focus group* effettuato con professionisti della sanità in un'Azienda sanitaria dell'Emilia-Romagna. Il questionario è poi stato testato in due Aziende sanitarie sempre dell'Emilia-Romagna.

Il questionario (*Allegato 1*) è costituito da 14 domande articolate in tre sezioni:

- aspetti socio-demografici: genere, anzianità di lavoro, tipo di professione e struttura sede di lavoro;
- qualità dell'ECM: qualità della formazione, utilizzo degli sponsor e cambiamenti nell'aggiornamento, nelle competenze dei professionisti e nell'organizzazione del lavoro;
- prospettive di sviluppo della formazione continua: utilità delle diverse attività di formazione (corsi, convegni, rispetto a formazione sul campo o FAD), attività di docenza e tutorato.

Con le domande del questionario sono state identificate sette aree tematiche che sono servite di base per la realizzazione dei *focus group*: ECM nella formazione, bilancio personale e organizzativo, sponsorizzazioni, metodologie efficaci, docenza e *tutorship*, qualità della formazione, prospettive future.

Figura 2. Aziende sanitarie che hanno partecipato all'indagine campionaria

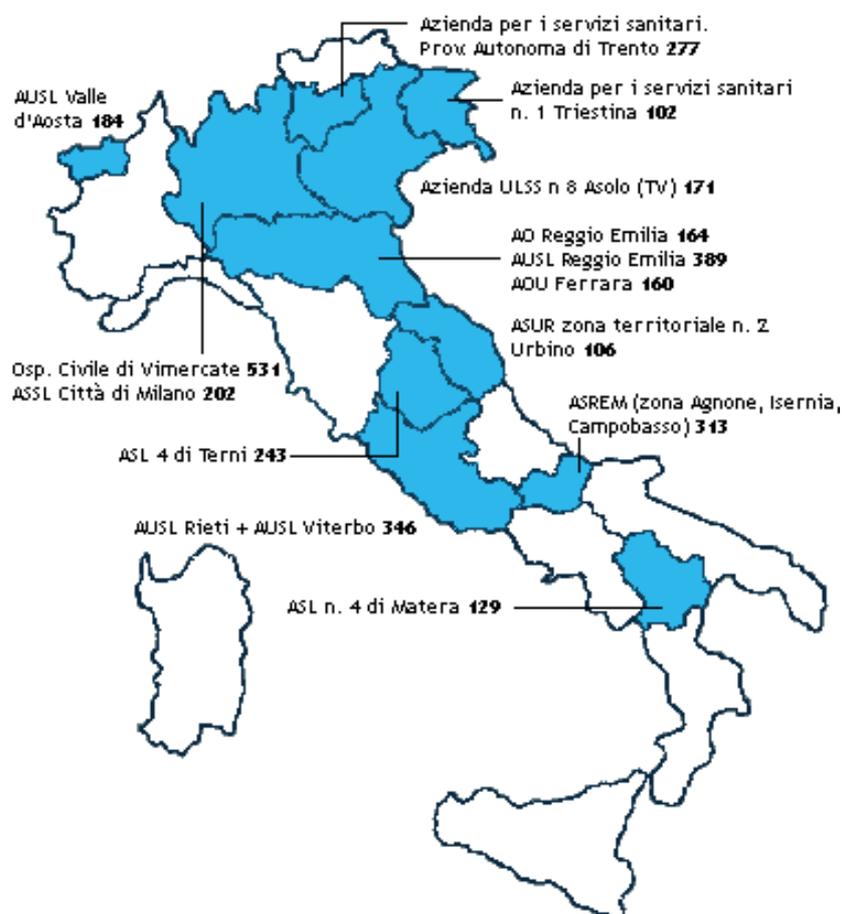


Tabella 1. Campionamento per tipologia di professione nelle Aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie

Professione	%
Medici	30%
Infermieri	50%
Altre professioni	20%

Tabella 2. Campionamento per tipologia di professione e per area assistenziale nelle Aziende USL

Professione	Ospedale	Territorio	Totale
Medici	18%	12%	30%
Infermieri	30%	20%	50%
Altre professioni	12%	8%	20%
<i>Totale</i>	<i>60%</i>	<i>40%</i>	<i>100%</i>

Il referente di ogni Azienda inclusa nello studio, che era un componente del gruppo degli osservatori della qualità ECM, ha estratto in modo casuale dagli elenchi del personale i nominativi dei soggetti a cui proporre il questionario.

La distribuzione dei questionari è avvenuta in alcuni casi attraverso l'invio del formato cartaceo direttamente all'interessato o coinvolgendo il responsabile del servizio, in altri con l'invio del questionario tramite *e-mail*.

La raccolta dei questionari compilati è stata curata personalmente dal referente aziendale o da un collaboratore da lui individuato. I questionari raccolti sono stati inviati, attraverso l'Unità operativa della Lombardia, a un servizio di elaborazione per la lettura ottica, che ha costruito la matrice base dei dati. L'Unità operativa dell'Emilia-Romagna ha curato l'elaborazione statistica.

Indagine volontaria *on line*

La compilazione di un questionario in linea tramite internet è più semplice e la diffusione è maggiore rispetto all'indagine campionaria. L'obiettivo era evidentemente quello di estendere la partecipazione sul piano geografico, nella tipologia delle strutture (qualsiasi struttura privata o pubblica) e tra i professionisti, permettendo la risposta anche ai medici convenzionati e ai liberi professionisti e ai dipendenti del SSN non soggetti ad obbligo ECM (si pensi non solo al personale tecnico o amministrativo, ma anche agli OSS).

È stato utilizzato lo stesso questionario dell'indagine campionaria, con alcuni adeguamenti necessari per l'utilizzo della modalità elettronica. Ad esempio, era necessario rispondere ad ogni domanda per procedere oltre, ad eccezione delle ultime due domande per i liberi professionisti, in quanto non congrue o dove poteva emergere una contraddizione, come per i dipendenti con meno di cinque anni di anzianità nel sistema sanitario che potevano non rispondere alla domanda 6 che chiedeva un confronto con la formazione prima del 2002.

L'indagine è stata rivolta a tutti i professionisti della sanità sia delle Aziende sanitarie pubbliche che di strutture private, sull'intero territorio nazionale. È stata inclusa la categoria "personale non soggetto ad ECM" per avere l'opinione anche di chi, pur non appartenendo a una professione sanitaria, concorre comunque ai processi assistenziali.

Il questionario è stato inserito *on line* sul sito della Regione Toscana e con *link* era possibile la compilazione collegandosi attraverso altri siti. Ogni Regione ha deciso se utilizzare dei *link* a partire dai propri siti istituzionali o delle singole Aziende sanitarie, che permettevano il collegamento con il questionario, oppure pubblicizzare direttamente l'indirizzo elettronico del sito toscano.

In quasi tutte le Regioni veniva chiesto di specificare, oltre alla "Regione o Provincia autonoma dove svolge il lavoro", anche presso quale Azienda in particolare. Laddove i numeri lo permettono, è possibile in questo modo fare un'analisi più dettagliata.

La Regione Toscana ha inoltre condizionato l'accesso, per i dipendenti delle proprie Aziende sanitarie, all'uso di una *login* e una *password* che ha permesso, insieme ad altri controlli inseriti sull'accesso a livello generale, di evitare ed evidenziare eventuali

inserimenti non pertinenti, a cominciare da quelli ripetuti o non manuali. Ciò non ha influito sull'anonimato delle risposte, che peraltro sono state elaborate solo in forma aggregata, ma ha permesso utili verifiche di qualità dei dati.

Il periodo di compilazione, inizialmente previsto di 30 giorni a partire dal 25 settembre 2006, si è poi quasi raddoppiato, fino al 30 novembre 2006.

L'inserimento in linea del questionario è stato preceduto da interventi di informazione realizzati a livello regionale e locale, ad esempio con avvisi sui siti regionali della sanità e nelle intranet aziendali, o con il coinvolgimento degli Uffici formazione e comunicazione delle Aziende sanitarie. La Regione Toscana ha utilizzato anche canali di informazione diretti verso i singoli dipendenti.

L'Unità operativa della Toscana ha costruito il *database* che a conclusione della rilevazione è stato inviato all'Unità operativa dell'Emilia-Romagna che ha curato l'elaborazione dei dati.

Analisi statistica

Per l'elaborazione dei dati raccolti attraverso i questionari delle due indagini (campionaria e volontaria) è stato utilizzato il *software* SPSS. Sono stati costruiti due *file* dati, uno per l'indagine campionaria e uno per la volontaria, e i risultati delle analisi statistiche sono poi stati messi a confronto.

Lo studio dei dati è stato condotto attraverso analisi monovariata e bivariata. Dopo una prima lettura della distribuzione delle frequenze si sono individuati gli incroci più significativi tra variabili, a partire da quelle strutturali. In alcuni casi è stato ritenuto utile presentare il confronto tra le medie dei valori espressi per alcuni *item* (analisi della varianza).

Per facilitare la lettura delle frequenze e dare maggiore efficacia comunicativa alle rappresentazioni grafiche di alcune variabili, misurate utilizzando una scala da 1 a 9, è stata proposta una ricodifica per ancorare i valori numerici espressi a categorie semantiche che esprimono l'atteggiamento in un *continuum* da "molto negativo" a "molto positivo". Di fatto la scala auto-ancorata utilizzata nei questionari è stata ricondotta nell'elaborazione a una scala Likert,¹ come indicato in Tabella 3.

¹ Le scale Likert sono classificazioni a categorie ordinate con le quali si riducono le proprietà a pochi riferimenti espressi mediante aggettivi o avverbi. Le classificazioni a categorie ordinate operano quindi una semplificazione ma si espongono a rischi di distorsione e presentano diversi limiti nell'analisi statistica poiché i valori espressi in queste scale non possono essere trattati come numeri (vedi Delli Zotti G. *Introduzione alla ricerca sociale*. Milano, FrancoAngeli, 1997). Per questi motivi, nello studio si è scelto di utilizzare una scala cardinale, cosiddetta auto-ancorata perché non poggia su ancoramenti semantici esterni (aggettivi o avverbi) ma l'intervistato deve indicare semplicemente il numero che esprime la sua posizione. La ricodifica proposta è quindi come una lente che introduce sicuramente una distorsione rispetto alla realtà dei dati raccolti ma consente di cogliere gli aspetti più rilevanti per l'interpretazione dei risultati.

Tabella 3. Ricodifica dei valori delle scale numeriche presenti nei questionari

Valori numerici della scala auto-ancorata	Ricodifica per la lettura dei dati
1-2	molto poco
3-4	poco
5	mediamente
6-7	molto
8-9	moltissimo

Focus group

Il *focus group* è un'intervista di gruppo che si articola in una discussione di circa due ore, non rigidamente strutturata, tra un piccolo gruppo di persone su alcune argomentazioni di base poste da un moderatore/facilitatore.

Diversamente dal colloquio individuale e ancor più dalla semplice intervista con questionario, il *focus group* permette di innescare delle dinamiche di gruppo, quindi delle interazioni, che consentono una maggiore spontaneità, una caduta delle resistenze dei partecipanti, un confronto maggiore e di conseguenza una migliore comprensione di problematiche, aspettative e reali opinioni relativamente all'oggetto di discussione (Zammuner, 2003).

I partecipanti sono selezionati tra il *target* del pubblico individuato in base ad alcuni criteri definiti, senza tuttavia costituire dei campioni statisticamente rappresentativi.

In questo caso i *focus group* sono stati realizzati con le figure che hanno un ruolo particolarmente attivo nel programma ECM, in particolare con:

- responsabili degli Uffici formazione,
- direttori dei Servizi infermieristici,
- direttori di Unità operative complesse.

I primi sono stati individuati in quanto gestori/erogatori della formazione, gli altri in quanto fruitori della formazione, nonché portatori dei principali bisogni emergenti dai contesti di lavoro.

Nel periodo settembre-dicembre 2006, sono stati condotti 6 *focus group*: 2 per i responsabili degli Uffici formazione (Lazio e Marche), 2 per i direttori dei Servizi infermieristici (Trento e Toscana) e 2 per i direttori di Unità operative complesse (Emilia-Romagna e Lazio).

Ogni *focus group* ha coinvolto da un minimo di 6 a un massimo di 13 persone ed è stato condotto da un moderatore esperto, eventualmente supportato da un osservatore. Come guida della discussione è stata utilizzata una traccia di domande che segue le aree tematiche del questionario (*Allegato 2*).

Dopo una prima fase di familiarizzazione con il gruppo, in cui veniva illustrato il progetto e presentati gli obiettivi dell'intervista, il conduttore avviava la discussione che veniva audio-registrata, assicurandosi di volta in volta che nessun eventuale rumore di fondo potesse costituire un elemento di disturbo.

Le registrazioni, integrate da un breve *report* del conduttore relativo al clima, alla partecipazione e alle difficoltà incontrate durante lo svolgimento del *focus*, sono state trascritte in formato cartaceo e quindi elaborate dall'Unità operativa delle Marche attraverso la tecnica dell'analisi di contenuto.

Analisi di contenuto

Coerentemente con l'approccio fenomenologico, il metodo utilizzato per esaminare i discorsi affiorati nei *focus group* si è ispirato ai principi dell'analisi di contenuto.

L'analisi di contenuto è una pratica interpretativa che "ha luogo tutte le volte che un soggetto si trova a dover decifrare un messaggio" (Riccio *et al.*, 1990). L'oggetto di analisi è costituito da una molteplicità di verbalizzazioni raccolte nei vari colloqui che esprimono le percezioni, le reazioni immediate o riflesse, i sistemi di valori e giudizio, i modelli di riferimento, i vissuti di persone poste di fronte a tematiche specifiche.

Ad una prima lettura, il materiale si presenta come un insieme disordinato, indistinto e frammentato, come un discorso incoerente nel quale si sovrappongono affermazioni contraddittorie e non verificate. Un esame più attento e sistematico evidenzia tuttavia un'intelligibilità specifica: significati che presentano delle configurazioni omogenee e consistenti, che si sviluppano in una pluralità di connessioni articolate tra loro.

Nella lettura del materiale raccolto si è utilizzato un duplice procedimento che prevedeva:

- lettura diacronica: organizzazione interpretativa delle sequenze di informazione fornite dai soggetti intervistati; prevede una prima analisi delle sequenze di contenuto raccolte con ogni singola intervista al fine di individuare una rete di significati presenti contemporaneamente e che si articolano tra loro; permette di avanzare ipotesi interpretative di studio e di analisi;
- lettura sincronica: riorganizzazione sistematica di tutto il materiale attorno a temi significativi presenti nei discorsi dei partecipanti.

Mappe mentali

Dopo aver analizzato le verbalizzazioni, i contenuti emersi sono stati aggregati in maniera organizzata attraverso la rappresentazione grafica delle "mappe mentali". Le mappe mentali sono strumenti che organizzano i pensieri e permettono di ordinare fatti e informazioni graficamente, in modo da simulare il funzionamento naturale del cervello.

Tutte le mappe mentali sfruttano il colore e hanno una naturale struttura che si irradia da un centro, usano simboli e parole in base a un insieme di regole semplici, naturali e di facile comprensione. Si possono paragonare le mappe mentali alla pianta di una città.

Il centro della mappa mentale è il centro della città e rappresenta l'idea più importante; le strade principali che si dipartono dal centro rappresentano i pensieri principali, le strade secondarie o ramificazioni corrispondono ai pensieri secondari e così via. Le immagini possono indicare idee particolarmente significative.

Proprio come la pianta di una città, la mappa mentale dà una visione globale di un argomento raccogliendo in un solo luogo una grande quantità di dati; permette di pianificare i percorsi evidenziando dove si sta andando e dove si è già stati; favorisce la soluzione dei problemi, consentendo di individuare nuovi percorsi creativi.

Risultati delle indagini quantitative

Per consentire un migliore confronto, la descrizione degli esiti delle due indagini quantitative (campionaria e volontaria) viene proposta in parallelo, riportando - anche graficamente per ognuno degli aspetti analizzati - i risultati di entrambe.

Risposte

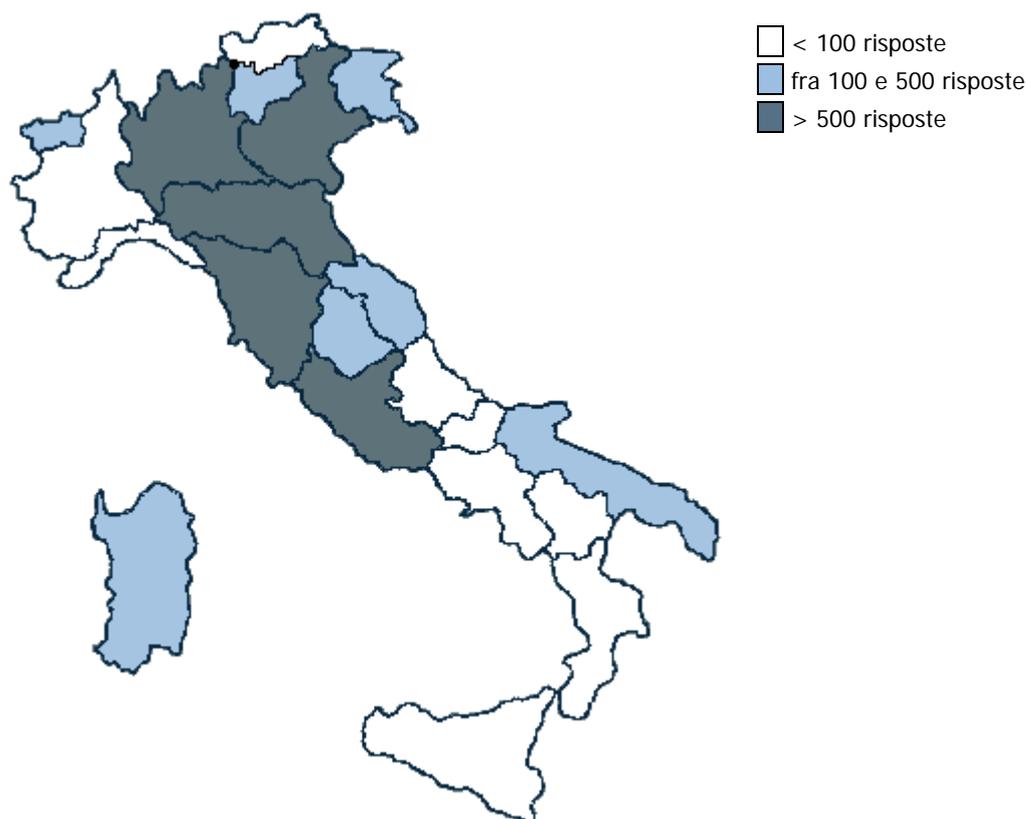
Nell'indagine campionaria, effettuata in 14 Aziende (*Figura 3*), hanno risposto complessivamente 3.317 persone con una percentuale che è mostrata in Tabella 4. La maggior parte delle Aziende ha raggiunto il 10%; presso l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia e l'Azienda ospedaliera-universitaria di Ferrara le percentuali sono state leggermente inferiori; nell'Azienda ospedaliera di Vimercate e in quella di Terni è stato raccolto un campione del 20%.

Tabella 4. Indagine campionaria: distribuzione dei rispondenti per Azienda

Regione	Azienda campionata	Rispondenti per Azienda	
		v.a.	%
<i>nord</i>			
Emilia-Romagna	AOU Ferrara	160	9,0
"	AO Reggio Emilia	164	9,7
"	AUSL Reggio Emilia	389	12,2
Friuli Venezia Giulia	ASS n. 1 - Triestina	102	13,0
Lombardia	ASSL Città di Milano	202	
"	AO Ospedale civile di Vimercate	531	20,0
Provincia autonoma Trento	Azienda provinciale per i servizi sanitari (presidio ospedaliero)	277	
Valle d'Aosta	AUSL della Valle d'Aosta	184	10,5
Veneto	AULSS n. 8 Asolo (TV)	171	10,0
<i>centro</i>			
Lazio	AUSL Rieti + AUSL Viterbo	346	
Marche	ASUR - Zona territoriale n. 2 Urbino	106	12,0
Umbria	ASL 4 di Terni	243	20,0
<i>sud</i>			
Basilicata	ASL n. 4 di Matera	129	
Molise	ASREM (zona Agnone, Isernia, Campobasso)	313	11,0
totale		3.317	100,0

All'indagine volontaria hanno risposto 10.781 persone di tutte le regioni (*Figura 3 e Tabella 5*) che complessivamente rappresentano circa il 2,2% dei dipendenti del SSN con ruolo sanitario.² La partecipazione è stata maggiore che nell'indagine campionaria, ma assai meno omogenea. In particolare le risposte provenienti dall'Emilia-Romagna, dalla Toscana e dal Veneto rappresentano il 77,2% del totale e ciò non consente di attribuire ai risultati automaticamente una valenza nazionale o comunque di fare valutazioni rispetto alla distribuzione territoriale e all'appartenenza regionale.

Figura 3. Partecipazione all'indagine volontaria per regione



² Stima sui dati del personale 2003. Dati SSN. *Personale delle ASL e degli Istituti di cura pubblici. Anno 2004*. <http://www.ministerosalute.it/servizio/pubblicazioni/pers2004.pdf>

Tabella 5. Indagine volontaria: rispondenti per regione

Regione	Rispondenti	
	v.a.	%
<i>nord</i>		
Provincia autonoma Bolzano	6	0,1
Emilia-Romagna	2.547	23,6
Friuli	214	2,0
Liguria	17	0,2
Lombardia	613	5,7
Piemonte	31	0,3
Provincia autonoma Trento	104	1,0
Valle d'Aosta	134	1,2
Veneto	1.379	12,8
<i>centro</i>		
Lazio	527	4,9
Marche	325	3,0
Toscana	4.400	40,8
Umbria	107	1,0
<i>sud e isole</i>		
Abruzzo	15	0,1
Basilicata	33	0,3
Calabria	12	0,1
Campania	18	0,2
Molise	23	0,2
Puglia	110	1,0
Sardegna	147	1,4
Sicilia	19	0,2
<i>totale</i>	10.781	100,0

Dati socio-demografici

La distribuzione delle risposte in base al genere è pressoché sovrapponibile nelle due indagini e, peraltro, rispecchia quella del personale dipendente del SSN con ruolo sanitario, in cui il 61,6% è rappresentato da donne.

In effetti, in proporzione le donne sono leggermente più rappresentate nell'indagine campionaria, mentre gli uomini sono relativamente di più in quella volontaria (*Figura 4*). Questo si può spiegare almeno in parte con il fatto che molte delle Aziende in cui è stata effettuata l'indagine campionaria si trovano in regioni in cui la percentuale di donne occupate nel SSN è superiore alla media nazionale (per esempio in Emilia-Romagna le dipendenti donne del SSR sono il 69,7%, che effettivamente corrisponde al 70% di donne che ha risposto all'indagine).

Anche l'anzianità di servizio, che è stata distribuita in quattro fasce di età, è simile tra le due indagini. Risultano più risposte dei professionisti *senior* (con anzianità di lavoro superiore ai 15 anni sono il 64,5% nell'indagine volontaria e il 67,9% nell'indagine campionaria). Si segnala comunque che nell'indagine volontaria c'è una lieve prevalenza di rispondenti nelle fasce fino a 15 anni, mentre nella campionaria si evidenzia una maggiore rispondenza tra coloro che hanno anzianità di servizio maggiore (*Figura 5*).

Figura 4. Distribuzione percentuale dei rispondenti per genere in entrambe le indagini

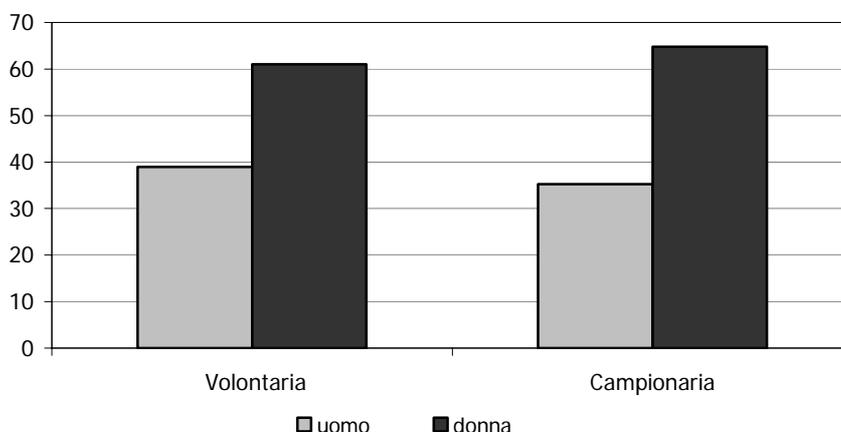
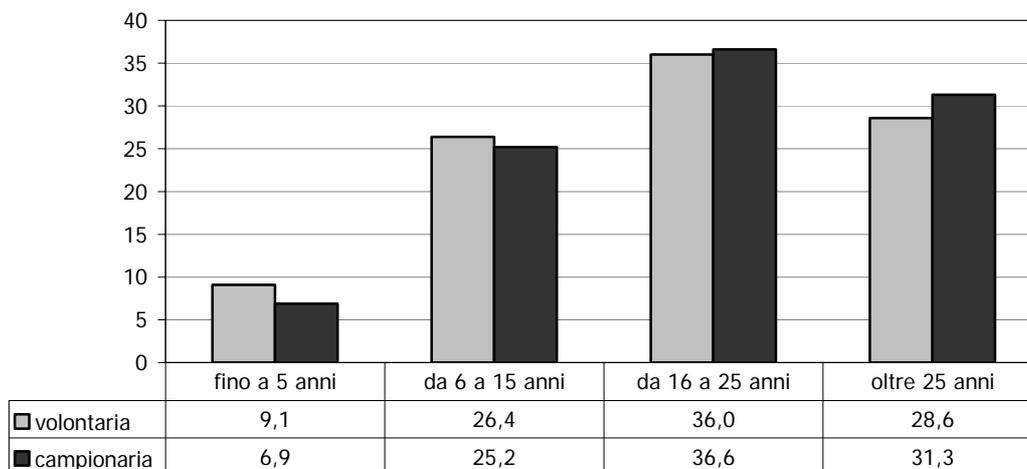
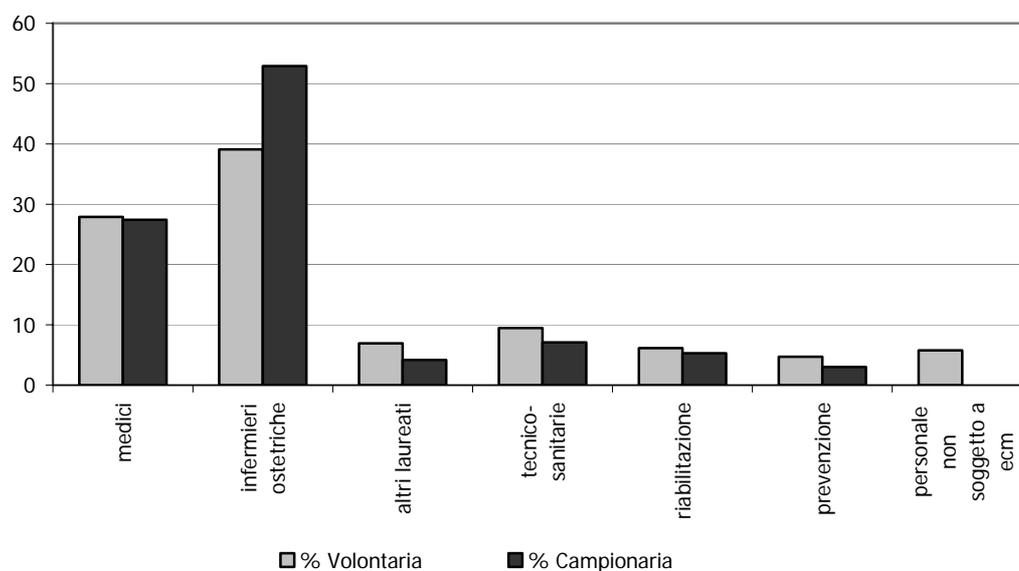


Figura 5. Distribuzione percentuale dei rispondenti per anzianità di servizio in entrambe le indagini



Alcune differenze tra i rispondenti alle due indagini si osservano per quanto riguarda la professione. Nell'indagine campionaria la distribuzione per professione (27,4% medici, 52,9% infermieri, 19,6% altre professioni) rispecchia solo parzialmente quella esistente nel SSN³ (23,3% medici, 58,4% infermieri, 18,3% altre professioni). Dalla Figura 6 si nota una prevalenza di infermieri nell'indagine campionaria, che invece sono sottorappresentati nella volontaria. Questo è forse dovuto alla minore possibilità di accesso degli infermieri a PC collegati alla rete.

Figura 6. Distribuzione percentuale dei rispondenti per tipologia di professione in entrambe le indagini

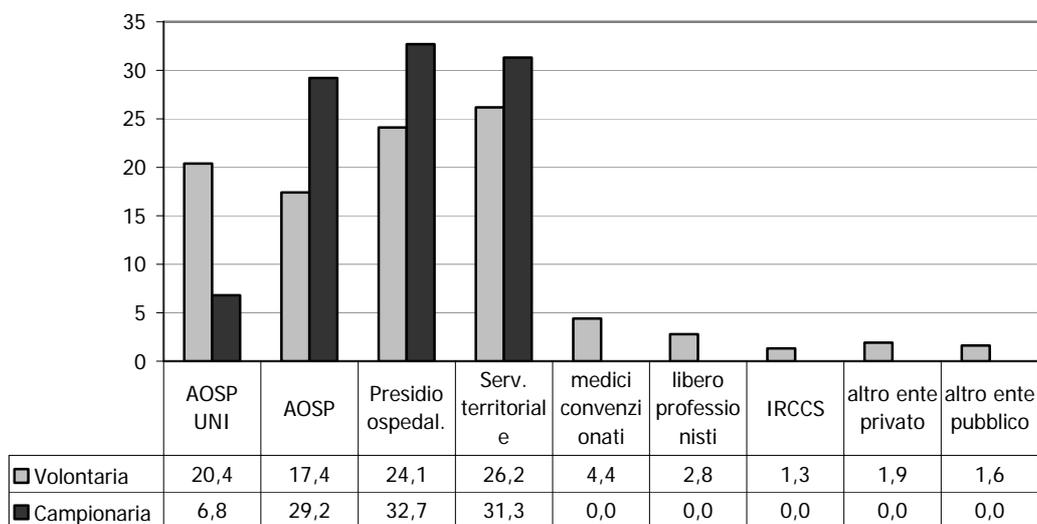


³ Fonte: Ministero della salute. <http://www.ministerosalute.it/servizio/pubblicazioni/pers2004.pdf>

L'indagine *on line* era aperta anche al personale senza obbligo ECM. Hanno risposto 619 persone in questa condizione (5,7% del totale): 438 in Toscana, 72 in Emilia-Romagna e molto meno nelle altre regioni. Gli orientamenti di queste persone sono risultati simili a quelli rilevati per le altre professioni.

La maggioranza dei rispondenti svolge la propria attività professionale in strutture ospedaliere: il 63,2% per l'indagine volontaria e il 68,7% per la campionaria (escludendo gli altri enti pubblici e privati). Con l'indagine volontaria si è potuto raccogliere l'opinione anche di medici convenzionati e di libero professionisti (Figura 7).

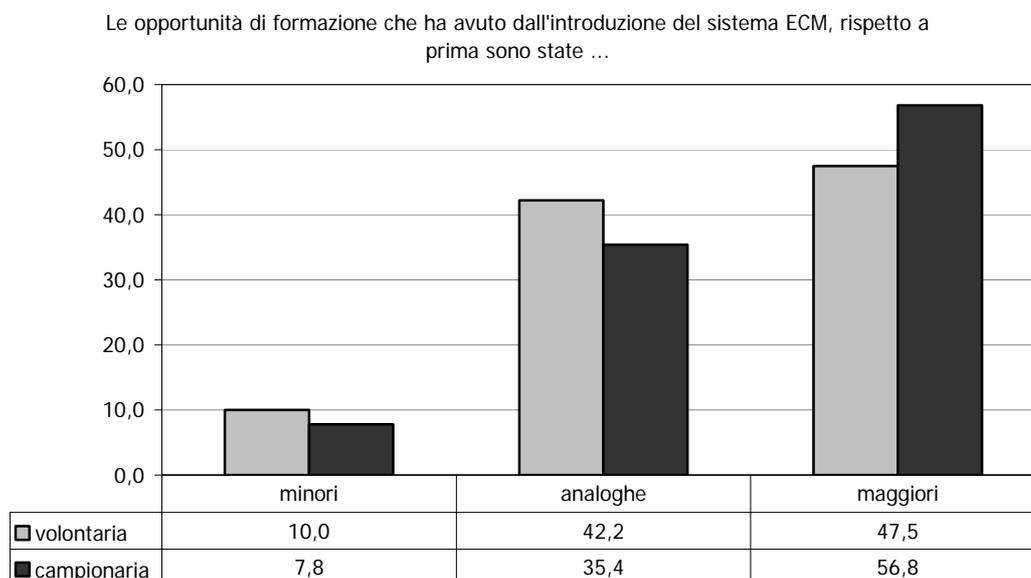
Figura 7. Distribuzione percentuale dei rispondenti per struttura/servizio di lavoro in entrambe le indagini



Qualità dell'ECM e cambiamenti apportati

Un primo elemento che emerge dallo studio è che l'introduzione del Programma ECM viene considerata più come un'opportunità che come un vincolo, perché è riuscita a migliorare l'accesso all'aggiornamento professionale a un maggior numero di operatori che in passato avevano avuto minori occasioni formative, garantendo quindi più equità. Questo dato è complessivamente in controtendenza rispetto alle critiche che hanno accompagnato la nascita e lo sviluppo del sistema ECM.

Più in dettaglio, nell'indagine volontaria il 47,5% degli intervistati sostiene di avere avuto maggiori opportunità di formazione dall'introduzione dell'ECM, percentuale che arriva al 56,8% nell'indagine campionaria. C'è comunque una quota di professionisti che registra una diminuzione delle opportunità formative rispetto al passato: 10% nell'indagine volontaria *on line* e 7,8% nella campionaria (Figura 8). Ci sono differenze tra regioni: per esempio nell'indagine volontaria il 56,5% degli intervistati del Veneto dichiara di avere avuto maggiori opportunità rispetto a prima, mentre in Toscana, che è la regione maggiormente rappresentata nell'indagine volontaria, coloro che dichiarano di averne ricevuta meno sono il 13%.

Figura 8. Distribuzione delle risposte sulla opportunità di formazione dall'introduzione del sistema ECM in entrambe le indagini

L'appartenenza professionale incide su questa opinione. Nell'indagine campionaria le percentuali di coloro che hanno dichiarato di avere avuto maggiori opportunità sono: per gli infermieri il 60%, per i medici il 44,6%, per le altre professioni il 65,3%. Nell'indagine volontaria i professionisti non medici che hanno dichiarato di avere avuto maggiori opportunità formative con l'introduzione dell'ECM sono stati il 56,6% e uguali il 45,4%. Tra i medici è il 39,8% che ha dichiarato di avere avuto maggiori opportunità, mentre la maggioranza (52,1%) ha sostenuto invece di non avere rilevato differenze rispetto a prima.

Questi dati confermano quindi che, mentre per i medici l'offerta era già abbastanza in grado di fare fronte all'aggiornamento continuo necessario, l'introduzione del sistema ECM ha probabilmente aperto strade più ampie alle altre professioni. A tale proposito, in una ricerca promossa dall'IPAVSI del 2003 (vedi sul sito http://fnomceoweb.omitech.it/27-01-04/articolo_05.php) e realizzata attraverso un questionario distribuito a 11.000 infermieri, risulta che i 3/4 del campione erano fortemente consapevoli dell'utilità dell'ECM, ritenendolo un valido sistema per assicurare la formazione professionale.

L'indagine ha poi cercato di approfondire alcune dimensioni qualitative, e in particolare se l'introduzione dell'ECM abbia potuto soddisfare le necessità di aggiornamento, migliorare lo sviluppo delle competenze professionali e abbia avuto positivi impatti sull'organizzazione del lavoro. Come si può notare dalla Figura 9, i risultati delle indagini mostrano complessivamente un atteggiamento positivo per quanto riguarda la soddisfazione dei bisogni formativi e soprattutto per il miglioramento delle competenze che si è verificato. Più fredde sono le considerazioni, in particolare nell'indagine volontaria, sugli effetti per lo sviluppo dell'organizzazione del lavoro.

I partecipanti all'indagine volontaria sono risultati complessivamente più critici di chi ha partecipato all'indagine campionaria.

Se si confrontano le distribuzioni delle risposte fornite in base alla professione, si osserva che la media dei giudizi espressi dagli infermieri è più alta per tutte le domande rispetto alle altre professioni in entrambe le indagini (*Figure 10 e 11*).

Gli esiti di queste prime tre domande sono stati messi a confronto con una quarta domanda, che può essere considerata espressione di sintesi rispetto alla percezione globale che i professionisti hanno dell'ECM: si è infatti chiesto quanto la formazione ricevuta dall'introduzione del sistema ECM sia stata una formazione di qualità. Poiché si chiedeva un giudizio globale su una dimensione ampia e non declinata, come il concetto di qualità, è ragionevole ritenere che le risposte abbiano incluso anche le dimensioni individuate nelle domande precedenti e che le si possa considerare come un controllo.

Figura 9. Giudizi sugli effetti dell'ECM (medie dei valori espressi su una scala da 1 a 9 in entrambe le indagini)

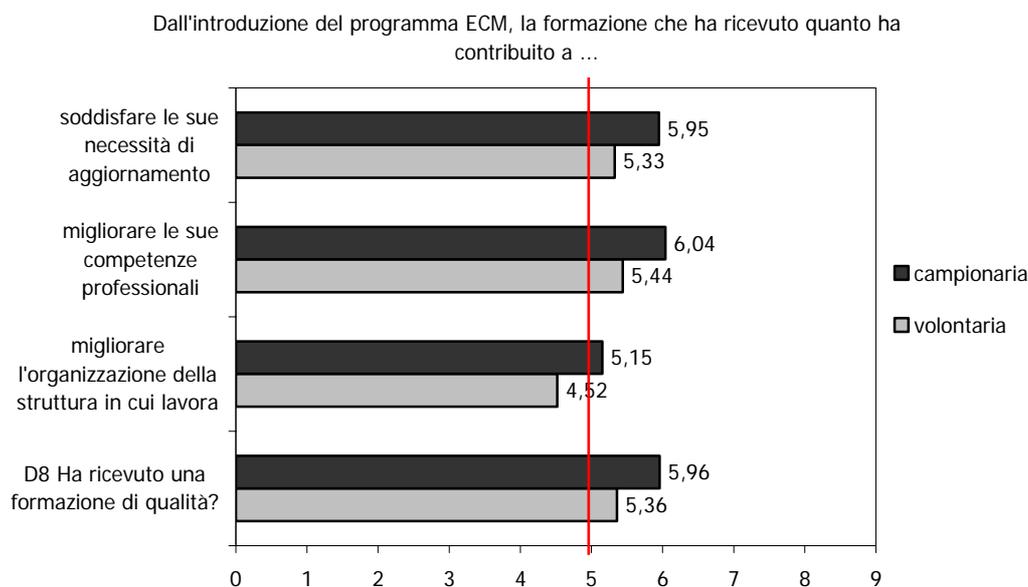


Figura 10. Giudizi sugli effetti dell'ECM per professione (medie dei valori espressi su una scala da 1 a 9 nell'indagine volontaria)

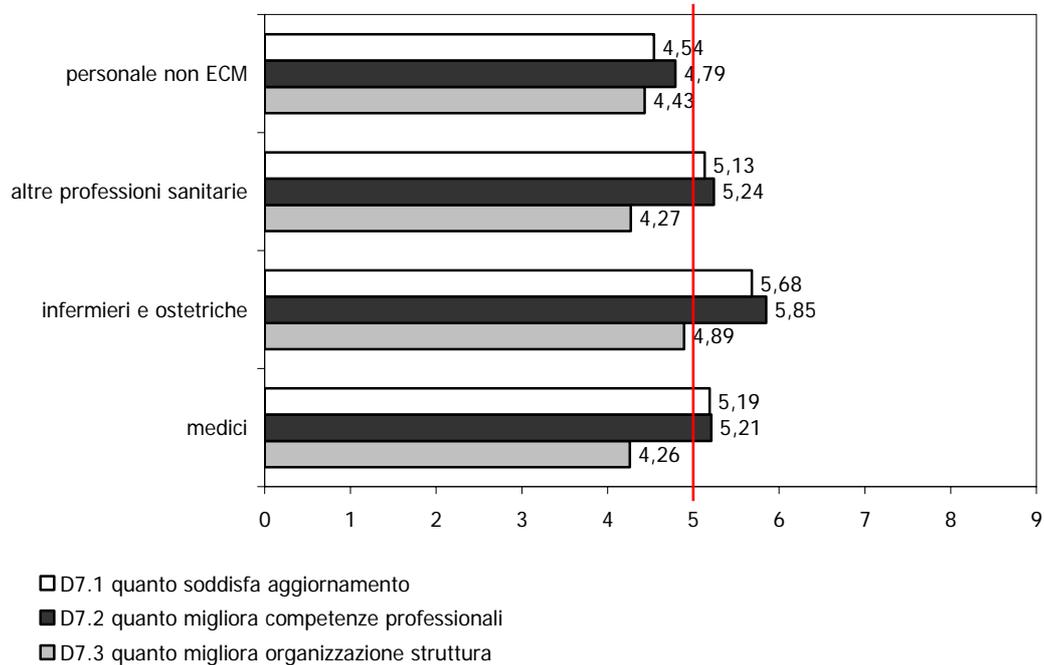
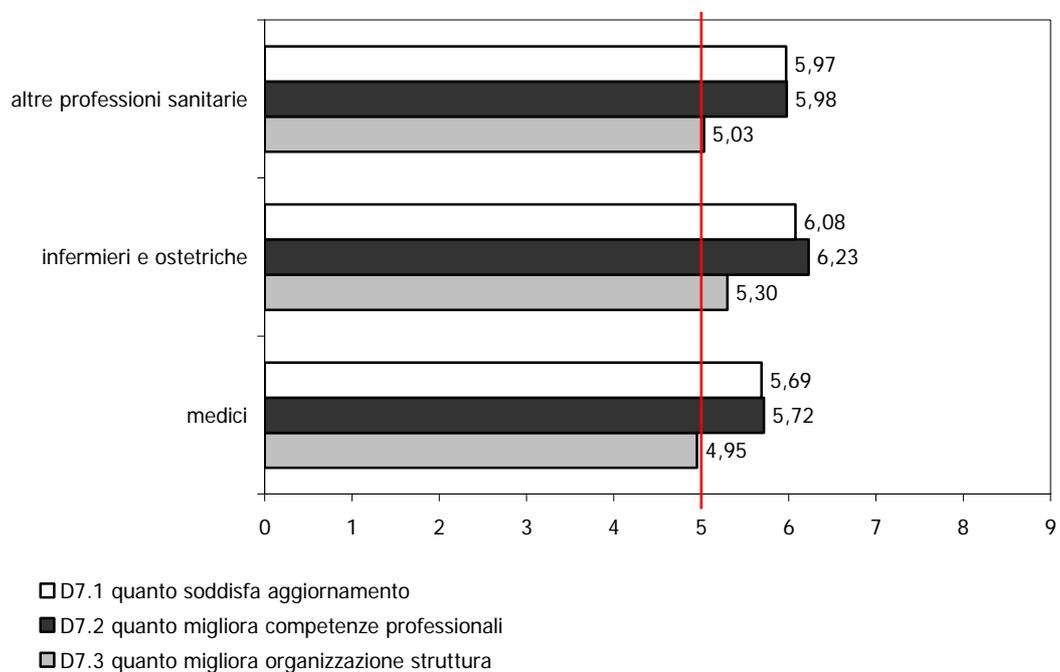


Figura 11. Giudizi sugli effetti dell'ECM per professione (medie dei valori espressi su una scala da 1 a 9 nell'indagine campionaria)



Il 69,5% degli intervistati ha espresso valori positivi (compresi tra 6 e 9) sulla qualità dell'ECM. Non solo, quindi, sarebbero aumentate le opportunità di accesso alla formazione, ma l'ECM avrebbe anche favorito un miglioramento della qualità. Lo stereotipo di un ECM "corsificio che distribuisce bollini" verrebbe almeno in parte messo in dubbio da queste risposte.

Le Figure 12 e 13 presentano le distribuzioni dei valori espressi in una scala da 1 a 9: la curva relativa alla qualità complessiva della formazione ricevuta ricalca la tendenza tracciata dalle altre, individuando il picco delle preferenze nei valori medio alti. Anche in questo caso i giudizi espressi nell'indagine campionaria sono mediamente più alti.

Figura 12. Distribuzione dei giudizi sugli effetti dell'ECM nell'indagine campionaria

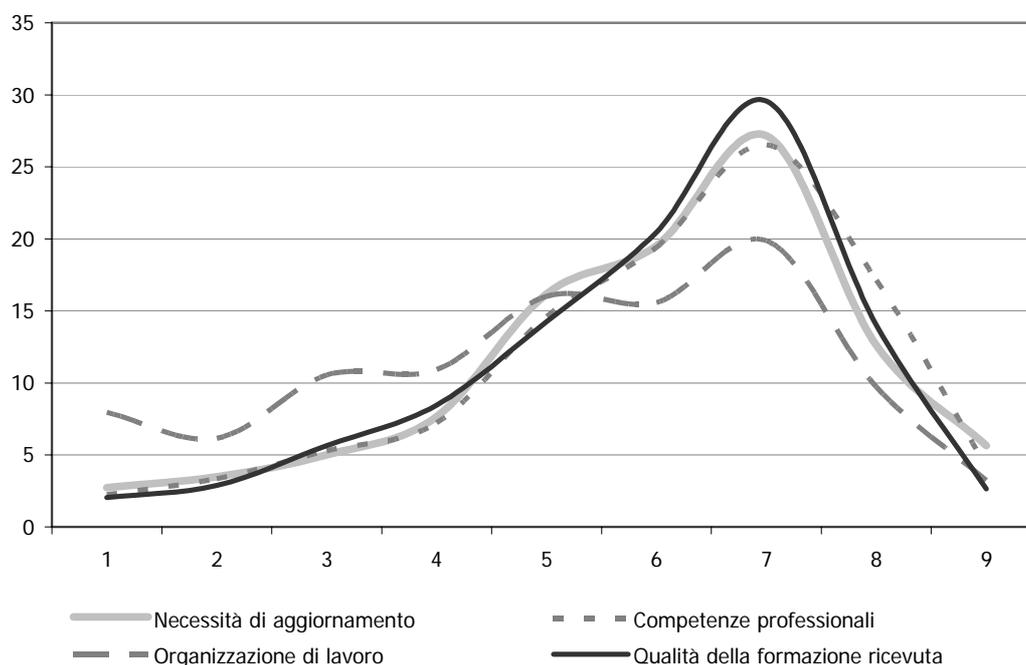
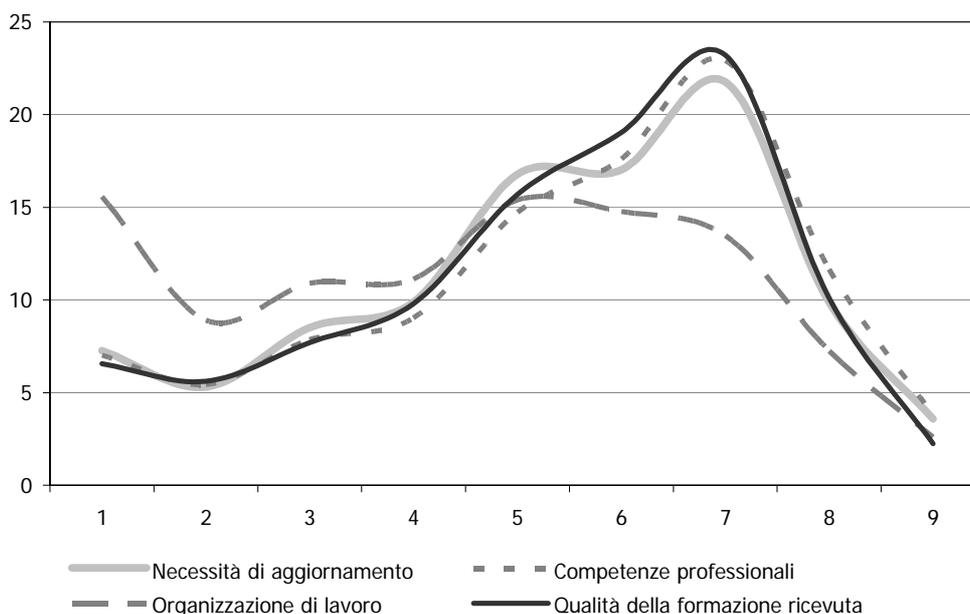


Figura 13. Distribuzione dei giudizi sugli effetti dell'ECM nell'indagine volontaria



Le domande sugli effetti della formazione sull'organizzazione hanno in generale registrato un maggior numero di scontenti, e dai dati raccolti emerge come questo sia effettivamente un punto critico, anche se è più difficile esprimere una percezione su elementi esterni. La complessità difficilmente gestibile che caratterizza le attività dei professionisti e gli spazi relazionali e organizzativi in cui si giocano sono fonte di disagio e frustrazione.

Una domanda, infine, mirava ad esplorare la presenza di sponsorizzazioni negli eventi formativi. Oltre il 55% dei rispondenti ha dichiarato che gli sponsor sono stati poco, o molto poco presenti, nelle attività formative da loro frequentate. Solo il 14%, in entrambe le indagini, riferisce una presenza evidente delle sponsorizzazioni. Si tratta di una percezione, ma lascia pensare che vi siano meno preoccupazioni di quanto si potesse immaginare. La già citata indagine condotta dall'IPAVSI del resto riferisce che, almeno da parte degli infermieri,

non ci sono preclusioni nei confronti di sponsor privati per finanziare i corsi ECM e il 72,8% della categoria si dichiara favorevole anche se, per la categoria, è la struttura/ASL il soggetto protagonista nella gestione dei corsi e dei crediti formativi.

Utilità delle attività di formazione continua in medicina

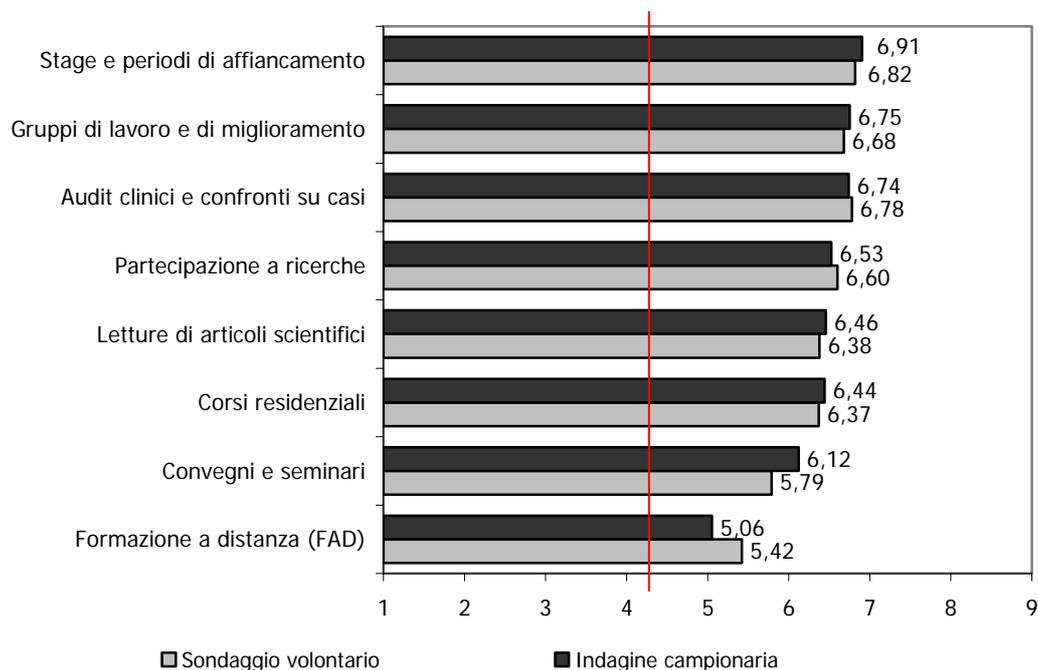
Il ruolo dell'Azienda sanitaria o ente di appartenenza come *provider* di formazione non sembra in dubbio. Anzi, in entrambe le indagini oltre l'80% dei rispondenti ha dichiarato che le Aziende dovrebbero investire più risorse nell'organizzazione diretta della formazione. La formazione continua sembra quindi essere percepita come una funzione molto rilevante delle Aziende, dalle quali ci si aspetta un impegno diretto.

Pur restituendo un giudizio sostanzialmente positivo, c'è una significativa percentuale di rispondenti (30,5% nella campionaria e 38,9% nella volontaria) che ritiene che la propria Azienda o ente di appartenenza non sia stato sufficientemente in grado di rilevare al proprio interno in modo efficace i bisogni di formazione e, con percentuali analoghe, neppure di tradurre le indicazioni della programmazione sanitaria in obiettivi formativi.

Se dunque si ripone fiducia nella formazione interna, perché probabilmente molto legata a quelli che sono i bisogni specifici e di sviluppo organizzativo, tuttavia i professionisti percepiscono ancora uno scollamento tra macro e micro-programmazione, tra linee di indirizzo dettate dai piani sanitari e loro concreta traduzione in obiettivi formativi a livello locale.

In questi anni la sperimentazione ECM si è dovuta confrontare con la necessità di sviluppare le metodologie formative e di legittimarle, come la formazione sul campo e l'*e-learning*. In particolare in molte situazioni si stanno realizzando sperimentazioni che valorizzano l'apprendimento integrato con la prassi lavorativa e l'utilizzo delle tecnologie informatiche. Il questionario esplorava anche l'atteggiamento dei professionisti nei confronti delle principali metodologie formative - alcune ampiamente conosciute e utilizzate come i convegni e gli *stage*, altre che rappresentano frontiere da noi ancora poco esplorate come la lettura di articoli scientifici o la valorizzazione della partecipazione a ricerche - chiedendo ai partecipanti di esprimere una valutazione rispetto all'utilità di ciascuna modalità formativa. L'utilità percepita è risultata in generale ampia, di solito proporzionale al grado di "vicinanza" che la metodologia proposta ha con il contesto di appartenenza. Confrontando le medie si conferma una maggiore utilità attribuita alle situazioni di apprendimento sul campo rispetto alle attività di apprendimento tradizionali in aula (*Figura 14*).

Figura 14. Giudizi sull'utilità delle diverse attività formative (medie dei valori espressi su una scala da 1 a 9 in entrambe le indagini)



Pur nell'ambito di un giudizio sostanzialmente positivo per tutte le modalità formative, coerente con la consapevolezza che gli adulti apprendono in molti modi, la formazione a distanza ha registrato il maggiore scetticismo da parte dei professionisti intervistati, in particolare nell'indagine campionaria. Convegni e seminari, a cui la letteratura scientifica attribuisce una bassa efficacia formativa in termini di modifica della pratica assistenziale (Bero *et al.*, 1998; Grimshaw *et al.*, 2001; Thomas *et al.*, 2005), sono comunque percepiti come occasioni utili per l'apprendimento.

Le valutazioni sono state forse orientate anche da un atteggiamento per così dire ideologico: probabilmente non tutti hanno avuto esperienza diretta delle varie metodologie proposte e hanno espresso il proprio parere anche sulla base di pregiudizi (positivi e negativi) e congetture fondate sulla condivisione di un certo approccio culturale verso la formazione, che vede il processo di apprendimento fortemente condizionato dalla relazione tra il soggetto, nella sua dimensione individuale e gruppale, con l'ambiente.

La variabile che maggiormente influenza l'orientamento degli intervistati continua ad essere l'appartenenza professionale: nelle Figure 15 e 16 si mostra la media dei punteggi espressi per ciascuna tipologia formativa dalle diverse categorie professionali intervistate. La lettura di articoli scientifici è stata valorizzata soprattutto dai medici, che probabilmente hanno maggiore consuetudine. Gli infermieri ha dato giudizi migliori all'affiancamento/*stage* e soprattutto alla partecipazione a gruppi di miglioramento (tipologia formativa che ha registrato la media più alta tra gli infermieri in entrambe le indagini: 6,94 nell'indagine volontaria e 6,83 nella campionaria), che sono pratiche largamente utilizzate nella professione infermieristica.

Più sorprendente è forse la maggiore fiducia che gli infermieri hanno attribuito alla formazione a distanza in entrambe le indagini (quindi si può escludere che l'indagine *on line* abbia selezionato solo i "tecno-entusiasti"), rispetto a tutte le altre professioni che esprimono in media punteggi più bassi. Probabilmente le difficoltà che normalmente gli infermieri incontrano nella partecipazioni ad eventi di formazione tradizionale a causa dei ritmi e dei carichi di lavoro inducono molti di loro a puntare sulla flessibilità che la FAD offre rispetto alla fruizione dell'aggiornamento.

Non scontato è anche l'interesse che è stato manifestato per la partecipazione a ricerche tra gli infermieri, che nell'indagine volontaria supera quello dei medici: nonostante il rapporto degli infermieri con la ricerca non sia facile poiché si scontra con la mancanza di competenze, di fondi e risorse, con gli eccessivi carichi di lavoro e col fatto che spesso gli infermieri si trovano più coinvolti unicamente nella fase della raccolta dati (Saiani *et al.*, 2004).

I risultati dell'indagine sembrano incoraggiare, dunque, a proseguire sulla strada della costruzione di processi formativi in grado di valorizzare i contesti lavorativi come occasioni di apprendimento, integrati, però, sia con i metodi formativi più tradizionali come i corsi e i convegni, che mantengono una indubbia utilità e importanza, sia con il supporto che possono fornire le nuove tecnologie per fare formazione a distanza.

Figura 15. Giudizi sull'utilità delle diverse attività formative per professione (media dei valori espressi sulla scala da 1 a 9 nell'indagine volontaria)

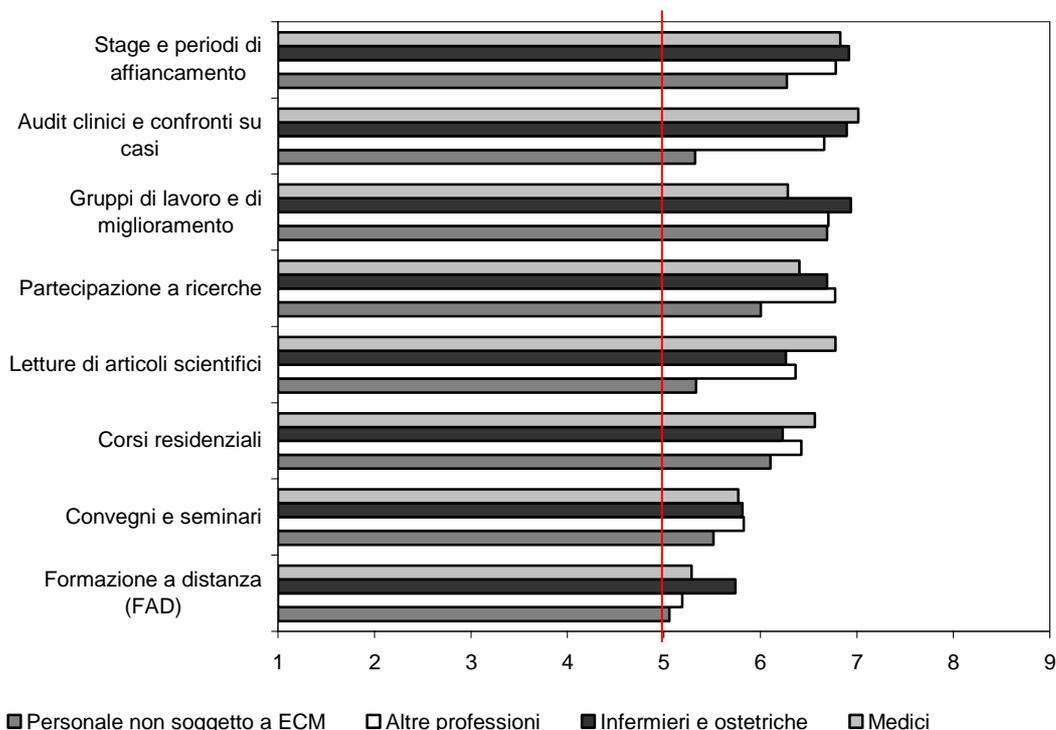
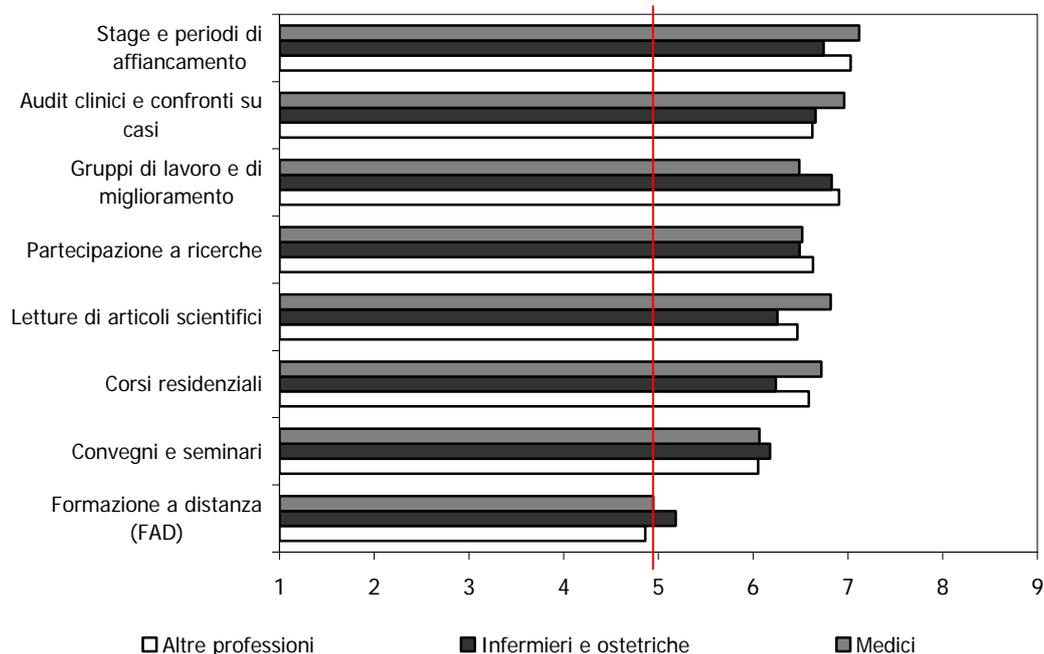


Figura 16. Giudizi sull'utilità delle diverse attività formative per professione (media dei valori espressi sulla scala da 1 a 9 nell'indagine campionaria)



La funzione di docenza

Molti sono stati i professionisti che hanno dichiarato di essere impegnati direttamente in attività formative (45% per l'indagine volontaria e 46,9% per l'indagine campionaria) di docenza o tutorato per la formazione continua e per scuole di specializzazione o lauree delle professioni sanitarie. Questo conferma che per il personale con ruolo sanitario l'attività di formazione è fortemente intrecciata con l'attività di assistenza.

I professionisti intervistati hanno anche la consapevolezza dell'importanza di tale attività. Infatti in entrambe le indagini circa il 75% ritiene molto utile per un professionista sanitario dedicare una parte del proprio tempo ad attività di docenza o tutorato.

Tra il personale senza obbligo ECM, la funzione formativa è molto meno rilevante (26,2%), anche se la percentuale di persone che la giudica utile non è bassa (62,6%).

Sembrerebbe, quindi, che in campo sanitario il ruolo di docente mantenga un certo grado di desiderabilità sociale, per cui chi insegna "conta di più" e acquisisce prestigio. È probabilmente possibile attribuire anche un significato più ampio, ipotizzando che nella percezione degli intervistati l'attività di insegnamento concorra a rafforzare le competenze del professionista offrendo un'ulteriore occasione di studio e riflessione non solo per il singolo ma anche per l'organizzazione del lavoro, contribuendo a creare continuità e condivisione nelle prassi lavorative.

Risultati dell'indagine qualitativa

Analisi di contenuto

Non tutti i *focus group* sono stati condotti coerentemente con i criteri indicati. In alcuni casi non tutte le tracce dell'intervista sono state affrontate nella discussione; in altri, la registrazione audio non è stata chiara e le verbalizzazioni sono risultate difficili. Tuttavia, l'analisi condotta ha tenuto conto di queste criticità attribuendo lo stesso peso a tutte le verbalizzazioni.

I temi significativi, ovvero i nuclei tematici attorno ai quali sono stati organizzati i discorsi dei partecipanti, sono stati:

- ECM: cambiamenti quali-quantitativi
- Bilancio personale e organizzativo
- Sponsorizzazioni
- Metodologie efficaci
- Docenza e tutorato
- Qualità della formazione erogata
- Prospettive future

Per ciascun nucleo tematico sono riportate dapprima le verbalizzazioni condivise da tutte le categorie coinvolte, successivamente quelle distintive di ciascuna categoria, e infine una breve sintesi. Nell'Allegato 3 sono riportate le mappe mentali costruite sulla base dei *focus*.

ECM: cambiamenti quali-quantitativi

Con il programma nazionale di ECM la formazione, dapprima prevalentemente autogestita dal singolo professionista, è stata disciplinata a livello nazionale, legata a specifici obiettivi di interesse nazionale e regionale e supportata da momenti e funzioni organizzative definite. Allo scopo di mantenere elevata e al passo coi tempi la preparazione degli operatori sanitari, il sistema ECM ha imposto a questi ultimi l'obbligo di acquisire crediti formativi attraverso la partecipazione a iniziative accreditate.

L'aspetto dell'obbligo è un tema più volte richiamato da tutte le categorie coinvolte nei *focus*:

è stato un obbligo italiano ...

l'ECM ha creato la norma che ha introdotto questa obbligatorietà ...

ha sottolineato l'obbligatorietà, il diritto-dovere da parte del singolo professionista a formarsi e da parte dell'organizzazione a fare formazione ...

Si connota con sfumature diverse, necessariamente connesse ai differenti ruoli/esperienze professionali e contesti territoriali di appartenenza. Alcuni hanno evidenziato l'impegno aggiuntivo che l'ECM ha comportato:

... ha portato ad un appesantimento burocratico, a dover creare tutto un apparato che è quello della formazione, in cui lavorano molte persone, che non sono mai sufficienti ... per accreditare in tempo utile;

... c'è un appesantimento burocratico ...

... il lato peggiorativo ... ritengo che sia aumentata notevolmente la mole di lavoro per gli Uffici formazione;

l'onere degli Uffici formazione è aumentato, mentre non sono aumentate le risorse che ad esso afferiscono.

Altri hanno messo in risalto l'aspetto economico-lucroso, spesso in contrasto o comunque non in linea con la qualità della formazione:

la cosa negativa ... è forse che è diventato proprio un mercato ... voglio dire ... si assiste a una monetizzazione della formazione che forse è una cosa da controllare insomma ...

con l'avvento dell'ECM è aumentato il costo per chi vuole andare a formarsi fuori dalla propria Azienda ... i corsi stanno costando enormemente e sicuramente, diciamo, il rapporto costo e qualità non è sicuramente né monitorato, né validato in qualche modo;

è stato creato davvero un apparato importante ... ma sicuramente un'opportunità che costa ...

Sostanzialmente, tuttavia, emerge una visione positiva dell'ECM, che pone l'accento sull'opportunità che tale sistema ha generato, sullo stimolo/incentivo che esso ha rappresentato in termini di incremento dell'offerta formativa:

sicuramente il numero dei progetti prodotti dalle varie aziende è aumentato ... l'ECM può essere visto come opportunità quindi ... per incrementare l'attività formativa ...

l'aver strutturato il percorso formativo con dei crediti ... è stato un incentivo molto forte perché si progettassero i corsi;

... sono aumentati molto gli eventi formativi, perché la necessità di garantire un certo numero di crediti ha favorito l'implementazione di eventi formativi;

dal punto di vista quantitativo sicuramente è indubbio c'è stato un aumento notevolissimo degli eventi ... superiori nel numero ai precedenti;

dal punto di vista quantitativo si è registrato un costante incremento dell'attività formativa.

È stato sottolineato anche lo stimolo per il singolo professionista in termini di maggiore interesse a formarsi:

l'incentivo dei crediti ha agito in qualche modo sulla partecipazione, sull'attenzione da parte di operatori;

*è stato uno stimolo per tutti quanti a formarsi;
ha dato uno stimolo ... si è visto un crescente coinvolgimento di tutti;
sicuramente dal 2002 ... dalla fase sperimentale ... è aumentato l'interesse ... si è
vista una rete più attiva, più partecipativa ...*

In particolare, l'accresciuto interesse a formarsi da parte degli operatori viene visto come la risultante di diversi fattori, talvolta congiunti. C'è chi lo vede come una risposta per lo più conseguente alla maggiore offerta formativa:

*... ho notato un risveglio di interesse per la formazione continua determinato
in parte dall'offerta formativa proposta ...
... l'aver strutturato il percorso formativo con dei crediti ... a mio avviso è stato
un incentivo molto forte affinché si progettassero corsi e quindi da parte degli
operatori a partecipare ai corsi ...*

C'è anche chi riconosce tra gli operatori, parallelamente alla inevitabile necessità di acquisire crediti formativi, un consapevole aumentato desiderio di sviluppare le proprie conoscenze e professionalità:

*l'atteggiamento dei discenti è passato dal semplice tentativo di acquisizione di
crediti per imposizione a una ricerca di percorsi formativi che avessero una ricaduta
proprio sulle proprie competenze professionali;
abbiamo capito quanto il punteggio o il bisogno di acquisirlo, sia parallelo a una
motivazione profonda di crescita culturale o professionale;
... sicuramente per molti professionisti è aumentato l'interesse alla conoscenza
e allo sviluppo della professione;
i vari operatori all'interno dei servizi sono arrivati a pensare, progettare dei percorsi
sulle loro competenze professionali.*

In ogni caso è stata condivisa da tutti la sensazione che la caccia al credito, in particolare all'inizio, abbia dato vita a una rincorsa frenetica all'evento più favorevole spesso non ragionata e pesata in rapporto al proprio profilo o ambito di lavoro e alle proprie esigenze formative, con l'unico scopo di acquisire i crediti prestabiliti:

*spesso il professionista, pur di conseguire crediti, partecipa ad iniziative non
coerenti con il proprio profilo;
dal 2002 c'è stata e c'è tuttora la rincorsa ai crediti, più che all'evento formativo,
più che al miglioramento delle conoscenze e delle competenze ... sicuramente
uno dei limiti maggiori del sistema, che su cui va lavorato;
... questo correre all'acquisizione dei bollini, come li abbiamo più volte definiti ...
... a livello individuale porta ad un generico, diciamo così, bisogno di accumulare
i crediti senza porsi più di tanto, poi, il problema della ricaduta o comunque
l'utilizzo vero, di questi crediti;
... una fame di crediti ...
il credito diventa più importante nella scelta anche dei vari percorsi formativi,
a volte, rispetto alla qualità del prodotto;*

di fatto la gente va in cerca di punti, i cosiddetti punti che sembrano una cartellina a premi ... e non va in cerca della formazione di cui io come azienda ho dato l'indirizzo ...

Le diverse espressioni utilizzate, quali "bollini", "punti", "cartellina a premi", "punteggi", lasciano intendere quanto l'obbligo di acquisire crediti abbia in qualche modo distolto l'attenzione dei professionisti dallo scopo sostanziale dell'ECM, quello cioè di favorire il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni sanitarie attraverso il miglioramento delle competenze dei singoli professionisti.

Tra gli aspetti più positivi connessi all'ECM, vi è la segnalazione dell'estensione del diritto alla formazione da una ristretta nicchia di professionisti a tutte le figure sanitarie:

fino a non molto tempo fa, la formazione non era per tutti ... quindi va riconosciuto a questo programma una grande democrazia;

prima la formazione era più una formazione di nicchia, riservata a determinate figure, ... negli ultimi anni invece ... ad esempio si è consentito anche a chi stava nelle strutture periferiche, di poter accedere alla formazione;

... l'aspetto positivo è quello che, con l'avvio dell'ECM la formazione continua coinvolge tutte le figure professionali ...

il coinvolgimento di un numero crescente di operatori sanitari è stato certamente esteso a tutti quanti gli operatori, prima era riservato a pochi, perché diventava un discorso fatto per élite;

ha consentito di coinvolgere, negli ultimi anni, un numero sempre crescente di operatori;

un'attenzione alla formazione non solo per le categorie ... diciamo tradizionalmente soggetti della formazione, ma anche per tutta una serie di altre categorie che era stata sempre tenuta molto in disparte, sull'aspetto della formazione.

Un aspetto "democratico", dunque, quello riconosciuto all'ECM, connesso al quale alcuni hanno individuato anche l'opportunità di maggiore confronto, contatto e condivisione tra professionisti diversi:

L'ECM ha rappresentato un elemento forte di confronto e condivisione;

sicuramente, la formazione obbligatoria è stata un passo importante perché ha costretto tutti a confrontarsi;

... con l'ECM tutti sono stati costretti a confrontarsi ...

questo ECM ... ha mobilitato risorse, ha mobilitato idee, ha costretto in alcune aree a mettere a confronto trasversalmente professionisti di diverse afferente.

Un'ulteriore considerazione relativa ai cambiamenti quali-quantitativi prodotti, o in qualche modo connessi all'ECM, riguarda la qualità dell'offerta formativa. Molti hanno individuato nell'ECM un valore aggiunto per la qualità della formazione, grazie al quale si è messo in moto tutto un sistema che ha portato a legare la formazione con le reali esigenze dell'Azienda e dei professionisti in essa operanti:

... penso che la valutazione di apprendimento resa obbligatoria con l'ECM ha contribuito ad un miglioramento della qualità dell'offerta;

È aumentata la qualità dei contenuti dei corsi ... basti pensare alla preparazione della prova finale obbligatoria, che costringe l'organizzatore a trovare coerenza nei contenuti e quindi negli obiettivi;

... È aumentata l'offerta formativa in termini qualitativi;

... ha comportato una chiarezza nella programmazione ... noi abbiamo più puntualità nella formazione del piano aziendale di formazione, e anche una qualità migliore rispetto alla documentazione ...

... rispetto alla qualità, sicuramente la rilevazione del fabbisogno formativo ha consentito di implementare dei corsi mirati, sulla base anche di lacune di conoscenze dimostrate o comunque rilevate dagli stessi operatori, e comunque anche coerentemente con gli obiettivi aziendali ...

A livello qualitativo, sicuramente c'è stato un notevolissimo miglioramento degli interventi;

l'aumento è stato accompagnato anche da una qualità del prodotto formativo erogato a livello aziendale.

In particolare, oltre ai dirigenti dei Servizi infermieristici, questo aspetto è stato evidenziato dai "gestori" della formazione - i responsabili degli Uffici formazione - i quali per primi hanno dovuto rispondere dell'obbligo delle Aziende di garantire la formazione ai propri operatori e di conseguenza si sono trovati a dover modificare il proprio sistema di lavoro e ad orientarsi verso una gestione della formazione con parametri più qualitativi, maggiore attenzione all'analisi dei bisogni, alla programmazione annuale, alla costituzione di una rete di referenti, al monitoraggio delle attività formative, a sistemi informatizzati:

negli ultimi anni abbiamo strutturato meglio la rete degli animatori di formazione che permettono quindi di radicare la formazione nei vari settori aziendali;

si è passati a fare una precisa programmazione, anche dovuta ad atti obbligati di tipo istituzionale che prima non erano previsti;

il principale cambiamento riguarda le elaborazioni del programma annuale di formazione che fino al 2002 per la mia azienda non era strutturato e non era organizzato con un'analisi complessiva di tutte le esigenze degli operatori;

l'ECM sicuramente ci ha spinto a lavorare molto di più poi sulla verifica dei risultati ... quindi sulla qualità ...

abbiamo creato una serie di procedure di qualità ... quindi abbiamo messo in piedi una serie di strumenti di monitoraggio delle attività formative svolte per vedere come e se la formazione è stata effettuata in funzione dei bisogni formativi individuati ... che effetto, che ricaduta ha avuto ...

è migliorato tutto quello che riguarda il monitoraggio degli eventi formativi per arrivare ad avere a breve un'anagrafe dei crediti formativi ...

dal punto di vista qualitativo si può dire che c'è stata un'acquisizione di un approccio di lavoro orientato ad una logica di sistema;

ha migliorato il sistema informativo della formazione, perché ha obbligato a mettere in piedi sistemi informatici dedicati, ha migliorato il sistema gestionale della formazione, perché effettivamente ha indotto la necessità di avere modelli di contabilità, modelli procedurali eccetera, condivisi e quindi visibili con report.

Viceversa, i dirigenti di Unità complessa hanno mostrato alcune perplessità relativamente alla dimensione della programmazione rilevando come questa non possa essere vista esclusivamente legata agli eventi formativi, ma debba essere collegata a obiettivi strategici, peraltro non sempre presenti. L'effetto paradossale che ne deriva è quello di avere un caotico aumento di quantità di formazione, senza un preciso ancoraggio a ciò che "deve esserci prima della formazione", a discapito della qualità:

quello che mi sembra che non traspaia, per lo meno c'è evidentemente sotto ma non risulta così evidente ... è un filo conduttore di programmazione negli eventi che vengono proposti, sembra abbastanza caotica la cosa ...

un elemento importante della formazione è la programmazione ... però c'è un punto debole in questa partita qua: che la programmazione della formazione nasce quando c'è una chiarezza di obiettivi su quello che si vuole fare, che è rilevante, e questo deve avvenire prima della programmazione della formazione ... e questo è il punto debole;

... il troppo stroppia dappertutto eh, e ne va a scapito la qualità, perché il troppo abbassa inevitabilmente il livello di qualità ...

... un aumento dei soggetti che hanno partecipato alla definizione dei piani didattici e ai corsi, ma un abbassamento globale della qualità dell'offerta e docenza.

In conclusione gli aspetti condivisi dai diversi gruppi sono stati principalmente:

- opportunità: stimolo/incentivo per le Aziende a realizzare attività formative e per i professionisti sanitari a "formarsi";
- democrazia: estensione del diritto alla formazione a tutte le diverse professioni sanitarie e più possibilità di confronto;
- aumento della qualità della formazione: attraverso l'adozione di procedure qualitative (ad esempio più chiarezza nella programmazione, attenta rilevazione del fabbisogno, ...) (RDF e DI);
- corsa ai crediti, più che interesse al miglioramento delle proprie competenze.

I dirigenti di Unità operativa complessa hanno sottolineato dal canto loro anche la disattenzione alla finalizzazione della formazione e, conseguentemente, l'attenzione principalmente rivolta alla quantità.

Bilancio personale e organizzativo

Aldilà delle diverse percezioni circa i cambiamenti introdotti dall'avvio dell'ECM, è risultato da tutti i *focus* che i 5 anni di sperimentazione hanno contribuito a diffondere una nuova sensibilità nei confronti della formazione. Emerge una cultura della formazione come strumento per l'acquisizione di nuove o maggiori competenze professionali e come leva strategica per il governo dell'Azienda, di supporto alle politiche organizzative:

un merito da riconoscere alla sperimentazione ECM è l'aver messo in evidenza il fondamentale strumento dell'azione formativa;

c'è stata un'acquisizione diffusa e crescente della consapevolezza dell'importanza dello strumento formativo, rispetto alla costruzione e manutenzione delle conoscenze e delle competenze scientifiche e professionali degli operatori, questo ai vari livelli;

... è aumentata la consapevolezza dell'esistenza di questa leva strategica che può essere utilizzata non soltanto a livello di gestione delle risorse umane, ma, veramente, a livello di organizzazione sanitaria;

ha migliorato la consapevolezza che la formazione è un'arma strumentale delle organizzazioni;

... c'è stata una presa di coscienza dello strumento della formazione e dell'aggiornamento continuo come strumento fondamentale in un sistema di gestione della qualità per la manutenzione delle competenze professionali degli operatori;

la formazione ora è sentita come uno strumento importante per raggiungere obiettivi di qualità delle prestazioni sanitarie.

In particolare, quello che viene individuato come elemento caratterizzante la dimensione strategica della formazione riguarda il suo essere un'opportunità, un'occasione importante per il soddisfacimento dei bisogni aziendali:

... l'obbligatorietà dei crediti è davvero un'opportunità che consente anche alle Aziende di legare la formazione agli accordi, quindi ad obiettivi precisi ...

la formazione consente all'Azienda di gestire, rilevare quali sono i bisogni dell'Azienda, mentre prima i professionisti lasciati liberi ..., ognuno si attrezzava come poteva con i convegni, con interessi personali che non sempre erano quelli uniti però con gli obiettivi che erano chiamati a raggiungere, e quindi la trovo una opportunità;

... siamo riusciti a prendere un po' le misure e quindi a selezionare ... sugli obiettivi aziendali assunti come nostri, si è costruita della formazione;

il bilancio, a mio parere, è stato positivo soprattutto per quanto riguarda l'opportunità di coniugare le nostre necessità, che vediamo dal punto di vista clinico, con gli obiettivi aziendali ... cosa che ha trovato nell'obbligatorietà dei crediti, tutto sommato, una strada facilitata;

... Quest'esperienza dell'ECM, della moltiplicazione di reti formative organizzate localmente sempre più mirati agli obiettivi ...

I responsabili della formazione sottolineano che l'ECM ha avuto un grosso peso nel dare una maggiore visibilità alla formazione:

l'ECM indubbiamente ha favorito un'accensione dei riflettori sulla formazione ...

l'avvio dell'ECM ha permesso e consentito una definizione e una maggiore visibilità del ruolo della formazione;

... certo è migliorata la visibilità ...

... il programma di educazione continua in medicina ha acceso un grandissimo riflettore sulla formazione ...

L'ECM in pratica ha istituzionalizzato la formazione ... non ce lo dimentichiamo ...

Si è assistito dunque a quella che è stata definita una "accensione di riflettori sulla formazione", nel senso che il sistema dell'ECM ha comportato la messa in moto di una serie di risorse umane, tecnologiche ed economiche:

ha costretto tutti ad una riflessione, quindi a dare, una importanza maggiore strutturale alla formazione;

si è necessariamente data maggiore attenzione al problema formazione, sia da parte della direzione sia da parte dei professionisti.

Per le Aziende, e in particolare per i responsabili della formazione, si è trattato di dover garantire la formazione a tutti gli operatori, quindi di rivedere il modo di progettare, pianificare e gestire i percorsi formativi, a partire dall'analisi dei bisogni formativi e introducendo sistemi organizzati di monitoraggio dell'attività realizzata. Alcuni tra i responsabili della formazione hanno visto in tutto questo una grande opportunità di sviluppo e potenziamento degli Uffici formazione:

... la costituzione dell'Ufficio di formazione, almeno nella mia Azienda, quale punto di riferimento per tutti gli operatori ...

ha portato veramente ad un miglioramento qualitativo anche proprio delle strutture formazione;

all'interno dell'Azienda maggiore spazio è stato dato alla struttura, alle varie strutture per la formazione, sono state create anche all'interno dei vari dipartimenti una rete di referenti ...

è diventato proprio un sistema ... un qualcosa di organizzato;

il sistema ECM, iniziato nel 2002, ha indotto, in tutte le Aziende sanitarie, un sistema organizzativo per la formazione per permettere ai propri operatori sanitari di formarsi ... ha indotto la realizzazione di un Ufficio formazione che non c'era.

È considerato anche un'opportunità di crescita e di formalizzazione/valorizzazione del proprio ruolo, tanto da apprezzare le occasioni di confronto e scambio di esperienze che il sistema ha favorito:

A livello personale, però tutto questo sicuramente è un maggior riconoscimento del ruolo degli operatori che lavorano alla formazione;

Si consolidano le professionalità della formazione, quindi chi sono i responsabili, quindi si accredita chi sono gli animatori e il ruolo, quindi probabilmente l'Azienda si dà una struttura;

L'aspetto positivo è che l'avvio dell'ECM ha permesso e consentito una definizione ed una maggiore visibilità del ruolo della formazione dal punto di vista personale, certo è migliorata la visibilità;

... valorizzazione che sicuramente c'è stata del nostro lavoro, attraverso l'avvento dell'ECM;

ci ha dato la possibilità anche di trovare ... di parlare un linguaggio comune;

sicuramente un aspetto positivo dell'avvento dell'ECM è aver creato, diciamo, un clima di collaborazione;

Questo ECM ha consentito finalmente di parlarsi e quindi di scambiare esperienze, di scambiare competenze.

Altri invece ne hanno sottolineato l'aspetto più negativo, connesso all'aumento di lavoro e di tempo conseguente all'introduzione di procedure formali da rispettare:

nella nostra realtà aziendale, stiamo facendo in questo momento una grandissima fatica perché, veramente, una grande anche fatica perché stiamo lavorando tutti i momenti di questa esperienza da amanuensi;

Per quanto riguarda il lato, diciamo, peggiorativo, ritengo che sia aumentata notevolmente la mole di lavoro per gli Uffici formazione;

... ha voluto dire anche uno sforzo organizzativo, un carico burocratico, di lavoro;

... con generi di procedure burocratiche collaterali, non sempre ben funzionanti;

Ha portato ad un appesantimento burocratico, a dover creare tutto un apparato che è quello della formazione, in cui lavorano molte persone, che non sono mai sufficienti ... per accreditare in tempo utile ...

C'è un appesantimento burocratico ...

E questo comporta, per gli Uffici, una mole di lavoro che potrebbe essere sicuramente snellita;

l'onere degli Uffici formazione è aumentato, mentre non sono aumentate le risorse che ad esso afferiscono;

sarebbe necessaria una maggiore flessibilità nella procedura burocratica, per l'accreditamento.

I dirigenti dei Servizi infermieristici hanno posto l'accento su un'altra problematica organizzativa connessa alla formazione e in particolare all'obbligo ECM, ovvero l'impatto della formazione sul tempo di lavoro. Alla cronica carenza di personale che di per sé rende molto delicata la gestione della turnistica, si è unita la necessità di dedicare parte del tempo di lavoro ad attività formative, con conseguenti ricadute negative sull'organizzazione del lavoro:

Dal punto di vista organizzativo sono aumentate le assenze;

Da un punto di vista organizzativo esiste qualche problema nella gestione delle presenze: a volte c'è un po' di scollamento tra chi programma i corsi e chi, invece, deve gestire le presenze degli operatori;

A livello organizzativo si continua a presentare il problema della gestione della turnistica nonché si riscontra la mancanza di riferimenti contrattuali e normativi che sostengono l'obbligatorietà della formazione;

C'è un aspetto organizzativo, negativo, soprattutto rispetto alla formazione residenziale che richiede una presenza fisica in aula. Solo pochi giorni prima si sa chi può partecipare e chi non può partecipare e questo determina, dal punto di vista organizzativo, un problema abbastanza importante;

A livello organizzativo ci sono difficoltà nella gestione delle presenze;

nella definizione del fabbisogno di personale molto spesso non si tiene conto delle ore da dedicare alla formazione, e questo penso sia un problema "a monte";

... rispetto a una criticità, può essere che sentano e vivano questo aspetto della formazione sentendosi un po' oberati, perché spesso viene fatta oltre l'orario di servizio, non è così inglobata all'interno dell'orario di lavoro, quindi ecco, questo è, se si può dire, un problema relativo agli eventi ...

... sul piano organizzativo, qualche difficoltà, perché non sempre, diciamo così, abbiamo potuto sostituire il personale, quindi con un sacrificio aggiunto anche da chi rimaneva a lavorare ...

Pur denunciando la carenza di personale e la difficoltà a gestire le presenze conciliando il tempo di lavoro con il tempo da dedicare alla formazione, alcuni dirigenti infermieristici di Trento hanno visto nel sistema ECM una buona occasione per ripensare la programmazione della formazione e i modelli organizzativi nell'ottica di una migliore funzionalità dei servizi:

... a livello organizzativo ci sono difficoltà nella gestione delle presenze ... però, siccome comunque la formazione è un requisito determinante per la funzionalità dei servizi, bisognerà ripensare a quali sono i bisogni reali, a come programmiamo la formazione ...

nonostante il peccato originale di mancanza di personale, ci ha portato a programmare la formazione su determinati obiettivi delle unità operative, quindi a legare la formazione al risultato organizzativo e questo potrebbe anche portare alla creazione di nuovi modelli organizzativi;

l'obbligo ECM ha permesso di evidenziare l'esigenza di avere più risorse di personale e quindi di ripensare i modelli organizzativi e rivedere l'analisi dei bisogni di personale;

... l'ECM per me è stata un'opportunità ... questo dovere per le Aziende di fornire la formazione e per gli operatori di conseguirla ha portato a cambiare delle cose, introdurre nuove modalità operative, introdurre nuove modalità organizzative ...

ha obbligato a ripensare l'organizzazione della formazione a livello dell'Azienda.

In conclusione i diversi gruppi hanno soprattutto condiviso la consapevolezza che la formazione è una leva strategica, uno strumento di supporto al soddisfacimento dei bisogni aziendali.

I responsabili degli Uffici formazione hanno sottolineato dal canto loro anche la necessità di una maggiore visibilità della formazione connessa al potenziamento delle strutture, alla valorizzazione del proprio ruolo e agli oneri di lavoro.

I responsabili dei Servizi infermieristici hanno sottolineato l'impatto della formazione sul tempo di lavoro e l'occasione di ripensare a una migliore funzionalità dei servizi (Trento).

Sponsorizzazioni

La tematica delle sponsorizzazioni è stata affrontata solo in alcuni *focus group* e questo condiziona la rappresentatività delle risultanze e riduce le possibilità di analisi dei diversi punti di vista. In ogni caso, tra i soggetti rispondenti sono emerse due tendenze contrapposte. In alcuni casi ha prevalso una rappresentazione positiva delle sponsorizzazioni:

"ininfluente" sullo svolgimento degli eventi formativi, o addirittura di "garanzia" per la qualità;

nella mia esperienza tutti gli eventi che le società scientifiche organizzano hanno dietro degli sponsor, ma l'interferenza sui contenuti non c'è mai stata;

nella mia esperienza la qualità delle iniziative è sempre stata buona ... non c'era quest'invasione della ditta rispetto all'argomento e il livello generale era di ottimo;

La mia idea è che maggiore è il numero di sponsor presente all'evento maggiore è la garanzia di qualità;

Io posso dire che gli sponsor ... la loro presenza è stata tanto discreta da non essere assolutamente avvertita ... poi molto dipende dalla nostra attenzione;

in aula si è stati accorti a tutte le cautele possibili e immaginabili;

quelle poche volte che lo sponsor c'è stato era una situazione estremamente discreta che non entrava assolutamente nel merito né degli argomenti né dell'aula;

Ultimamente abbiamo fatto degli eventi, hanno partecipato degli sponsor, però, diciamo, sempre sotto una veste piuttosto discrezionale;

gli sponsor sono stati sempre molto professionali, molto rispettosi della libertà di pianificazione dei contenuti scientifici e della formazione;

nei casi in cui abbiamo fatto corsi con sponsor, la presenza dello sponsor è stata molto discreta, quindi non siamo stati condizionati assolutamente, né nella didattica né nell'organizzazione;

in tutti i corsi con gli sponsor è stato veramente una presenza molto, molto discreta, quindi non ci ha assolutamente disturbato l'evento formativo, non c'è stata pubblicità diretta, non c'è stato niente del genere;

a livello di contenuti non c'è mai stato nessun tipo di influenza da parte degli sponsor presenti.

Un altro aspetto che connota in maniera positiva il giudizio della maggior parte dei rispondenti riguarda il valore dello sponsor, in quanto risorsa economica per le Aziende:

io non ho mai condiviso la scelta di tenere fuori completamente gli sponsor dagli eventi formativi ... uno perché la formazione costa e le aziende farmaceutiche scaricano dalle loro dichiarazioni dei redditi ciò che spendono in formazione per cui spendono anche volentieri. e non vedo perché le aziende sanitarie debbano spendere di più loro quando potrebbero investire altrove queste risorse in più ...

se la metà delle risorse destinate alla formazione fossero destinate ad altro e ci fosse chi, come gli sponsor, pagano per la formazione, non sarebbe un male;

i fondi sono molto pochi quindi gli sponsor servono a dare una mano per le spese;

data la necessità di risorse economiche è necessario il finanziamento esterno;

Noi abbiamo avuto una grande mole di eventi sponsorizzati, ed è stata una risorsa diciamo economica, per la formazione;

d'altra parte bisogna comunque vedere che le risorse per la formazione sono poche, e quindi, in qualche modo, ben vengano risorse esterne;

ci ha consentito, data la scarsità assoluta di risorse finanziarie, di fare qualche buon corso;

non trovo particolarmente negativa la sponsorizzazione, perché è assolutamente importante che arrivino risorse, se è possibile;

lo sponsor in sostanza si fa carico, in tutto o in parte, dei costi relativi all'organizzazione dell'evento e questo è molto positivo;

In alcuni casi ci aiutano a "risparmiare" un po' di soldini che possiamo investire per gli altri corsi.

In particolare, alcuni direttori di Unità operativa complessa e dirigenti di Servizi infermieristici hanno richiamato l'attenzione sulla possibilità di ottenere dagli sponsor non solo un "sostegno economico", ma anche un supporto di tipo organizzativo nella gestione-realizzazione di attività formative:

tutta la pratica ECM è un problema dal punto di vista burocratico molto pesante che ricadeva tutto su di noi, nessuno di noi aveva segretarie, non siamo all'università ... e su questo, la parte sponsor, ci risolve questi problemi organizzativi;

e un supporto tecnico nell'addestramento all'utilizzo delle attrezzature:

dove ci sono gli sponsor, generalmente, puntano molto sull'uso delle attrezzature, per cui questo tipo di aiuto io lo vedo come un qualcosa di positivo, perché non dobbiamo assumerci noi l'onere di dover insegnare l'uso di queste attrezzature.

In contrapposizione con questa opinione, alcuni dirigenti di Servizi infermieristici e di Unità operative complesse hanno espresso un giudizio negativo dello sponsor quale fonte di "inquinamento" dei processi formativi:

il motivo per avere estrema cautela c'è ed è confermato ... sul tema esistono ricerche internazionali, ma anche ricerche locali, nazionali, che hanno messo in chiaro che l'inquinamento nei processi formativi da parte degli sponsor delle case farmaceutiche è parecchio alto;

È un po' rischioso che gli sponsor facciano la loro pubblicità e la loro propaganda ... e questo è inquinante ...

La mia impressione è che comunque la scientificità ricercata nell'evento è tarata sul prodotto da vendere;

... io questa presenza la sento ... e anche gli operatori col fatto che gli pagano la tassa, l'albergo, il ristorante eccetera ...

... anche da quello che si può rilevare dalle locandine o i programmi di questi eventi sponsorizzati si comprende che c'è comunque un peso dello sponsor, rispetto a quello che vuole sponsorizzare.

Infine, forse perché coinvolti più direttamente nei processi di erogazione e gestione delle attività formative, a tutela della qualità della formazione i responsabili degli Uffici formazione hanno espresso la necessità di norme e procedure precise che disciplinino l'utilizzo degli sponsor:

i rapporti con lo sponsor, secondo me, devono essere governati e gestiti con una correttezza dal punto di vista deontologico;

penso che anche in questo ambito si possono fare dei codici deontologici o rispettare delle regole reciproche;

... servono norme di garanzia per poterlo fare ... è scandaloso che queste sponsorizzazioni sono lasciate alla semplice e buona volontà ...

Ci vogliono delle regole che governino questo sistema;

Ci vogliono delle regole, ci vogliono dei codici e ci vogliono dei soggetti che controllano l'applicazione di questi codici e devono essere esterni;

A questo scopo sarebbe utile pensare a delle regole comuni per uniformare un po' il comportamento di tutti;

andrebbe normata la sponsorizzazione, perché ogni zona lavora un po' come crede;

credo che sia importante definire veramente la modalità di usare lo sponsor per tutte le Aziende sanitarie ed ospedaliere in modo da essere certi di agire, non solo col buon senso, ma anche con la massima legalità.

Si può concludere pertanto che vi siano opinioni non del tutto condivise sulle sponsorizzazioni anche se in maggioranza favorevoli e con la sottolineatura della necessità di regole e procedure per disciplinarne l'attività.

Metodologie efficaci

La formazione sul campo è stata considerata la metodologia didattica più efficace per l'apprendimento e lo sviluppo della professionalità e, in particolare, è stata sottolineata l'opportunità che questa garantisce di ridurre la distanza tra luoghi della formazione e del lavoro. La formazione sul campo consente infatti ai discenti di trasferire immediatamente nella propria realtà lavorativa quanto appreso, aumentando così la possibilità di azione della formazione sui comportamenti non solo del singolo operatore ma anche dell'organizzazione. In tal senso, poiché la formazione non è solo acquisizione di saperi ma anche stimolo per il cambiamento dei comportamenti, le competenze che si ritiene importante sviluppare sono "contestuali" e il luogo di lavoro diviene necessariamente il *setting* privilegiato per la formazione continua:

... la formazione sul campo ... è uno dei punti secondo me più interessanti, più nobili perché consente per lo meno in parte di riempire quel gap che esiste ... diciamo sposta un pochino più l'obbiettivo verso la pratica quotidiana ...

con la formazione sul campo è possibile un confronto aperto senza ruoli o ufficialità da ricoprire, in cui ognuno, diciamo, si ritrova nella situazione, cerca di ritrovarsi nella situazione di tutti i giorni e di affrontare con la propria scienza e coscienza, affrontare il problema che viene posto;

il gruppo di lavoro, ecco il lavoro sul campo diviene determinante, perché la logistica, la situazione lavoro, i processi lavoro determinano chiaramente il raggiungimento di competenze capitalizzabili, in quel contesto;

posso dire con sicurezza che la formazione sul campo che si svolge direttamente sul luogo di lavoro è quella sicuramente più efficace, perché è finalizzata a migliorare la qualità e l'organizzazione del lavoro, e a cercare quindi di risolvere le criticità rilevate nell'ambito delle varie procedure di lavoro ma anche di creare procedure nuove condivise sul fronte per esempio della qualità e dell'accreditamento;

mi sembra che tra le metodologie più efficaci si possa sicuramente annoverare la formazione sul campo, in quanto è quella che maggiormente contestualizza la formazione ...

la formazione sul campo direi che ha un'efficacia importantissima;

secondo me sono molti importanti i gruppi di miglioramento, che hanno prodotto dei risultati anche concreti di cambiamento nelle attività di gestione;

con la formazione sul campo si riesce a trasformare le conoscenze in fatti ...

la nostra formazione deve arrivare a dare delle basi per dare delle risposte, che non siano quelle del singolo professionista ma che siano una risposta di sistema, quindi, io vedo molto anche la formazione intesa come la possibilità di riuscire a realizzare delle risposte effettivamente di sistema;

Questo, infatti, crea anche coesione all'interno dei gruppi e quindi riusciamo, oltre che a far apprendere contenuti, a modificare l'organizzazione e creare anche coesione;

Per quanto riguarda la formazione sul campo ... dà delle grandi possibilità per incidere sull'organizzazione.

Un altro punto a favore della formazione sul campo è stato la possibilità che questa offre di risolvere il problema dell'impatto della formazione sul tempo di lavoro, che spesso rende molto difficile la gestione del personale:

È il tempo che le persone dedicano a fare formazione che viene sottratto all'attività, e che, essendo la formazione consistente, a questo punto francamente le ore di formazione si sentono. La formazione sul campo consente di ridurre questo problema.

Alcuni dirigenti di Servizi infermieristici della Toscana hanno rilevato la mancanza di criteri omogenei per la gestione della formazione sul campo, quindi difficoltà nella progettazione, e anche il rischio di autoreferenzialità:

... aumenterei molto la formazione sul campo ma non così com'è fatta adesso. Non è vero che la FSK è una metodologia conosciuta e non è nemmeno vero che abbiamo dei criteri omogenei: anzi, è tutta da studiare ma, sicuramente, sarà il futuro;

in quanto alla formazione sul campo ... probabilmente richiederebbe una possibilità di renderla più fruibile e meno burocratica - la difficoltà di progettazione spesso volte scoraggia chi desidera intraprendere questa strada;

Per quanto riguarda la formazione?? la trovo spesso inefficace sul piano personale e sul piano dell'unità operativa ... a volte può anche essere autoreferenziale ...

Anche la formazione a distanza sembra avere trovato il favore di molti, anche se non sono mancate osservazioni relative alla qualità, alla mancanza di contatto tra discenti e docenti, e alla possibilità di verificare l'apprendimento dei discenti:

La FAD espone a rischi in termini di qualità e non dà garanzie di efficacia;

La formazione a distanza mi sembra dia una grande possibilità di diffusione delle informazioni ma, sicuramente, non può essere fatta "per tutto e per tutti";

Alcune conoscenze, infatti, non posso che averle tramite la lettura di riviste, di articoli, ecc., ma lo vedrei come un requisito di fondo, continuo ... importante però se associata ad altre forme;

io la vedo una cosa estremamente lontana, e proprio perché lontana poco calata nelle realtà che ci servono, con una, sicuramente, difficoltà nel confronto diretto, nel lavoro a piccolo gruppo, per cui la vedo una cosa lontana e come tale, secondo me, deve rimanere;

Ritengo che la formazione a distanza abbia sicuramente i suoi risvolti positivi;

la FAD ha dei grossi limiti rispetto all'interattività;

personalmente, io la limiterò sempre perché si impara insieme, non a distanza.

I responsabili degli Uffici formazione e i direttori dei Servizi infermieristici hanno posto l'accento sulle metodologie interattive. L'aspetto principalmente evidenziato riguarda la possibilità di stabilire relazioni attive tra i partecipanti, coinvolti in processi di "messa in gioco individuale", di apprendimento riflessivo, centrati sui problemi in cui vi è un rinforzo e un *follow up* di riflessione:

l'interazione, la partecipazione anche con piccoli gruppi o laboratori sono le forme migliori, la relazione così e basta, senza che c'è interazione, adesso, diciamo, credo che non abbia più senso;

la vera formazione, a mio avviso, è quella che nasce dall'interazione, dal clima d'aula, da quello che le persone si dicono direttamente, spontaneamente, dagli scambi diretti ... si impara molto insieme;

la formazione interattiva è sicuramente la più efficace dal punto di vista didattico;

le metodiche cosiddette attive ... tutte le strategie che possono sollecitare una attenzione e una motivazione da parte dell'adulto, che sono sicuramente quelle che comunque lo coinvolgono;

quelle metodologie che mettono in gioco l'adulto, di mettere in gioco i professionisti, insieme ad altri;

le metodologie che, che sono più efficaci, sono quelle che coinvolgono direttamente il discente, anche quando c'è la lezione magistrale;

la metodologia attiva è sicuramente più efficace perché loro in quel contesto si sentono coinvolti;

... sempre più invece bisogna andare a utilizzare metodologie di focus, di piccoli gruppi, di audit ... come dire, esperienziali, di outdoor, dove in qualche modo la persona si mette anche in gioco ...

Alcuni responsabili di Uffici formazione delle Marche e del Lazio hanno sottolineato quali aspetti fondamentali delle metodologie interattive l'importanza del ridotto numero dei discenti e della dimensione "grupuale". Questi aspetti giocano un ruolo importante a favore dell'apprendimento in quanto facilitano l'interazione tra docenti e discenti, nonché un attivo e diretto coinvolgimento di questi ultimi :

... il numero dei partecipanti deve essere basso ...

... dall'esperienza maturata si vede che l'aula deve essere con pochi partecipanti;

il numero dei discenti è molto importante per la nostra ...

la formazione di gruppo è la formazione che produce i risultati più forti e migliori;

Sicuramente i gruppi di lavoro, sicuramente multi professionali, possibilmente, anche se molto difficile, addirittura interdipartimentali o interaziendali;

sicuramente quello che sta funzionando meglio sono sicuramente dei percorsi di gruppo, dei percorsi che partono da bisogni, non solo della direzione, ma anche del gruppo e quindi non imposti, ma nemmeno autoreferenziali ... percorsi tra l'altro che, ovviamente, per la loro caratteristica non si limitano ad incontri di una o due giornate ma vedono i professionisti a livello trasversale.

Aldilà delle specifiche metodologie, tutti sostengono e sottolineano la necessità di coerenza tra queste con gli obiettivi formativi, i contenuti didattici e le professioni coinvolte, come a dire che ciò che fa la differenza non è la metodologia in sé, quanto la coerenza interna del progetto formativo:

Sono parimenti fondamentali le lezioni magistrali e le attività sul campo a seconda degli obiettivi che ci proponiamo;

riesce difficile parlare di metodologia formativa, sganciata da specifici obiettivi o categorie di obiettivi;

se si devono sviluppare le conoscenze sono chiaramente internet o la FAD ad essere privilegiate per l'acquisizione, mentre se si parla abilità tecno-professionali è chiaro che allora il lavoro sul campo diviene determinante ... Se invece si parla di capacità relazionali tra professionisti e professionisti e l'utenza, è chiaro che allora si usano altre metodologie, che possono essere più attive sulla relazione;

la metodologia didattica va anche calibrata sulla tipologia dell'intervento e del progetto ...

... ritengo sia necessario considerare quello che sono gli obiettivi e quindi anche i contenuti del corso ...

dipende da che cosa si vuole. Ci sono delle cose che si imparano nel corso residenziale, e che servono; vi sono altre cose che possono sottrarsi da un corso residenziale ma da farsi tramite una FAD;

molto dipende dal tipo di argomenti ma anche dal tipo di competenze che vogliamo andare a discutere, approfondire, apprendere;

dipende dall'obiettivo che si vuole raggiungere ... se uno vuole conoscenza è diverso rispetto ad acquisire abilità pratiche;

Quindi la formazione deve essere, diciamo, vista di volta in volta, a secondo a chi è destinata;

... un tipo di formazione il più personalizzata possibile.

Anche il docente/formatore, per il suo ruolo istituzionale di *leader*, è considerato un elemento qualificante per l'efficacia formativa in rapporto alla sua *expertise* e alle sue capacità relazionali e di gestione dell'aula:

efficaci sono quelle metodologie che richiedono un coinvolgimento e un sostegno da parte di una figura di riferimento veramente significativa ... c'è sempre il rischio che tutto decada nel momento in cui la conduzione non è forte;

In ogni caso le migliori metodologie sono anche quelle più costose in termini di competenze umane da mettere in campo per la conduzione dei gruppi. Non sempre a livello organizzativo, ci sono le risorse interne così competenti, a volte bisogna ricorrere all'esterno;

secondo me è molto importante il formatore in se, cioè proprio il docente, che al di là della conoscenza della materia, deve avere anche la capacità di coinvolgere, perché non tutti sono capaci di comunicare, di coinvolgere, cioè, allora a quel punto, se uno è bravo a coinvolgere, a prendere, ad alleggerire la situazione;

fondamentale è che i formatori siano dedicati alla formazione ...

ci devono essere i professionisti preparati non serve acquisire lo strumento e basta.

Altrettanto condivisa dalla maggior parte dei professionisti è l'importanza di combinare tra loro diverse metodologie didattiche per potenziare il raggiungimento dell'obiettivo di crescita e sviluppo non solo del singolo ma anche dell'intero sistema organizzativo:

è meglio avere un set di metodologie didattiche da finalizzare al tipo di approccio che noi dobbiamo realizzare;

Poter avere comunque diverse tipologie credo sia un fatto molto positivo;

Ottimo sarebbe un insieme delle diverse modalità didattiche;

Io vedo molto significativa modalità formative integrate, nel senso che può essere il momento di formazione residenziale, aggiunto a un momento di formazione a distanza e, sicuramente, deve essere legato anche a un momento di formazione sul campo;

io credo che la formazione debba essere integrata ed orientata su cambiamenti a livello di reparto ... quindi è fondamentale dare conoscenze ma anche dare un momento di riflessione - anche distaccandosi da altre attività prendendosi dello spazio per poter fare questo - condividere e poi sperimentare.

Solo i direttori di Unità operativa complessa dell'Emilia-Romagna hanno individuato come efficace per l'apprendimento e il cambiamento organizzativo la formazione fuori sede, in particolare *stage* presso altre strutture di formazione anche fuori regione:

Nella nostra esperienza, uno delle modalità di formazione più efficaci è quello della permanenza di una persona in altra struttura per un certo periodo ... questa è una delle modalità formative più efficaci, perché questa qua in realtà è efficace, l'ho mandato lì ad apprendere quella roba lì perché mi serviva e quando torna sicuramente la fa, e quindi ho anche modo di verificare la ricaduta;

è fuori casa in realtà che probabilmente apprendiamo le cose più interessanti;

bisogna guardare fuori da casa nostra e far sì che ci sia del personale che si muove, si sposta ...

... L'ultimo punto è quello della frequenza esterna, dell'inviare professionisti all'esterno della propria struttura, in centri di più alto livello, di più alta qualificazione e in centri di eccellenza proprio per apprendere, o metodiche di lavoro che poi devono riportare all'interno.

Gli aspetti condivisi sono stati quindi l'importanza della formazione sul campo e della formazione a distanza, delle metodologie interattive (soprattutto responsabili degli Uffici formazione e dei Servizi infermieristici), di metodologie coerenti con obiettivi, argomenti e professioni coinvolte e delle qualità del docente/formatore.

Sono stati sottolineati anche altri aspetti e in particolare: dai direttori dei Servizi infermieristici della Toscana la necessità di criteri omogenei per la formazione sul campo, dai responsabili degli Uffici formazione delle Marche e del Lazio la dimensione grupppale e il ridotto numero dei partecipanti, e infine dai direttori di Unità operative complesse dell'Emilia-Romagna l'importanza della formazione fuori sede.

Docenza e tutorato

L'evoluzione dell'offerta formativa e delle metodologie didattiche utilizzate (e accreditate ECM) in questi anni è stata coerente con lo sviluppo dei moderni sistemi di supporto dei processi di apprendimento degli adulti come *stage*, tirocini, gruppi di miglioramento, *audit*, ecc. Conseguentemente, si è evidenziata la necessità di un'articolazione maggiore delle tipologie professionali da coinvolgere nelle attività formative. In particolare si è reso necessario prevedere specifiche figure nel governo del processo di apprendimento, come quella del tutor oltre alla figura classica del docente che viene in un certo senso "rinnovata" (*coach, counselor, mentor*).

Esistono quindi diverse opportunità per gli operatori sanitari di svolgere un ruolo di docente o tutor, sia nella formazione continua che nei corsi di laurea o di specializzazione. Assumere il ruolo di docenti/tutor ha rappresentato per i diversi professionisti un'importante occasione di crescita e ha "risvegliato" in molti la motivazione e la soddisfazione per il proprio lavoro:

A mio parere coinvolgere i nostri collaboratori, medici, infermieri come docenti o tutor è un'esperienza assolutamente positiva, perché costringe in modo più diffuso persone a mettere a fuoco un argomento, a costruirsi delle diapositive, a cercarsi la videografia ad aggiornarsi e ad imparare una metodologia di comunicazione e di esposizione;

è certamente un'opportunità di crescita di tutti gli operatori e collaboratori che vengono coinvolti;

... ho visto questo personale ri-motivato, quindi diciamo è stato un momento di soddisfazione del proprio lavoro.

Anche per le Aziende la possibilità di impiegare il proprio personale come docente nelle attività formative costituisce una grande opportunità, in quanto parte integrante del contesto di lavoro del quale condivide dinamiche e problematiche e perché consente la realizzazione di una formazione più contestualizzata:

I docenti nostri sono una grossissima risorsa ...

per far fare i tutor alla gente ci vuole del tempo, perché non può essere che uno, dice studio la sera forse, ci vuole qualcuno che fa l'attività, cioè la docenza è una funzione interna dell'essere professionisti dell'azienda USL ...

... Il docente fatto in casa, comunque vive in quella realtà, e comunque deve confrontarsi con i discenti che in quel momento stanno in aula e poi se li ritrova in reparto, e credo che questo è magari con molta fatica, però è una buona scuola per indurre a non dire sciocchezze, o a comportarsi in modo poco professionale;

È necessaria una docenza fortemente presente sul posto, per poter spiegare cose che altrimenti richiederebbero oltre che libri, moltissimo tempo.

Per alcuni responsabili della formazione la preferenza di docenti interni rappresenta anche un vantaggio economico, grazie al quale è possibile mantenere la spesa nei limiti programmati:

... è un'opportunità ma anche un obbligo. Per zone come la nostra con un budget ai limiti del ridicolo, è stato necessario attivare tutte le docenze interne possibili;

... noi abbiamo avuto un taglio delle risorse del 10%, per cui si è quasi imposto l'utilizzo di docenti interni e tutor.

Tuttavia questa valorizzazione delle risorse interne, per quanto vantaggiosa sotto diversi aspetti, rischia di mantenere il livello della professionalità dei ruoli didattici in una sorta di improvvisazione del mestiere col rischio di autoreferenzialità. È stato infatti evidenziato che confrontarsi con il ruolo di docente/tutor è un'opportunità che comporta anche delle responsabilità:

tali ruoli non possono essere lasciati all'improvvisazione di ognuno ma richiedono doti personali e soprattutto una preparazione ad hoc;

... è comunque richiesto uno studio approfondito specifico ed aggiornato; bisogna tarare gli interventi al gruppo che si ha davanti, agli obiettivi che si vogliono raggiungere, ecc. e tutto questo richiede studio e preparazione;

... tutor e docenti non ci si improvvisa!;

Per me un bravo docente è colui che riesce a trasferire le sue conoscenze e le sa esplicitare nella pratica ed è in grado di utilizzare bene le tecniche didattiche;

Io credo che i docenti e i tutor debbano avere attitudini e anche conoscenza e, comunque attitudini e capacità proprio dal punto di vista della tecnica, della modalità, di insegnare o comunque di seguire una persona.

I responsabili della formazione, relativamente a questo ultimo aspetto, hanno auspicato un potenziamento delle competenze dei docenti attraverso una formazione *ad hoc*:

... al di là dei contenuti, non sempre le persone che abbiamo di fronte sono in grado di porgere il contenuto in una maniera adeguata;

... sarebbe necessario fare un corso serio, su come si trasferisce le informazioni, su come fare docenza, questo dovrebbe essere un nostro impegno da trasferire in Azienda;

... potrebbe essere molto utile fare, anche pensare a dei corsi di formazione per come, per come, per formatori proprio, cioè per come insegnare, perché diventa, diventa fondamentale.

Relativamente agli aspetti da monitorare o da approfondire, quasi tutti gli intervistati hanno evidenziato la necessità di una verifica delle competenze dei diversi ruoli di docente e tutor attraverso criteri di selezione a monte e di valutazione a valle e attraverso la valutazione dei discenti. I responsabili della formazione delle Marche e della Toscana che hanno partecipato ai *focus group* hanno auspicato la possibilità di predisporre apposite "graduatorie" soprattutto per i docenti, a cui attingere o di cui tenere conto nella progettazione formativa:

... bisognerebbe avere una graduatoria, un elenco dei docenti che sono risultati accettabili, positivi, da tutti i punti di vista;

... iniziare quel processo di valutazione delle docenze, che credo che sia inderogabile;

... selezione dei docenti e a valle la valutazione dei docenti sulla qualità del percorso formativo che quel singolo docente ha portato in aula ...

... se vogliamo garantire la qualità dell'esperienza formativa dobbiamo anche verificare la qualità dei docenti che utilizziamo.

I direttori dei Servizi infermieristici e i responsabili degli Uffici formazione della Toscana, in particolar modo, hanno evidenziato l'esigenza di valorizzare la figura del tutor che rispetto a quella del docente, è meno strutturata/definita e quindi riconosciuta:

... credo che vadano incrementate le forme di tutorship e di accompagnamento, perché credo che sia importante aiutare, accompagnare le persone;

La tutorship è sicuramente importante ... non sempre è riconosciuta, anzi, a volte dobbiamo lavorare molto per farla riconoscere ... in questo senso si potrebbe effettivamente valorizzarla e formalizzarla in qualche modo;

La figura del tutor, secondo me, è da sviluppare maggiormente proprio perché se volgiamo indirizzare la formazione su momenti di stage, ci vuole una maggiore presenza di tutor nei reparti, e anche lì da sviluppare maggiormente ...

Invece dal mio punto di vista un qualcosa di più merita il tutor. Qui, secondo me, non abbiamo esperienze consolidate comuni, ognuno ne dà forse un'interpretazione diversa e credo invece che sia un campo da valorizzare anche, mi permetto di dire, sul campo contrattuale e credo che una partita che debba essere spesa bene, anche a livello di contrattazione collettiva ... credo che dobbiamo trovare delle forme anche di incentivazione per, come dire, valorizzare questo ruolo ...

Gli aspetti condivisi sono stati pertanto la convinzione che la funzione di docenza sia un'occasione di crescita e che abbia "risvegliato" la motivazione e la soddisfazione per il lavoro, e che siano necessari una preparazione specifica e criteri di selezione e valutazione delle competenze.

I responsabili degli Uffici formazione in particolare hanno sottolineato l'importanza per l'Azienda della valorizzazione dei professionisti interni, la necessità di potenziarne le competenze e di predisporre apposite graduatorie.

Qualità della formazione erogata

Per quanto riguarda le modalità con cui valutare la qualità della formazione erogata, tutti i partecipanti hanno evidenziato la necessità di non ridurre la valutazione al momento dell'apprendimento, e tanto meno al gradimento di fine corso.

Il primo livello di valutazione di un corso, la reazione dei partecipanti appunto, è ritenuto poco efficace e attendibile. Il gradimento delle iniziative viene infatti valutato a volte molto velocemente a fine corso, ed è collegato a fattori legati a specifici momenti:

... il gradimento dell'evento è una cosa, a cui io do onestamente un peso molto modesto. Il questionario onestamente, soprattutto negli eventi un po' complessi, fa solo perdere tempo ...

a volte infatti il partecipante conta molto sulla simpatia o su altre cose che via via si aggiungono. Il gradimento secondo me è solo uno degli indicatori.

Lo strumento per la verifica dell'apprendimento, nella maggior parte dei casi rappresentato da un questionario o da una prova pratica, non è considerato sufficiente per valutare la qualità della formazione erogata. Viceversa la valutazione delle ricadute, in termini sia individuali sia organizzativi, è considerata l'unico valido indicatore in grado di verificare sia gli apprendimenti sia il loro trasferimento nel contesto lavorativo:

Quali potrebbero essere le modalità con cui valutare la qualità della formazione erogata. Indubbiamente, assolutamente, prima di tutto la ricaduta che noi abbiamo nei comportamenti delle persone che fanno le esperienze formative, la ricaduta soprattutto è questa ... la formazione ha un costo, un costo umano, un costo economico, deve essere però utilizzata rispetto a un disegno generale che è dentro l'Azienda;

Per me fondamentale è la verifica dell'impatto concreto della ricaduta sulla organizzazione, al di là, molto al di là, del gradimento del singolo gradimento del corso;

... per quanto attiene la valutazione della qualità della formazione erogata, dipende dai punti di vista, dal punto di vista del responsabile del progetto, da qui, cioè dal punto di vista di colui il quale ha promosso il progetto o l'evento, l'unica valutazione è quella, naturalmente a posteriori, nel senso di ricaduta, naturalmente, della formazione sull'Unità operativa e quindi una valutazione dei risultati nel tempo ...

L'aspetto della ricaduta è molto importante, magari per alcuni corsi - non dico tutti perché ci sono corsi di un certo tipo che non potrebbero averlo - si dovrebbe pensare alla misurazione delle ricadute. Quindi bisognerebbe che il corso avesse un seguito, un follow up, dopo un mese, o dopo 6 mesi, con modalità atte a sapere se qualcosa è cambiato rispetto a 6 mesi prima;

... la ricaduta, è la più efficace per vedere se le cose sono state apprese e tradotte nell'attività clinica o di altro ambito, è chiaro che quindi la valutazione non dovrebbe essere sul minuto, ma deve riguardare un periodo di tempo, non dovrebbe essere rivolta solo alle persone che hanno frequentato il corso ma anche a quelle che lavorano con loro, perché hanno modo per ricevere, conservare, verificare l'efficacia.

Insieme all'analisi dei bisogni formativi, la valutazione è giudicata la fase più importante del processo formativo perché rappresenta la logica conseguenza di un processo il cui fine ultimo è l'apprendimento/cambiamento. Nonostante questo, si è notato che essa è anche l'attività meno praticata e approfondita. Alcune spiegazioni sono state fornite dai rispondenti, che la ritengono un'attività complessa, non priva di difficoltà, e per la quale sono necessarie risorse in termini di tempo, costi e professionalità dedicate:

... realizzare questo vuol dire un impegno di risorse!

... sulla valutazione a distanza un po' è anche legato al fatto che le risorse sono abbastanza limitate e quindi legate a singole esperienze.

È emersa da quasi tutti i soggetti intervistati la necessità di costruire indicatori di impatto che possano facilitare il lavoro di valutazione a distanza di tempo sul campo. Tali indicatori andrebbero condivisi a livello aziendale ma anche e soprattutto a livello interaziendale, tra colleghi, e con la propria regione:

io parlerei intanto dell'importanza di trovare degli indicatori comuni per poter confrontare, per fare valutazione a distanza;

La valutazione invece a distanza, la valutazione d'impatto, è possibile soprattutto per quella tipologia di corsi cui accennavamo prima. Il laboratorio formativo che deve condividere procedure applicative può tranquillamente tradursi, concludersi con la definizione di indicatori da parte dei partecipanti al corso, indicatori di efficacia nel tempo;

Sarebbe facilitato se ci fosse un sistema di indicatori e di standard verificati EBM, nel senso, basati sull'evidenza che possa servire per la misurazione delle attività formative.

Nonostante le difficoltà riscontrate, alcune Aziende sanitarie hanno realizzato iniziative episodiche di valutazione a distanza, come dimostrano alcuni esempi raccontati dai responsabili della formazione che hanno espresso l'auspicio che possano diventare prassi di lavoro consolidate per valutare l'impatto e l'efficacia di un corso in termini di cambiamento delle prestazioni lavorative:

... noi abbiamo fatto per due corsi un follow up dopo 6 mesi e dopo 1 anno, e abbiamo visto, per esempio, che un corso in cui c'era molta manualità dopo 1 anno c'era ancora il 70% di ciò che era stato appreso del corso. Mentre nel corso in cui c'era meno manualità già a 6 mesi eravamo al 50%;

... nei nostri progetti, nei nostri obiettivi di budget, proprio come unità operativa, abbiamo questo, numero di corsi seguiti da follow up e da verifica degli indicatori, numero di corsi seguiti da verifica di processo, e intendiamoci bene i numeri cioè lo standard è molto basso, cioè tipo tre corsi seguiti da verifica di processo, tre corsi seguiti da follow-up e valutazione d'impatto, questo magari nel 2005, che poi diventano quattro nel 2006 e diventano cinque nel 2007.

La valutazione dei risultati della formazione in termini di ricadute non può prescindere dal tipo di obiettivo che il corso si propone. Non occorre quindi prevederla per tutte le tipologie di formazione come i convegni/seminari volti a un accrescimento, consolidamento di conoscenze teoriche. Secondo quanto espresso da tutti i rispondenti non è possibile inoltre parlare di valutazione delle ricadute senza considerare la valutazione dell'intero processo formativo che comincia in fase di progettazione:

La verifica di qualità del processo comporta riprendere in mano i punti critici del percorso formativo, della progettazione formativa e vedere ex post che cosa è successo. La valutazione invece a distanza, la valutazione d'impatto, è possibile soprattutto per alcune tipologie di corsi ... in cui è possibile definire degli indicatori di efficacia nel tempo;

... come valutare la qualità non della formazione erogata, ma della programmazione di un intervento formativo ... la qualità di processo, cioè una verifica di processo del percorso formativo erogato.

Molti progetti formativi falliscono proprio perché non contestualizzati nelle problematiche del contesto generale, in quelle del proprio luogo di lavoro, in quelle del proprio ruolo professionale, e non coerenti nella progettazione. La coerenza interna di un progetto formativo è importante perché è la *conditio sine qua non* per la valutazione della qualità del corso. Un progetto è coerente al suo interno quando gli obiettivi di apprendimento si traducono in metodologie, contenuti e modalità di valutazione dei risultati appropriate e coerenti tra loro.

Oltre alla coerenza interna, un progetto formativo deve essere coerente a livello macro, con il contesto generale rappresentato dal contesto sanitario, caratterizzato da evoluzione del quadro epidemiologico, organizzazione, sistemi di accreditamento, governo clinico, ruolo del professionista:

Credo che si possa riassumere in un binomio: qualità = coerenza fra tutte le parti dell'evento e con l'esterno. Il che significa dal collegamento tra gli obiettivi a cui io aggiungerei i contenuti, le metodologie, le modalità di valutazione. Un corso ha qualità e credo di poterla definire tale, se c'è grande coerenza interna tra chi ha strutturato il percorso, chi lo pensa, chi lo fa ... Tutto questo deve essere molto coerente al proprio interno ma anche all'esterno, nel senso che deve essere inserito nel contesto generale;

... l'importante è partire dall'analisi del sistema ...

Nella valutazione della qualità interna di un corso, i responsabili infermieristici della Toscana in particolar modo hanno evidenziato l'importanza della valutazione della docenza e la possibilità di introdurre anche per i docenti degli indicatori espliciti e verificabili:

Credo che si debba partire, diciamo così, anche da questo, cioè i docenti devono essere valutati con sistemi resi anche, come dire, espliciti e visibili, quindi non con dei meccanismi che non siano conosciuti, perché è giusto in qualche modo che siano strutturati.

Il legame tra organizzazione e formazione non solo è desumibile dalla tensione che i soggetti intervistati sentono nel valutare la qualità di un corso dalle ricadute in termini di risultati all'interno della propria realtà, ma è stato ribadito esplicitamente da alcuni:

L'evento formativo non può essere fine a se stesso. Mi sembra che la qualità sia raggiunta concretamente nel momento in cui l'evento è la parte di una serie di eventi formativi, che hanno un filo conduttore, che portano ad obiettivi più generali;

... se la formazione non cresce dal basso, cioè non si riconosce la realtà nella quale si va a formare come la propria realtà la formazione fallisce;

... spesso questi due mondi organizzazione e formazione, non è che colloquino tanto, per cui è importante valutare la ricaduta organizzativa.

Gli aspetti condivisi sono stati quindi da un lato l'attenzione per le ricadute, in termini di cambiamento dei comportamenti attuati nella propria realtà lavorativa e, quindi, anche organizzativo e la necessità di indicatori chiari e condivisi per valutare le ricadute; dall'altro l'attenzione per la valutazione del processo formativo (dalla programmazione all'erogazione), della coerenza interna a un progetto ed esterna con il contesto organizzativo e con il sistema sanitario.

I dirigenti dei servizi infermieristici della Toscana hanno sottolineato anche l'importanza della valutazione della docenza e la possibilità di introdurre specifici indicatori, espliciti e verificabili.

Prospettive future

L'ultimo aspetto preso in considerazione riguarda le prospettive per lo sviluppo della formazione continua in sanità e gli aspetti da valorizzare. È risultata comune a tutti l'esigenza di stabilire delle regole condivise a livello nazionale, regionale e di formalizzare, per chi non lo ha ancora, un sistema di accreditamento regionale, che sia più snello nelle procedure ma più "tagliato" sugli obiettivi regionali e aziendali. L'importanza di un linguaggio comune è risultata, a cascata, un elemento importante anche all'interno di ogni singola Azienda e tra Aziende:

Io mi auguro che ci possano essere percorsi unici, un aumento di percorsi unici, praticamente un linguaggio unico territoriale, quindi regionale, un linguaggio unico nazionale, per evitare tutte queste discrepanze e queste autonomie che a volte sono qualitativamente ottimali, quindi portano, aggiungono know how agli altri, a volte sono inevitabili e quindi in questo interscambio, quindi, raggiungere degli equilibri regionali prima e nazionali dopo;

Allora prima di tutto ci auspichiamo un sistema nazionale e qui, quindi, dia le sue indicazioni, si apra la possibilità di un confronto eccetera, anche perché l'Italia è inserita in Europa e il sistema dei professionisti poi quindi le competenze dei professionisti è giusto che ci possiamo agganciare all'Europa per questo aspetto. L'altro chiaramente, dico un sistema condiviso, possibilmente da tutte le regioni, perché i professionisti si muovono c'è mobilità ...

... togliamo le incoerenze, togliamo il fatto che il progetto a livello nazionale, non regionale, di una agenzia privata viene sempre valutato molto di più di quello servizi pubblici, togliamo le incoerenza di questo sistema ...

Per cui, ECM in un sistema eventualmente regionale, meglio, con una snellezza sui crediti, per cui un accreditamento degli eventi formativi un pochino più dettagliato, in modo che anche le aziende sanno come e cosa devono investire nell'anno. Per cui una ripuntualizzazione del sistema dell'ECM.

Tutti gli intervistati hanno sottolineato l'esigenza di puntualizzare alcune tematiche legate ai crediti, rimaste aperte o che ancora necessitano di approfondimenti. Ad esempio, sapere meglio cosa accade a chi non consegue i crediti previsti, il valore numerico dei crediti, il tetto annuale e l'utilizzo di tali crediti:

... una cosa che ancora manca è di completare il progetto ECM in tutte le sue fasi: cosa accade a un professionista che non consegue tutti i crediti?

... se non li raggiungi cosa ti succede? Niente. Oppure se li raggiungi, che cosa e quali sono i benefici?

I responsabili della formazione della Puglia e delle Marche in particolar modo hanno proposto di estendere l'obbligo ECM a tutte le professioni, non solo quelle sanitarie, perché il sistema funziona anche grazie al loro contributo e alla loro professionalità. Inoltre, spesso con le poche risorse a disposizione si tende a destinare quasi tutta la formazione al solo personale sanitario, penalizzando altre figure che concorrono comunque al raggiungimento degli obiettivi del sistema in termini di salute:

... la formazione è leva per il cambiamento, quindi noi dobbiamo fare formazione per tutti, ... quello che io propongo è l'estensione dell'obbligo a degli ECM non soltanto per il personale del ruolo sanitario, ma per tutto il personale delle Aziende; La formazione ECM va estesa a tutte le categorie che contribuiscono a formare il prodotto Sanità, perché se perseguiamo la qualità e la qualità è data dall'insieme di tutti i fattori che contribuiscono alla realizzazione del servizio, tutti devono poter accedere alla formazione ECM.

Nello stesso tempo la maggior parte dei rispondenti ha auspicato un sistema ECM che a partire dall'anagrafe dei crediti, sia orientato al sistema delle competenze (bilancio delle competenze) e garante dello sviluppo dei singoli professionisti, piuttosto che un sistema volto solo a misurare il numero dei crediti acquisiti:

... il passaggio dall'anagrafe al bilancio delle competenze del professionista. Forse sarà questa la sfida da attivare in futuro, non solo un elenco di corsi e di crediti ma anche l'effettivo bilancio delle competenze;

... ritengo che piuttosto che i punti, sarebbe più importante avere un'idea di quelle che dovrebbero essere diciamo una sorta di identificazione di competenze del professionista;

Utile sostenere e sviluppare il sistema ECM facendo in modo che sia garante dello sviluppo delle competenze dei professionisti ...

... l'ECM deve avere l'obiettivo di aiutare il professionista a costruire il proprio percorso di formazione ...

... credo sia necessario lavorare su nuove forme di formazione, nuovi strumenti come il portfolio ...

I dirigenti infermieristici di Trento in particolare hanno posto l'accento sul ruolo che la formazione deve assumere di legame tra professionista e organizzazione, quindi tra obiettivi/bisogni individuali e obiettivi/bisogni aziendali e strategici:

... conciliare l'interesse formativo del singolo a quello dell'organizzazione di appartenenza ...

... collegamento tra competenze personali professionali con le competenze richieste dall'organizzazione per garantire percorsi di sviluppo coerenti.

Più in generale è stata ribadita l'importanza di una formazione mirata, quindi fortemente legata all'analisi dei fabbisogni formativi, "agganciata" alle competenze dei professionisti ma anche e inevitabilmente ai bisogni provenienti dai clienti/fruitori esterni e agli indirizzi generali/strategici dell'istituzione:

Noi raramente facciamo riferimento ai bisogni, o meglio consideriamo i bisogni dei professionisti, raramente consideriamo i bisogni dei nostri utenti finali, dei nostri clienti.. L'altro aspetto è quello, proprio per rispondere anche a questo, credo che dovremmo essere sempre più agganciati nella nostra programmazione al quadro istituzionale di riferimento, che nella nostra regione cambia in continuazione;

... inutile fare una corsa sui crediti ma una corsa, invece, sulla specificità della formazione che deve essere mirata, a secondo dei professionisti, per conseguire quelle competenze tali che possono dare veramente uno sviluppo dell'organizzazione insieme alla formazione.

Comune a tutti è risultata l'esigenza di una crescita valoriale del sistema ECM sotto diversi aspetti. Tutti i responsabili della formazione e i direttori di Unità operativa complessa del Lazio hanno auspicato la valorizzazione del ruolo delle Aziende come organizzatori di eventi, il potenziamento delle risorse assegnate (*budget* e personale) alla formazione e delle figure/attori coinvolti nel processo formativo:

... una definizione della struttura ECM, che dia maggiore credibilità agli sforzi che facciamo;

... valorizzare il ruolo delle aziende come organizzatori di eventi formativi mediante specifici percorsi di accreditamento delle strutture formative e dei ruoli in esse coinvolti;

... mi auguro che la prospettiva sia di riuscire finalmente ad avere risorse adeguate;

... la prospettiva, quella importante del budget assegnato ed adeguato alla formazione erogata dalle varie Aziende ...

... uno degli aspetti da valorizzare nella formazione continua è quello della formazione formatori;

il maggior coinvolgimento di alcune figure e il riconoscimento di alcuni ruoli come il tutor e il responsabile scientifico ...

Gli aspetti condivisi sono stati pertanto la richiesta di regole generali condivise ma certe dell'ECM nazionale e regionale, del ripensamento del significato e del valore numerico dei crediti e dalla crescita valoriale del sistema ECM, l'affermazione del primato della qualità della formazione (mirata, orientata al sistema di competenze) e la necessità del potenziamento della verifica dei risultati.

I dirigenti dei Servizi infermieristici di Trento hanno posto in particolare l'accento anche sul ruolo che la formazione deve assumere in qualità di legame tra professionista e organizzazione, quindi tra obiettivi/bisogni individuali e obiettivi/bisogni aziendali e strategici.

I responsabili della formazione e i dirigenti di Unità operative complesse del Lazio, dal canto loro, hanno sottolineato l'importanza dell'investimento che le Aziende erogatrici di formazione dovrebbero fare in termini di risorse economiche e di personale.

Conclusioni

Le indagini realizzate miravano a verificare se la sperimentazione del primo programma ECM abbia rappresentato fondamentalmente un vincolo oppure un'opportunità per i professionisti e per le organizzazioni sanitarie. Seppure realizzate con strumenti e modalità diversi, sia le indagini quantitative che quella qualitativa hanno esplorato le stesse aree tematiche:

- i cambiamenti quali-quantitativi, prodotti dall'introduzione dell'ECM;
- il bilancio organizzativo e individuale: in che misura l'ECM abbia contribuito a migliorare alcune dimensioni qualitative a livello individuale e aziendale;
- le sponsorizzazioni, per conoscere la percezione dei partecipanti relativamente alla presenza e alla possibile influenza di sponsor durante lo svolgimento delle attività formative;
- l'efficacia delle diverse metodologie formative, per l'apprendimento e per lo sviluppo delle professionalità;
- la funzione di docenza e tutorato, per comprendere le opportunità che gli operatori sanitari hanno di svolgere questi ruoli e identificare quali aspetti sarebbe utile monitorare o approfondire;
- la qualità della formazione erogata, e in particolare quali modalità sono ritenute migliori (più efficaci) per valutarla;
- le prospettive future: il possibile e/o auspicabile futuro della formazione continua in sanità.

Per avere un'idea di quanto questo studio possa essere utile per rappresentare il complesso insieme di opinioni delle persone interessate all'ECM a livello nazionale è anche importante notare che:

- è stato effettuato alla fine del primo periodo di sperimentazione di 5 anni del programma ECM e quindi raccoglie opinioni maturate in un tempo prolungato;
- ha coinvolto un numero di operatori elevato, di numerose aree del Paese, 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.

Le considerazioni che seguono riportano le conclusioni di questo lavoro organizzate in tre dimensioni:

- lo sviluppo di competenze, che analizza le variabili legate ai cambiamenti determinati dal sistema ECM nei professionisti e nei contesti lavorativi;
- il ruolo di sistema, in cui vengono ricondotti i cambiamenti introdotti dall'ECM e la qualità della formazione offerta, a livello di micro e di macro-sistema sanitario;
- e le tipologie formative.

Sviluppo di competenze

I risultati dell'indagine quantitativa evidenziano che l'introduzione del sistema ECM ha influito positivamente sia sulla soddisfazione delle necessità di aggiornamento dei professionisti, sia sul miglioramento delle loro competenze.

A tale proposito, dai *focus* emerge chiaramente che l'ECM ha contribuito ad accrescere l'interesse a formarsi da parte dei professionisti diffondendo una nuova sensibilità e un desiderio a sviluppare le proprie conoscenze e abilità. Secondo i responsabili della formazione, infatti, tutti i professionisti hanno avvertito la formazione come necessità e ciò ha indotto ad effettuare un'attenta analisi dei bisogni formativi e a introdurre sistemi di monitoraggio degli eventi programmati.

Meno positivo sembra essere stato l'effetto sull'organizzazione del lavoro, almeno secondo i risultati dell'indagine volontaria. Ricadute negative sull'organizzazione del lavoro sono anche sottolineate dai responsabili dei Servizi infermieristici, che denunciano l'effetto negativo degli obblighi ECM sulla gestione dei tempi di lavoro. Per contro, la percezione di questo problema ha suscitato, in senso positivo, in alcuni casi, l'esigenza di ripensare i modelli organizzativi e di rivedere l'analisi dei bisogni di personale per fare fronte alle nuove necessità di programmazione della formazione.

Ruolo del sistema

I risultati dei tre filoni di indagine (campionaria, volontaria e *focus*) convergono nell'evidenziare una visione sostanzialmente positiva dell'ECM, connotando questo sistema più come opportunità che come vincolo.

Infatti, con l'ECM è stata garantita l'estensione del diritto alla formazione a tutte le figure sanitarie, con maggiore equità rispetto a categorie professionali (ad esempio gli infermieri) che in passato avevano avuto minori occasioni formative, e si sono create maggiori opportunità di confronto tra professionisti diversi.

L'obbligo di acquisire crediti ha sancito il diritto per tutti i professionisti di formarsi e il dovere del SSN di garantire l'educazione continua. Tale obbligo ha indotto le Aziende a modificare il proprio sistema di lavoro verso una gestione della formazione con parametri di maggiore qualità, in particolare con la costituzione di reti di referenti della formazione e il monitoraggio sistematico delle attività.

Tuttavia, i *focus* hanno messo in evidenza la sensazione diffusa che l'obbligo dell'acquisizione del credito abbia distolto i professionisti dallo scopo sostanziale dell'ECM, quello di migliorare la qualità dei servizi, e abbia scatenato in qualche modo una "caccia al bollino", talvolta svincolata dal proprio profilo, ambito di lavoro ed esigenze formative. A rinforzo di questa percezione, anche i dirigenti di struttura complessa intervistati nei *focus* hanno riconosciuto un'attenzione principale del sistema rivolta alla quantità piuttosto che alla qualità degli eventi.

In controtendenza rispetto a chi pensa che l'ECM abbia eventualmente solo moltiplicato le possibilità di accesso alla formazione, l'indagine quantitativa ha evidenziato che i fruitori dell'ECM considerano gli eventi formativi a cui hanno partecipato di buona qualità e in grado di soddisfare il loro fabbisogno. Questo apprezzamento è stato confermato anche in alcuni *focus*, in cui è stato sottolineato il valore aggiunto per la qualità della formazione, in termini soprattutto di finalizzazione dei corsi, chiarezza nella programmazione e attivazione di un sistema di valutazione dell'apprendimento.

Per quanto riguarda il tema della valutazione della formazione, tutti i *focus* sono stati concordi nell'affermare che non è possibile ridurla al solo apprendimento d'aula né tanto meno al solo gradimento di fine corso. Anche se le esperienze di valutazione a distanza delle ricadute della formazione nell'organizzazione del lavoro risultano essere ancora situazioni isolate, tuttavia si riconosce la necessità di effettuare valutazione di impatto, costruendo indicatori condivisi per la valutazione delle *performance* sul campo. La valutazione del processo formativo nel suo complesso richiede, secondo gli intervistati, una coerenza interna al progetto e una coerenza esterna con il contesto sanitario; rappresenta infatti un'attività complessa per la quale sono indispensabili risorse in termini di tempo, costi e professionalità dedicate.

La maggioranza di coloro che hanno partecipato alle indagini quantitative non ha riconosciuto come rilevante la presenza di sponsor nelle iniziative formative a cui hanno preso parte. Il giudizio emerso attraverso i *focus* è più controverso: in alcuni casi gli sponsor sono stati ritenuti ininfluenti e non inquinanti, addirittura di garanzia della qualità; in altri è emersa invece una visione negativa, di un elemento inquinante del processo formativo.

Se lo sponsor è ritenuto da buona parte dei rispondenti un fattore utile al sostegno economico e organizzativo degli eventi, tuttavia i risultati dell'indagine quantitativa riconoscono un ruolo di grande rilievo alle Aziende sanitarie nella loro responsabilità di organizzazione diretta delle attività di formazione. Alla evidente fiducia che gli intervistati ripongono nella capacità dell'Azienda di offrire formazione, è probabilmente sottesa l'esigenza dei professionisti di partecipare ad eventi fortemente legati agli obiettivi di innovazione e sviluppo aziendali.

Le opinioni sulla capacità di rilevazione dei bisogni formativi da parte delle Aziende sono meno forti e ciò può essere letto come uno scollamento ancora presente tra la percezione delle necessità dei fruitori di ECM e gli obiettivi della committenza aziendale. Peraltro, anche la committenza regionale è vista dai professionisti come proponente obiettivi che non vengono sempre tradotti in modo efficace in attività formative.

Questo elemento di parziale e incompleto collegamento tra obiettivi di macro-sistema e progetti formativi aziendali appare in contrasto con l'affermazione della maggior parte dei dirigenti intervistati nei *focus*, i quali concordemente affermano che con la sperimentazione ECM la formazione diviene leva strategica per il governo dell'Azienda.

Tipologie formative e professionisti coinvolti

È innanzitutto interessante notare che tutte le diverse metodologie formative proposte hanno ottenuto un generale consenso rispetto alla loro utilità ed efficacia. Nonostante questo generale accordo, si sono delineate tuttavia tendenze che vedono le modalità di apprendimento più legate alla pratica e al contesto organizzativo (*stage* e periodi di affiancamento, gruppi di lavoro e di miglioramento, *audit* clinici) prevalere rispetto a modalità più tradizionali (convegni e corsi residenziali). I *focus* hanno messo in risalto come la formazione sul campo contribuisca a ridurre la distanza tra i luoghi della formazione e quelli di lavoro, favorendo la contestualizzazione della formazione e identificando i contesti lavorativi come *setting* privilegiati per l'educazione continua.

Se da un lato l'utilizzo della formazione sul campo ha attenuato l'impatto dell'obbligo formativo sui tempi di lavoro, dall'altro è stata rilevata la mancanza di criteri omogenei per realizzarla adeguatamente, perché a giudizio degli intervistati la metodologia è ancora poco conosciuta e necessita di essere meglio appresa.

Anche modalità formative inconsuete e meno diffuse - quali la lettura di articoli scientifici e la partecipazione a ricerche - hanno ottenuto un ampio consenso. È da notare, in questo ambito, una rilevante differenza di percezione tra le professioni. La lettura di articoli scientifici è più sostenuta dai medici. La partecipazione a ricerche è stata invece sottolineata anche dagli infermieri e sarebbe importante rivedere e valorizzare le opportunità per utilizzarla al meglio come formazione sul campo.

La formazione a distanza rappresenta una modalità innovativa di apprendimento che ha riscosso interesse, ma anche la perplessità di tanti. Nella scala relativa alla percezione del grado di utilità si è collocata all'ultimo posto. Si è evidenziato un rilevante scostamento per professione: in questo caso sono gli infermieri a usufruirne maggiormente, probabilmente per motivi legati a problemi organizzativi. Nei *focus*, la FAD ha suscitato l'apprezzamento di molti pur evidenziando alcune criticità relative alla mancanza di contatto tra discenti e docenti e alla possibilità di verificare l'apprendimento. Tuttavia la si ritiene efficace, soprattutto se associata ad altre tipologie formative.

Rispetto alle nuove metodologie interattive e di sicura efficacia per la connessione con la pratica professionale, sono state tuttavia, in modo piuttosto sorprendente, valutate positivamente anche le metodologie didattiche più tradizionali quali corsi e convegni. Il fatto che tali modalità siano comunque percepite come occasioni utili all'apprendimento può significare che i modelli dei professionisti siano ancora piuttosto tradizionali. Inoltre, queste modalità rischiano una sorta di auto-referenzialità, allontanandosi dalla necessità oggi percepita di lavorare in gruppo per raggiungere risultati condivisi.

Mentre sembra assodato che la formazione debba essere gestita soprattutto come attività interna all'Azienda per le motivazioni già descritte di affinità con gli obiettivi di risultato che questa si propone, è emersa anche per alcuni l'importanza nello sviluppo e nell'innovazione di considerare la formazione fuori sede, soprattutto se permette il contatto con esperti qualificati e la frequenza in centri di eccellenza.

Dai tre filoni di indagine sono poi emerse indicazioni convergenti sull'importanza di combinare tra loro le diverse metodologie didattiche, per potenziare l'obiettivo di crescita e di sviluppo. In questo senso si possono vedere bene integrate, ad esempio, modalità di formazione residenziali con FAD e formazione sul campo.

Gli esperti di formazione intervistati nei *focus* hanno posto l'accento sulla necessità di utilizzare metodologie interattive, che stabiliscano relazioni coinvolgenti tra i partecipanti e stimolino un apprendimento riflessivo e per problemi, combinate all'uso di piccoli gruppi in cui si valorizza la motivazione e l'esperienza dell'adulto discente.

C'è stato poi un assenso completo nel sostenere la necessità di coerenza interna al progetto formativo, cioè tra obiettivi individuati, metodologie di apprendimento più idonee, contenuti e professioni coinvolte. È risultato dunque evidente che il processo formativo necessita per la sua progettazione e realizzazione di formatori esperti, appositamente preparati e dedicati. Il docente formatore è infatti ritenuto dagli intervistati un elemento molto influente sull'efficacia formativa.

Conseguentemente a una maggiore articolazione delle tipologie formative, si è evidenziata anche la necessità di specifiche figure, fondamentali nel governo dei processi di apprendimento: i docenti e i tutor. È emerso un parere largamente condiviso sul fatto che esistano oggi diverse opportunità per gli operatori sanitari di svolgere i ruoli di docenti e di tutor. Con l'indagine quantitativa soprattutto si è rilevato che molti professionisti sono impegnati direttamente nel sistema di formazione, sia esso di base, post-base o di educazione continua e che l'attività didattica è saldamente connessa con l'attività clinica. La maggior parte dei professionisti ha anche dichiarato di ritenere utile essere impegnato in attività di docenza o tutorato, a sottolineare la consapevolezza del valore attribuito a tali attività.

I responsabili della formazione intervistati hanno segnalato la rilevanza dell'attingere a professionisti interni per i ruoli di formatori, in quanto parte attiva del sistema e non avulsi dai contesti nei quali dovrebbero avvenire i processi di cambiamento. A una figura di formatore "fatto in casa", che vive nella realtà, fortemente presente nel posto di lavoro, si associa un professionista con competenze specifiche.

Tutti gli intervistati hanno riconosciuto l'esigenza di valorizzare la figura del tutor, meno strutturata e definita rispetto a quella del docente e oggi ancora poco riconosciuta, nelle specifiche competenze di accompagnatore del processo formativo, di stimolatore e facilitatore dell'apprendimento. Parimenti, è stato sottolineato che a fronte di una diffusione ampia di queste funzioni, non esistono ancora esperienze comuni consolidate, lasciando aperti margini di interpretazione del ruolo.

L'espletamento su larga scala delle funzioni di tutorato e di docenza ha sicuramente rappresentato un'occasione di crescita, di motivazione e soddisfazione dei professionisti interessati, oltre che un'opportunità per l'Azienda di sviluppare innovazione e cambiamento.

In sintesi

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 a 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.
- *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 ininfluente 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.

Prospettive future

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 e 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*

Auspiciando 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.

Bibliografia

- Bassanini M.C. Prima e dopo la 833. *Salute e Territorio*, 55, 1987.
- 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.
- Biocca M. Cinque anni di ECM, tra occhi pesti e fiori all'occhiello. *Janus*, 24: 16-22, 2006.
- Boni S. Programmare il proprio life long learning: professionisti sanitari, ECM e aziende. *FOR*, 65: 81-89, 2006.
- Boni S., De Virgilio G., Guerra R., Guerriera D. (a cura di). Organizzazione e gestione della formazione continua nelle Aziende sanitarie. *Rapporti ISTISAN*, 03/9, Istituto superiore di sanità, 2003.
- Corbetta P. *La ricerca sociale: metodologia e tecniche*. II. Le tecniche quantitative. Bologna, Il Mulino, 2003.
- Delli Zotti G. *Introduzione alla ricerca sociale*. Milano, FrancoAngeli, 1997.
- 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): 112-45, 2001.
- Peck C., McCall M., McLaren B., Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*, 320: 432-435, 2000.
- Piccardo C., Benozzo A. *Etnografia organizzativa*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996.
- Prandi F. Le culture della formazione in sanità. Un'analisi storico-critica dei modelli di apprendimento nel Sistema Sanitario. *FOR*, 68: 69-86, 2006.
- Riccio A., Pazzagli I., Braida M. *La problematica del cambiamento nella formazione professionale: il terziario industriale*. Irpa, 1990.
- Saiani L., Palese A., Benaglio C. Per una formazione ECM "oltre l'aula". *Assistenza infermieristica e ricerca*, 23: 2-4, 2004.
- Tessaro F. *La valutazione dei processi formativi. Per una proposta integrata di evaluation research*. Roma, Armando Editore, 1997.
- Thomas K.G., Thomas M.R., York E.B., Dupras D.M., Schultz H.J., Kolars J.C. Teaching evidence-based medicine to internal medicine residents: the efficacy of conferences versus small-group discussion. *Teach Learn Med*, 17 (2): 130-135, 2005.
- Zammuner V.I. *I focus group*. Bologna, Il Mulino, 2003.

Allegati

Allegato 1. Questionario

ONECM Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina

Programma sperimentale di formazione osservatori

Dove va la formazione continua in sanità? *Indagine sulle opinioni dei professionisti sanitari*

QUESTIONARIO

Gentile Collega,

La invitiamo a rispondere alle domande del seguente questionario, scegliendo la risposta (una sola per ogni domanda) che ritiene maggiormente in grado di rappresentare il suo pensiero.

Il questionario è anonimo e i dati verranno trattati e diffusi in maniera aggregata.

La ringraziamo per la sua preziosa collaborazione.

Note importanti per la compilazione su carta

Il presente foglio è a rilevazione ottica, vogliate seguire le seguenti avvertenze:

Utilizzare esclusivamente penna a inchiostro nero o blu, non piegare o sgualcire i fogli.

Marcare le caselle come da esempio: →

È importante che il segno di marcatura sia all'interno della casellina di spunta.

Per annullare la risposta annerire completamente la casella, ad esempio: →

Note per la compilazione elettronica

È possibile procedere alla compilazione del questionario direttamente dal file semplicemente cliccando con il mouse sulla casella relativa alla risposta prescelta.

Una volta terminata la compilazione è necessario stampare il questionario.

1. **Genere**
 - uomo
 - donna

2. **Da quanto tempo lavora come professionista della sanità (anche con incarichi)?**
 - fino a 5 anni
 - da 6 a 15 anni
 - da 16 a 25 anni
 - oltre 25 anni

3. **A quale dei seguenti raggruppamenti professionali appartiene?**
 - medici
 - infermieri e ostetriche
 - altri professionisti laureati (biologi, chimici, farmacisti, fisici, psicologi)
 - professioni tecnico-sanitarie
 - professioni della riabilitazione
 - professioni della prevenzione

4. **In che tipo di struttura sanitaria svolge il Suo lavoro?**
 - Azienda ospedaliero-universitaria
 - Azienda ospedaliera non universitaria
 - presidio ospedaliero di Azienda territoriale
 - nel territorio

5. **Negli ultimi anni ha svolto funzioni di tutor o di docente (in attività di formazione continua, per scuole di specializzazione o in corsi di laurea delle professioni sanitarie)?**
 - No, mai
 - Qualche volta
 - Spesso
 - Abitualmente: è parte integrante del mio lavoro

6. **Le opportunità di formazione che ha avuto dall'introduzione del sistema ECM, rispetto a prima sono state:**
 - minori
 - analoghe
 - maggiori

NELLE DOMANDE CHE SEGUONO LE SI CHIEDE DI RISPONDERE POSIZIONANDO IL SUO GIUDIZIO SU UNA SCALA DA 1 A 9 IN CUI 1 È IL VALORE MINIMO E 9 IL MASSIMO.

7. Dall'introduzione del sistema ECM la formazione che ha ricevuto quanto ha contribuito a:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
soddisfare le sue necessità di aggiornamento	<input type="checkbox"/>								
migliorare le sue competenze professionali	<input type="checkbox"/>								
migliorare l'organizzazione della struttura in cui lavora	<input type="checkbox"/>								

8. Quanto ritiene che la formazione che ha ricevuto, dall'introduzione del sistema ECM, sia stata una formazione di qualità?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>								

9. Quanto erano presenti sponsorizzazioni nelle iniziative formative a cui ha partecipato in questi ultimi anni?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>								

10. Quanto ritiene utili per il Suo apprendimento le seguenti attività?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Convegni e seminari	<input type="checkbox"/>								
Corsi residenziali	<input type="checkbox"/>								
Stage, periodi di affiancamento	<input type="checkbox"/>								
Gruppi di lavoro e di miglioramento	<input type="checkbox"/>								
Partecipazione a ricerche	<input type="checkbox"/>								
Lettura di articoli scientifici	<input type="checkbox"/>								
Audit clinici e confronto su casi	<input type="checkbox"/>								
Formazione a distanza (FAD)	<input type="checkbox"/>								

11. Quanto ritiene utile per un professionista sanitario dedicare una parte del tempo ad attività di tutor o di docente?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>								

- 12. Quanto, secondo Lei, gli obiettivi previsti nei Piani sanitari regionali (o, per le Province autonome, nei documenti programmatici provinciali) sono stati tradotti efficacemente nelle attività formative di questi ultimi anni?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>								

- 13. Quanto la Sua Azienda è riuscita a rilevare in modo efficace i bisogni di formazione dei professionisti?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>								

- 14. Quanto ritiene che la Sua Azienda debba investire maggiormente per organizzare direttamente attività di formazione?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>								

Allegato 2.

Traccia dell'intervista per il *focus group*

L'ECM nella formazione

Dall'avvio del programma nazionale ECM nel 2002, che tipo di cambiamenti quali-quantitativi sono stati prodotti nella formazione continua erogata?

Bilancio personale e organizzativo

Che cosa la formazione ECM ha migliorato o peggiorato sia a livello personale che a livello organizzativo?

Sponsorizzazioni

Che esperienza avete degli eventi formativi sponsorizzati? Avete avvertito la presenza dello sponsor nelle iniziative formative? E in che misura incide sullo svolgimento delle stesse?

Metodologie efficaci

Rispetto allo sviluppo della professionalità, quali sono le migliori occasioni di apprendimento o le metodologie che ritenete più efficaci?

Docenza e tutorato

Esistono diverse opportunità per gli operatori sanitari di svolgere un ruolo di docente o tutor, sia nella formazione continua che nei corsi di laurea o di specializzazione: qual è la vostra opinione ed esperienza? Quali sono gli aspetti da monitorare o da approfondire?

Qualità della formazione

Quali potrebbero essere le modalità con cui valutare la qualità della formazione erogata?

Prospettive future

Quali sono o quali dovrebbero essere le prospettive per lo sviluppo della formazione continua in sanità? E quali aspetti da valorizzare?

Allegato 3.

Mappe mentali

Per la lettura delle mappe che seguono, la linea tratteggiata è stata utilizzata per descrivere i concetti meno condivisi delle singole categorie professionali; viceversa, la linea continua, per i concetti più rappresentativi e condivisi dai rispondenti.

Le linee (anch'esse tratteggiate e continue) che uniscono tali concetti rappresentano le relazioni che intercorrono tra questi.

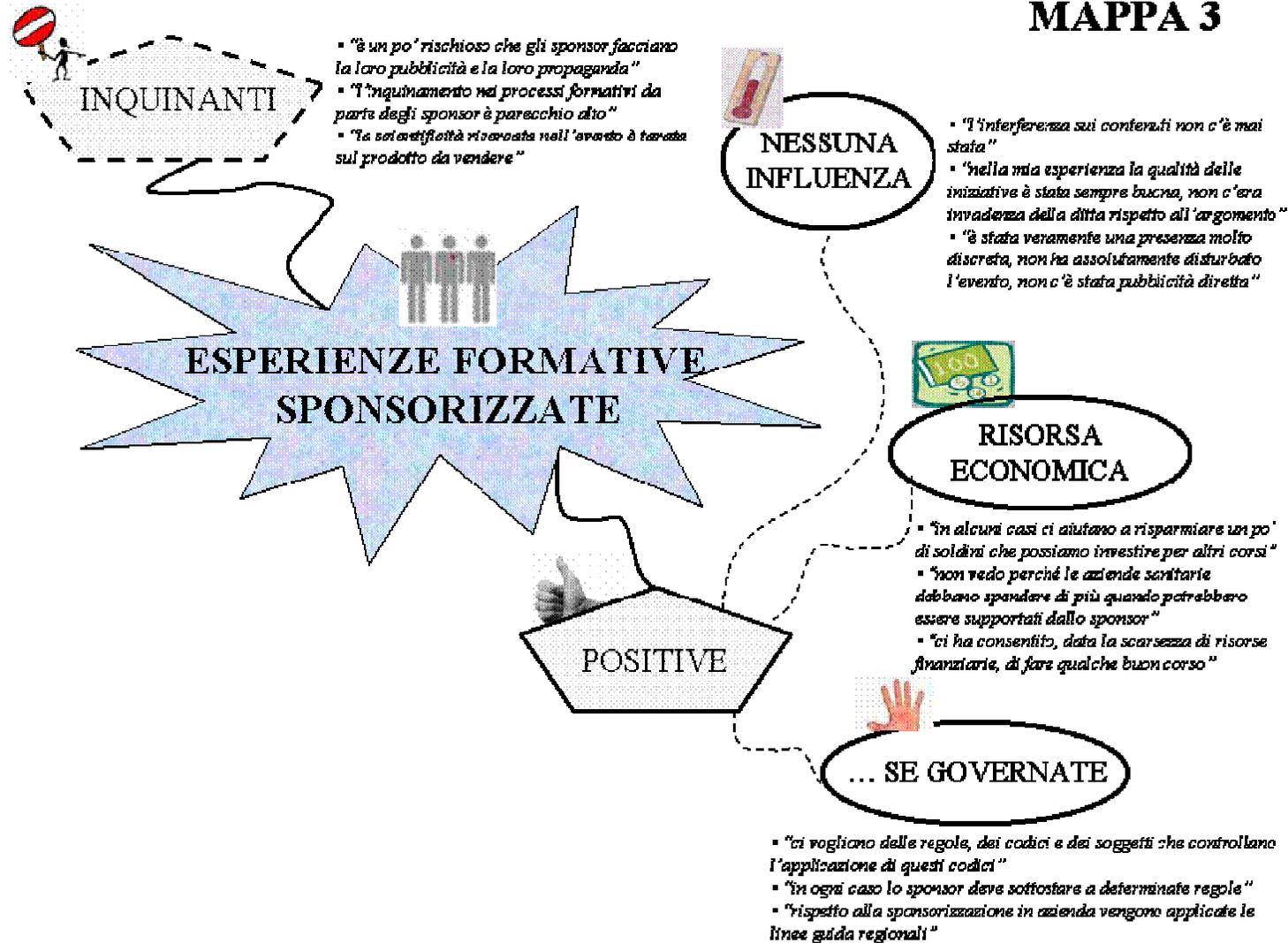
MAPPA 1



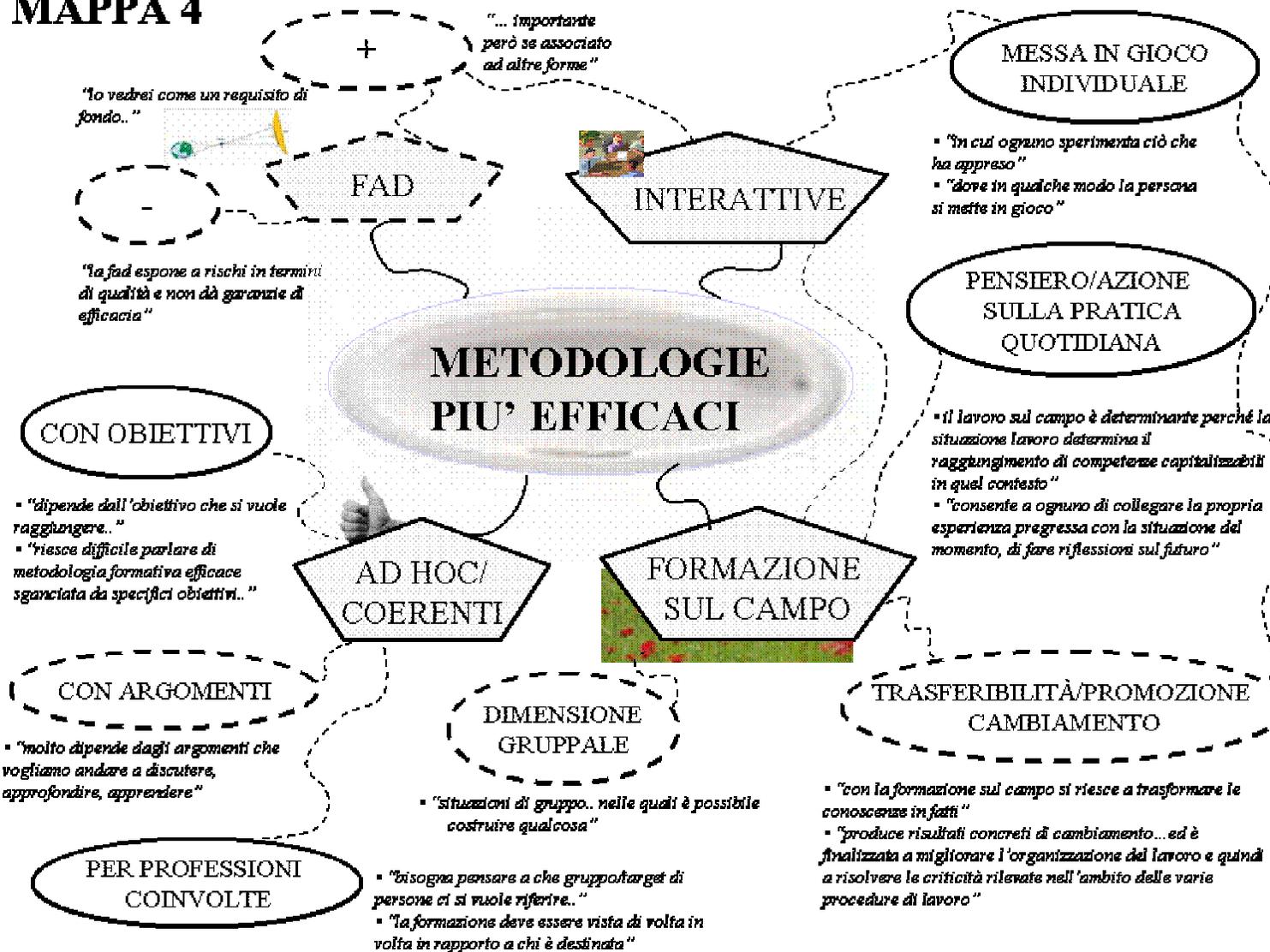
MAPPA 2



MAPPA 3



MAPPA 4



MAPPA 5

- "la *tutorship* e' sicuramente importante ... bisognerebbe valorizzarla e formalizzarla in qualche modo"
- "la figura del tutor secondo me e' da sviluppare maggiormente"

FIGURA
TUTOR



POTENZIAMENTO/
VALORIZZAZIONE

FORMAZIONE
DOCENTI

- "potrebbe essere molto utile pensare a dei corsi di formazione per formatori"

TUTORSHIP
DOCENZA



COMPETENTE

- "docenti non ci si improvvisa..."
- "e' comunque richiesto uno studio approfondito specifico e aggiornato; richiede studio e preparazione..."

PARTE
DEL SISTEMA



PROFESSIONISTI
INTERNI

- "il docente interno comunque vive in quella realta' e i discenti che stanno in aula poi se li ritrova in reparto e credo che questo induca a non dire sciocchezze e a comportarsi in modo professionale"
- "la docenza e' una funzione interna dell'essere professionisti dalla azienda usi"

OPPORTUNITA'
PER PROFESSIONISTI

- "e' certamente un'opportunita' di crescita per tutti gli operatori e collaboratori che vengono coinvolti"
- "e' sicuramente stimolante perche' fa si' che ci sia una crescita maggiore degli stessi operatori"

CRITERI SELEZIONE/
VALUTAZIONE

- "bisognerebbe definire i requisiti necessari per le docenze"
- "e' importante la verifica delle docenze... che ci sia una verifica delle competenze dei docenti"

MAPPA 6



DIFFICILE!

« questa è la parte più complicata secondo me e dubito che sia sviluppabile. »

UTENTE

« .. valutare l'impatto che ha avuto la formazione sull'utente finale »

RICADUTE/
IMPATTO

ATTIVITA'
LAVORATIVA

« .. vedere se ha avuto un ritorno sull'attività produttiva »
« dovrebbe essere la ricaduta la cosa più efficace è se le cose imparate vengono tradotte nell'attività.. »

VALUTARE
QUALITA'
FORMAZIONE

INDICATORI

« una cosa importante sarebbe predisporre degli indicatori semplici ma misurabili di ricaduta »
« sarebbe più facile se ci fosse un sistema di indicatori per la valutazione dell'attività formativa »

VALUTAZIONE
DEL PROCESSO

COERENZA
INTERNA

« Il grande tema della valutazione è legato alla capacità di identificare gli obiettivi »
« qualità significa coerenza fra tutte le parti dell'evento, il che vuol dire collegamento fra gli obiettivi, i contenuti, le metodologie, le modalità di valutazione.. »

COERENZA
ESTERNA

« l'evento formativo non può essere fine a sé stesso, deve essere inserito nel contesto generale »
« importante è partire dall'analisi del sistema »

MAPPA 7



COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale 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. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)
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 sottterraneo. 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. 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. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna, 2007. (*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna, 2007. (*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna, 2007. (*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna, 2007. (*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna, 2007. (*)
161. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna, 2008. (*)
162. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna, 2008. (*)
163. Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna, 2008. (*)
164. La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna, 2008. (*)
165. L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna, 2008. (*)
166. Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna, 2008. (*)
167. La chirurgia robotica: il Robot da Vinci. Bologna, 2008. (*)

168. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna, 2008. (*)
169. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna, 2008. (*)
170. Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna, 2008. (*)

