

Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina

ISSN 1591-223X
DOSSIER
170-2008



Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina

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.

*Questo Dossier è dedicato alla memoria di Filippo Melita,
che ha contribuito con straordinaria umanità e competenza professionale
all'avvio del progetto.*

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/doss170.htm

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

La stesura del Dossier è stata curata da

| | |
|-------------------------------|---|
| Maria Paola Bacchielli | Agenzia sanitaria regionale delle Marche |
| Franca Bellotti | Assessorato alla sanità della Provincia di Trento |
| Marco Biocca | Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna |
| Marco Cavallo | Assessorato alla sanità della Lombardia |
| Marina Innorta | Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna |
| Loredana Luzzi | Assessorato alla sanità della Lombardia |
| Maria Teresa Manoni | Assessorato alla sanità del Veneto |
| Franco Nardi | 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 |
| Antonio Sellaroli | Assessorato alla sanità del Lazio |
| Franca Serafini | Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna |
| Enzo Vigutto | Assessorato alla sanità della Lombardia |
| Alberto Zanobini | Assessorato alla salute della Toscana |

Hanno contribuito anche

| | |
|-----------------------------|---|
| Aldo Ancona | Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali |
| Alejandro Aparicio | American Medical Association, USA |
| Giovanna Artioli | Azienda ospedaliero-universitaria di Parma |
| Giovanni Bissoni | Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna |
| Giovanni De Virgilio | Istituto superiore di sanità |
| Pietro Dri | Zadig, Milano |
| Silvano Fumero | Serono Symposia International Foundation |
| Joseph S. Gonnella | Thomas Jefferson University, Philadelphia (USA) |
| Roberto Grilli | Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna |
| Maria Paola Landini | Università di Bologna |
| Maria Linetti | Ministero della salute |
| Bernard Maillet | European Union of Medical Specialist (UEMS), Belgio |
| Bernard Marlow | College of Family Physicians of Canada |
| Lorenzo Moja | Centro Cochrane italiano |

(continua)

Eleonora Negri Provincia autonoma di Trento
Helios Pardell Spanish Accreditation Council for Continuing Medical Education, Spagna
Giovanni Renga Università di Torino
Mario Romeri Commissione salute della Conferenza delle Regioni
Flavia Rubbi Università di Bologna
Corrado Ruozi Azienda USL di Reggio Emilia
Luisa Saiani Università di Verona
Ian Starke Federation of Royal Colleges of Physicians, Gran Bretagna
Cinzia Tortola Università di Torino
Luciano Vettore Società italiana di pedagogia medica
Riccardo Vigneri Università di Catania

Indice

| | |
|--|-----------|
| Sommario | 7 |
| <i>Abstract</i> | 9 |
| Introduzione | 11 |
| 1. Il contesto e le regole dell'ECM | 13 |
| Quadro generale | 13 |
| Modelli di accreditamento | 15 |
| Conflitti di interesse | 16 |
| Aspetti ancora da definire e prospettive | 16 |
| 2. Il modello di osservazione e valutazione | 19 |
| Ambiti della valutazione formativa | 19 |
| Funzioni e dimensioni dell'osservazione | 21 |
| Modalità dell'osservazione | 22 |
| 3. Gli strumenti di osservazione e valutazione | 25 |
| Griglia 1. Coerenza tra il progetto accreditato e la sua effettiva realizzazione | 28 |
| Griglia 2. Presenza di sponsorizzazioni durante un evento accreditato per l'ECM | 30 |
| Griglia 3. Qualità del processo formativo in aula | 33 |
| Griglia 4. Traccia di intervista per il referente dell'organizzatore della formazione | 35 |
| Intervista sul valore attribuito dal partecipante all'esperienza formativa | 42 |
| 4. Il percorso formativo per gli osservatori | 43 |
| Introduzione | 43 |
| Obiettivi formativi specifici | 43 |
| Partecipanti | 44 |
| Agenda e programma | 44 |
| Metodologia didattica e di valutazione | 46 |
| Sussidio per l'autoapprendimento | 46 |

(continua)

| | |
|--|-----------|
| 5. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua | 49 |
| Una indagine qualitativa e due quantitative | 49 |
| Formazione e organizzazione sanitaria | 52 |
| Metodi e attori della formazione | 54 |
| Per il futuro | 55 |
| 6. Sintesi delle relazioni del Convegno conclusivo | 57 |
| Allegati | 93 |
| A. Questionario di ingresso al percorso formativo per osservatori della qualità dell'ECM | 95 |
| B. Schede dei sistemi ECM delle Regioni (aggiornamento maggio 2007) | 99 |

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 una rete 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 deciso di realizzare un progetto pilota per disegnare la proposta di un Osservatorio nazionale, 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 (*Capitolo 6*).

In questo Dossier vengono riportate le parti del progetto che hanno rilevanza ai fini del nuovo programma ECM e, in particolare, della definizione delle funzioni e degli strumenti dei previsti Osservatori regionali.

Il programma di ECM italiano ha carattere istituzionale e si estende a tutti gli operatori sanitari collegati alle attività del Servizio sanitario nazionale. Le sue prospettive sono legate alla capacità di mantenere autorevolezza e utilità e di evitare rischi di deriva burocratica e commerciale, che sono presenti. Il modello di valutazione proposto tiene conto della complessità e delle diversità del contesto, delle esigenze di coerenza con il programma di ECM e delle difficoltà operative ed è finalizzato sia a una funzione di verifica sia a una funzione di promozione.

Il sistema di osservazione proposto si fonda, quindi, su sei cardini:

- analisi della documentazione;
- visite di osservazione durante lo svolgimento di eventi formativi;
- criteri, strumenti e modalità di osservazione standardizzati (griglie);
- osservatori indipendenti che abbiano condiviso i criteri e le modalità di osservazione;
- indagini qualitative e quantitative sulle opinioni degli organizzatori e dei partecipanti agli eventi;
- modalità comuni di elaborazione dei risultati delle osservazioni del singolo evento e per descrivere profili di sintesi.

Sono state considerate le procedure da adottare per armonizzare i comportamenti degli osservatori durante le visite e le interpretazioni, in particolare relativamente a quattro principali dimensioni degli eventi:

- evidenza della coerenza tra il progetto accreditato e la sua effettiva realizzazione;
- qualità del processo formativo in aula come indicatore delle capacità didattiche utilizzate;
- presenza di situazioni con conflitti di interesse;
- qualità del *provider*, che viene considerata attraverso un'analisi dell'uso delle diverse forme di valutazione dell'intervento formativo, considerato come un indicatore, parziale ma significativo della competenza e della capacità di migliorarsi facendo tesoro dell'esperienza.

L'attendibilità delle valutazioni è un elemento determinante della proposta e per questo sono state messe a punto griglie di osservazione per le prime 3 dimensioni (coerenza, qualità del processo d'aula e presenza di sponsorizzazioni), che contengono la descrizione di criteri significativi e scale di misura. La quarta dimensione, cioè l'uso che viene fatto della valutazione, si riferisce necessariamente ad eventi già avvenuti e può quindi essere studiata nel corso di una visita solo se è possibile considerare situazioni precedenti e se l'interlocutore che si incontra non è il mero organizzatore tecnico dell'evento, come spesso avviene.

Gli strumenti proposti per le osservazioni hanno anche un valore di guida e possono essere utilizzati per processi di autovalutazione dagli stessi organizzatori della formazione. Questo aspetto, peraltro, assumerà un'importanza crescente con il passaggio all'accreditamento dei *provider*.

Viene anche presentato un modello di percorso formativo di base per osservatori articolato in 4 moduli con un supporto in *e-learning*. I primi due, residenziali, di introduzione ai principi dell'ECM e di preparazione all'uso degli strumenti di osservazione e di valutazione. A questi fa seguito una fase di formazione sul campo, di visite ad eventi. L'ultimo modulo è dedicato alla valutazione delle visite e al perfezionamento degli strumenti e delle procedure.

Il sistema di osservazione proposto non prevede ovviamente una copertura esaustiva degli eventi di ECM che si realizzano normalmente. Punta invece su una selezione degli ambiti più significativi, da effettuare sulla base di criteri definiti (distribuzione geografica, tipologia dei *provider*, forme di sponsorizzazione, caratteristiche degli eventi, ecc.). L'attenzione va rivolta a tutti i *provider*, pubblici e privati, e soprattutto a quelli che presentano maggiori aspetti critici.

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. Per maggiori dettagli su questi aspetti si veda il Dossier n. 169.

Abstract

Toward a national Observatory on the quality of continuing medical education

With the Agreement on continuing education 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 national system to assess and promote the quality of continuing education through a network of independent observers working with 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 (Chapter 6).

The volume collects some aspects of the project that are relevant for the new CME program, in particular to outline the role and tools of the regional Observatories.

The Italian program for CME involves all health professionals working for the National Health Service. It therefore needs to maintain its authority and usefulness and to avoid some actual risks of bureaucratization and commercialization. The proposed evaluative model considers the complex and diversified context, the necessary coherence with the CME program and the operational difficulties, and is meant to be both a verification and a promotion instrument.

The observation system is based on six elements:

- *analysis of the documentation;*
- *observational visits during educational events;*
- *standardized observational criteria, tools and methods;*
- *independent observers with shared observational criteria and methods;*
- *qualitative and quantitative surveys on the opinion of events' organizers and participants;*
- *common methods to elaborate observation results and to describe synthetic profiles.*

The procedures to harmonized observers' behaviours during visits and elaborations were studied, in particular concerning four aspects:

- *evidence of coherence between the accredited project and its actual realization;*
- *quality of the class educational process as indicator of didactic skills;*
- *presence of conflict of interests;*

- *provider's quality, evaluated through the analysis of the different evaluation instruments used during the event, as a partial but relevant indicator of the capacity to improve oneself from experience.*

Evaluation reliability is a fundamental aspect of the proposal; some schemes for the observation of the first three elements (coherence, process quality and sponsoring) were therefore elaborated; they present also criteria and measuring scales. The fourth dimension (use of the evaluation) refers to past events; it can be studied during the observational visit only if it possible to consider past situations and if the reference person in the meeting is not the simple technical organizer of the event.

The proposed observational tools can also be used by education organizers in self-evaluation processes. This aspect will be fundamental when providers - and no longer events - will be accredited.

An education path model for observers in 4 modules with e-learning support is also presented in the volume. The first two modules are residential and introduce to CME principles and to the use observation and evaluation tools. A phase of field training with visits to events follows. The final module concerns visits evaluation and improving tools and procedures.

The proposed observation system cannot fully cover all the CME events that are normally realized. It aims instead to select some meaningful situations according to definite criteria (geographical distribution, type of provider, sponsoring forms, event features, etc.). Attention is focused on all providers, public and private, in particular on those that present more critical aspects.

To test other evaluation tools on quality, two national surveys were realized in October and November 2006 to study health professionals' opinions on the education they have received since the beginning of the CME program and its future. For more details, Dossier n. 169 presents the main results of these studies.

Introduzione

L'attività educativa obbligatoria che serve a mantenere, sviluppare e incrementare le conoscenze, le competenze e le *performance* degli operatori della sanità e che viene denominata ECM (Educazione continua in medicina) è stata introdotta in Italia con il DLgs 229/1999.

Nel 2002 il primo programma nazionale ECM è stato concretamente avviato in tutto il territorio nazionale e si è concluso nel 2006. Attualmente si è nella fase di riorganizzazione del nuovo programma, alla luce dell'Accordo sulla formazione continua adottato dalla Conferenza Stato-Regioni il 1° agosto 2007.

Il processo che è stato realizzato nella prima fase e che si è basato sull'accreditamento degli eventi formativi, è stato certamente imponente e ha interessato quasi un milione di operatori. Il sistema, tuttavia, è rimasto incompiuto perché non sono stati definiti tutti gli aspetti del suo funzionamento e perché si sono verificate situazioni assai differenziate tra le diverse aree del Paese e tra le professioni.

Il Ministero della salute e le Regioni avevano preso l'impegno, con l'Accordo sulla formazione continua adottato nella Conferenza Stato-Regioni il 20 maggio 2004, di promuovere un processo di valutazione della qualità delle attività formative proposte nell'ambito dell'ECM e dei modelli regionali di formazione continua.

A tal fine era stata prevista la costituzione di un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM con un sistema (criteri, procedure, competenze, sistema informativo, ecc.) armonizzato a livello nazionale in grado di produrre dati utili al monitoraggio e al governo dell'offerta formativa.

Per predisporre una proposta a questo fine è stato realizzato un progetto pilota sulla base di una Convenzione stipulata il 10 novembre 2004 tra il Ministero della salute e la Regione Emilia-Romagna, che ha assunto il ruolo di gestore della sperimentazione. Alla Convenzione hanno aderito anche Lazio, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Trentino, Valle d'Aosta, Veneto.

Il progetto pilota aveva i seguenti tre obiettivi principali:

- sperimentare un modello di valutazione della qualità delle attività di Educazione continua in medicina, applicabile sul territorio nazionale e in grado di evidenziare in particolare le eventuali incongruenze esistenti tra gli eventi accreditati e la loro realizzazione (coerenza con l'agenda prevista, presenza dei docenti e dei discenti, ruolo degli sponsor, materiali di documentazione, modalità di valutazione, luogo di svolgimento ecc.) e le differenze in funzione della tipologia del *provider* e della caratteristica dell'evento;
- sperimentare un modello di formazione per gli osservatori che effettueranno le visite di verifica;

- mettere a punto un sistema informativo con strumenti e procedure standardizzate che sia in grado di sostenere la gestione coordinata delle attività di verifica su scala regionale e nazionale (strumenti per la raccolta dei dati, griglia di valutazione, procedure per l'archiviazione e la trasmissione, metodologie di analisi e di elaborazione, formato dei rapporti, ecc.) e che sia integrabile con la banca dati nazionale ECM.

Il progetto pilota ha preso formalmente avvio il 25 maggio 2005 e nell'ottobre è stato avviato il Corso sperimentale per osservatori previsto dal Programma operativo a cui hanno partecipato rappresentanti delle Regioni che avevano aderito alla Convenzione e di altre che lo hanno richiesto (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Umbria). All'ultima fase del percorso formativo hanno anche partecipato rappresentanti della Commissione nazionale per la formazione continua.

Il percorso formativo per osservatori aveva la duplice valenza di essere una sperimentazione del percorso formativo in sé e di rappresentare anche un laboratorio per la verifica del modello di osservazione, degli strumenti e delle modalità operative previste. I partecipanti al percorso formativo per osservatori della fase pilota sono stati selezionati dalle Regioni anche in funzione del loro possibile ruolo di animatori del processo di valutazione che potrà essere attivato successivamente.

Le visite che sono state effettuate durante la fase pilota erano parte del programma didattico e vanno quindi considerate per la loro valenza didattica e non di verifica formale, anche se sono state effettuate simulando pienamente le situazioni reali.

Nell'ambito del corso per gli osservatori sono state anche realizzate una rassegna delle caratteristiche principali dei modelli di ECM delle Regioni e un'indagine sulle opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua (vedi *Dossier n. 169*) e uno strumento di autoformazione in *e-learning* per sostenere le attività formative.

I risultati del progetto sono stati presentati nel corso di un convegno internazionale tenutosi a Bologna il 21-22 maggio 2007, che è stata anche l'occasione per un confronto a cui hanno partecipato esperti della formazione continua in medicina del Canada, Regno Unito, Spagna, USA e dell'Unione europea degli specialisti in medicina (UEMS).

Con questo Dossier si intende:

- illustrare il contesto e le regole in cui l'ECM si è sviluppata (*Capitolo 1*);
- proporre un modello di osservazione e valutazione della qualità dell'ECM (*Capitolo 2*);
- presentare gli strumenti di osservazione e valutazione che sono stati sperimentati (*Capitolo 3*);
- descrivere il percorso formativo per gli osservatori che è stato realizzato (*Capitolo 4* e *Allegato A*) e lo strumento di autoformazione che lo integra;
- riassumere i risultati delle indagini sulle opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua (*Capitolo 5* e *Dossier n. 169*);
- offrire le sintesi dei principali contributi presentati al convegno conclusivo (*Capitolo 6*);
- schematizzare gli atti e le principali iniziative delle Regioni nel campo dell'ECM aggiornati al maggio 2007 (*Allegato B*).

1. Il contesto e le regole dell'ECM

Quadro generale

Il sistema di accreditamento per l'ECM a livello nazionale, definito con il DLgs 229/1999, è stato avviato in via sperimentale nel luglio del 2000 con la nomina della prima Commissione nazionale per la formazione continua. Si è inserito, con caratteri originali e innovativi, in un panorama internazionale che riconosce con crescente attenzione il ruolo della formazione continua.

Nella Tabella 1 sono descritti gli attori principali del sistema ECM.

Tabella 1. Gli attori principali del primo programma ECM 2002-2006

| | |
|---|---|
| Utenti | Gli operatori sanitari a cui destinata l'offerta formativa: i dipendenti e i convenzionati del SSN e delle strutture private accreditate e i liberi professionisti. |
| Organizzatori di formazione di interesse per l'ECM | In primo luogo le Aziende sanitarie, le Università, e le Società scientifiche, ma potenzialmente anche molti altri, Ordini, case editrici, centri di formazione, ecc. Il Ministero della salute ne ha registrati circa 11.000. Non sono stati definiti i criteri per il loro accreditamento. |
| Enti accreditanti e valutatori | Il Ministero della salute e le Regioni, che hanno funzioni di promozione del sistema, di garanzia della qualità e di accreditamento degli eventi formativi. Per evitare conflitti di ruolo alle Regioni è stata interdetta la possibilità di organizzare direttamente attività di formazione ECM. |
| Ordini e Collegi professionali | Rappresentano gli utenti e devono garantire che il sistema si sviluppi in modo coerente e adeguato. Sono peraltro direttamente coinvolti nella registrazione e certificazione dell'acquisizione dei crediti e nella promozione della formazione sugli aspetti etici e deontologici. |

Le regole fondamentali del Programma prevedevano che un'attività formativa per essere presa in considerazione per l'accREDITAMENTO ECM dovesse essere:

- prodotta da un organizzatore che ne abbia titolo;
- realizzata senza che si verifichino condizioni di conflitto di interesse;
- valutabile, sia prima attraverso una documentazione completa, sia durante per opera di osservatori esterni, sia dopo con indagini specifiche;
- coerente con esigenze sanitarie/assistenziali;
- caratterizzata da elevata qualità andragogica.

Il contesto istituzionale definito dal DLgs 229/1999 in cui sono state adottate le decisioni relative all'ECM su scala nazionale è stato significativamente modificato dalla Legge costituzionale 3/2001, che ha affidato alle Regioni anche in questa materia una potestà concorrente nella definizione degli obiettivi e delle modalità organizzative. Per armonizzare le decisioni regionali e renderle compatibili con un comune quadro di riferimento nazionale, si è riconosciuta nella Conferenza Stato-Regioni la sede appropriata nella quale adottare Accordi o Intese vincolanti per tutti gli attori. Il 20 dicembre 2001 è stato quindi firmato il primo Accordo nazionale sull'ECM che ha avviato il sistema ufficialmente a partire dal 2002, a cui sono seguiti Accordi annuali. Le principali decisioni adottate sono sintetizzate nella Tabella 2.

Tabella 2. Principali regole del primo Programma nazionale ECM adottate con Accordi dalla Conferenza Stato-Regioni nel dicembre 2001, marzo 2003, maggio 2004 e marzo 2005

| | |
|--|---|
| Acquisizione di crediti | <p>Per acquisire crediti ECM occorre partecipare a iniziative didattiche accreditate per l'ECM.</p> <p>Nel quinquennio 2002-2006 ogni operatore interessato doveva acquisirne 150 in modo progressivo (10 nel 2002, 20 nel 2003, fino a 50 nel 2006 a regime). Per il 2005 e il 2006 sono stati confermati 30 crediti che hanno portato a un totale complessivo di 120. I crediti acquisiti partecipando a eventi accreditati dal Ministero della salute o dalle Regioni hanno lo stesso valore.</p> |
| Ruolo della Commissione nazionale | <p>La Commissione, che è stata integrata nel 2002 con rappresentanti delle Regioni, delle Società scientifiche, degli Ordini e delle Associazioni professionali, aveva funzioni propositive nei confronti della Conferenza e di consulenza per l'accredimento da parte del Ministero della salute (definizione dei criteri di valutazione, definizione del numero e dei criteri di assegnazione dei crediti, ecc.).</p> |
| Obiettivi formativi nazionali | <p>Nel 2002 è stato approvato un elenco di obiettivi nazionali, che dovevano essere correlati al Piano sanitario nazionale, in parte comuni a tutte le categorie professionali, aree e discipline, in parte specifici.</p> <p>In effetti più che l'identificazione di alcuni obiettivi prioritari si è trattato piuttosto di un elenco di argomenti che copre una gamma assai ampia di problemi medici e assistenziali.</p> <p>Con l'Intesa del 23 marzo 2005 è stato definito anche un Piano nazionale della prevenzione e previsto un Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario. Quest'ultimo, tuttavia, non è stato poi definito.</p> |
| Obiettivi formativi regionali | <p>Le Regioni avrebbero dovuto elaborare gli obiettivi formativi di interesse regionale e potevano decidere in quale misura (fino a un massimo del 50%) gli operatori sanitari avrebbero dovuto soddisfare il proprio debito annuale attraverso attività che perseguivano tali obiettivi.</p> <p>Solo pochissime Regioni hanno elaborato propri obiettivi.</p> |

(continua)

Tabella 2. (continua)

| | |
|---|--|
| Criteri per la valutazione degli eventi residenziali | <p>Sono stati definiti solo i criteri per la valutazione degli eventi residenziali che sono basati principalmente su tre elementi:</p> <ul style="list-style-type: none">• la coerenza degli obiettivi formativi perseguiti con le priorità, definite a livello nazionale e regionale, e con gli interessi prevalenti delle figure specifiche professionali a cui venivano rivolte le iniziative;• la qualità della didattica, cioè l'appropriatezza del metodo adottato e l'efficacia nel raggiungere i risultati;• la durata in ore. <p>A ogni ora di formazione documentata di un processo completato corrisponde circa 1 credito (da un minimo di 0,75 a un massimo di 1,5 crediti).</p> |
| Valutazione della formazione sul campo e a distanza | <p>Le iniziative di formazione sul campo e di formazione a distanza sono state accreditate dal Ministero della salute e dalle Regioni solo in via sperimentale al fine di valutarne l'efficacia e di definirne successivamente criteri di accreditamento.</p> |

Modelli di accreditamento

Il programma ECM è unico a livello nazionale e comuni sono i criteri utilizzati, ma il sistema è stato strutturato in modo multipolare con il Ministero e le Regioni che hanno esercitato il medesimo ruolo, di accreditamento, promozione e valutazione. In tale situazione si sono sviluppati 3 principali modelli.

Il primo modello è quello utilizzato dal Ministero della salute che, attraverso la Commissione nazionale per la formazione continua, accredita proposte di eventi formativi provenienti da organizzatori pubblici e privati. Per verificare la qualità delle proposte vengono utilizzati dei *referee* segnalati dalle Società scientifiche. Per l'accREDITamento degli eventi i proponenti pagano una tariffa. In 5 anni sono stati accreditati, con l'aiuto di 3.000 *referee*, oltre 250.000 progetti di eventi proposti da oltre 11.000 organizzatori. Le proposte arrivano da ogni parte del Paese, ma in particolare dalle Regioni che non hanno attivato propri sistemi locali di accreditamento.

Molte Regioni hanno avviato un processo di accreditamento regionale che segue il modello del Ministero. L'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia-Giulia, le Marche, la Toscana e l'Umbria hanno avviato un proprio sistema di accreditamento che si differenzia dal modello centrale per alcuni aspetti procedurali e organizzativi, ma soprattutto perché prende in considerazione solo eventi proposti da organizzatori pubblici, in particolare dalle Aziende sanitarie.

Il terzo modello di accreditamento avviato è quello della Lombardia, seguita dalla Liguria, che non accredita gli eventi, ma gli organizzatori, i cosiddetti *provider* e i loro piani formativi annuali. Un *provider* accreditato ha la potestà di organizzare eventi e programmi formativi senza dovere ogni volta richiederne l'accREDITamento.

Per maggiori informazioni sui sistemi regionali si può consultare l'Allegato B.

Conflitti di interesse

È da tutti condiviso che nell'ECM sia possibile dare crediti solo se l'informazione e l'attività formativa offerta sono obiettive e non influenzate da interessi diretti o indiretti che ne pregiudichino la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della sanità, al fine di ottenere una migliore pratica clinica-tecnica-assistenziale, basata sulle più moderne conoscenze scientifiche.

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

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

- chi ha il ruolo di accreditatore/valutatore di attività o di *provider* ECM possa svolgere anche funzioni di organizzatore di formazione ECM, e viceversa (valutatore/valutato); le Regioni in particolare, che svolgono funzione di valutazione, non possono essere *provider*;
- chi svolge attività formative per l'ECM (docente) possa avere rapporti di dipendenza da chi ha interesse a orientare per motivi commerciali le medesime attività, e per questo deve produrre un'autocertificazione in base alla Legge 326/2003;
- un evento o un programma per l'ECM possa essere sostenuto attivamente da chi ha interesse a orientarne l'andamento per proprie finalità commerciali; per questo le aziende farmaceutiche non possono organizzare direttamente attività formative per l'ECM e le eventuali sponsorizzazioni sono sottoposte a vincoli.

In questi anni non è stato mai effettuata una verifica sistematica accurata di questi aspetti.

Aspetti ancora da definire e prospettive

È bene ricordare che a livello nazionale sono stati in questi anni anche proposti criteri per:

- accreditare gli organizzatori di formazione (relazione del Gruppo di lavoro della Commissione nazionale per la formazione continua del luglio 2004);
- valutare i crediti acquisibili attraverso la partecipazione a iniziative di formazione sul campo e attraverso l'autoapprendimento (documentazione del Gruppo di lavoro della Commissione nazionale per la formazione continua del 2004-2005).

La prospettiva di un sistema di accreditamento ECM unico e armonizzato a livello nazionale e regionale esige anche una particolare attenzione ad altri due sistemi di accreditamento istituzionale che le stesse Regioni stanno sviluppando: da un lato

l'accREDITamento degli organizzatori di attività di formazione professionale (Decreto del Ministero del lavoro 166/2001), dall'altro l'accREDITamento delle strutture sanitarie. Gli elementi di coerenza e integrazione di questi tre sistemi di accREDITamento riguardano in particolare: gli ambiti dell'accREDITamento, la connotazione sperimentale e di processo di tutti i modelli e il rapporto tra accREDITamento e certificazione del sistema qualità.

I metodi e le tecniche di formazione devono, inoltre, essere adeguati agli obiettivi formativi previsti e alle caratteristiche dell'apprendimento degli adulti. La formazione degli operatori sanitari è legata soprattutto a concreti e specifici problemi da risolvere, alla possibilità di realizzare un elevato grado di interattività e di diretto coinvolgimento e a contesti organizzativi favorevoli, interessati alla formazione in quanto fattore positivo di evoluzione. Le possibilità di utilizzare direttamente le occasioni di lavoro nelle strutture sanitarie, le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali, la collaborazione nell'ambito di comunità di pratica costituiscono un terreno assai fertile per l'apprendimento, la condivisione di competenze professionali e di comportamenti organizzativi.

Lo sviluppo della formazione continua in sanità richiede di integrare la formazione cosiddetta residenziale con altre modalità efficaci, tra cui quelle sul campo e a distanza. Lo sviluppo tecnologico e organizzativo, le competenze andragogiche nella progettazione del percorso e degli strumenti didattici e le capacità di tutoraggio e assistenza diretta dei discenti sono aspetti particolarmente critici.

L'Accordo del 1° agosto 2007, che delinea gli indirizzi del nuovo programma, contiene alcuni aspetti rilevanti che possono così essere sintetizzati:

- passa dall'accREDITamento degli eventi a quello degli organizzatori di formazione (*provider*);
- nei criteri di accREDITamento istituzionale delle aziende sanitarie vengono introdotti anche quelli relativi alle funzioni di governo della formazione continua;
- si introduce il Dossier formativo, individuale o di gruppo, come strumento per la programmazione e la valutazione del miglioramento continuo della professionalità;
- il ruolo delle professioni viene rafforzato a tutti i livelli;
- la Commissione nazionale per la formazione continua viene collocata presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;
- tra le funzioni di supporto alla *governance* sono previsti un Comitato tecnico delle Regioni, una Consulta, un'Anagrafe nazionale dei crediti e un Osservatorio nazionale della formazione continua.

Un costante monitoraggio delle attività formative - è scritto nell'Accordo del 1° agosto 2007 - costituisce il presupposto indispensabile a una corretta funzione di indirizzo e coordinamento. Questo motiva l'esigenza di individuare all'interno della Sezione "Valutazione e reporting della qualità e dell'accessibilità delle attività formative" [della Commissione nazionale per la formazione continua] un Osservatorio nazionale della formazione continua. L'Osservatorio ha un responsabile designato dal Coordinatore degli Assessori regionali alla sanità e ha la seguente composizione:

- *cinque esperti di provata esperienza nel campo della formazione e della valutazione di qualità dei singoli professionisti, delle attività e delle organizzazioni sanitarie, designati dalla Conferenza Stato-Regioni;*
- *sei esperti di provata esperienza nel campo della formazione e della valutazione di qualità dei singoli professionisti, delle attività e delle organizzazioni sanitarie, designati dal Comitato di Presidenza della Commissione nazionale per la formazione continua, nell'ambito delle professioni coinvolte.*

L'Osservatorio si avvale di personale amministrativo di supporto con particolari competenze maturate in discipline statistiche e nei sistemi e procedure di valutazione.

I principali compiti dell'Osservatorio nazionale sono quelli di seguito elencati:

- *operare, attraverso una rete di Osservatori regionali e provinciali attivati con la collaborazione degli Ordini professionali territoriali, una verifica e controllo delle attività formative svolte, monitorare la loro coerenza agli obiettivi e verificare il mantenimento dei requisiti da parte dei provider. Tali funzioni svolte a livello periferico hanno la finalità di assicurare alle rilevazioni sistematicità e capillarità, attraverso periodici interventi di osservatori opportunamente preparati e competenti sulle procedure, gli strumenti e la finalità delle valutazioni;*
- *predisporre report per la Commissione nazionale sui flussi di offerta e domanda formativa, avvalendosi della Anagrafe nazionale del COGEAPS;*
- *predisporre tutti gli strumenti ed attivare tutte le procedure per il rilevamento dei dati costitutivi del Report annuale nazionale sullo stato di attuazione del Piano nazionale;*
- *promuovere studi e ricerche sui criteri e le modalità per l'avvio e lo sviluppo di nuove e più efficaci metodologie di valutazione dei percorsi formativi, anche attraverso l'individuazione di standard ed indicatori;*
- *supportare le valutazioni di qualità della attività formative svolte dai provider, in relazione agli obiettivi nazionali e regionali di formazione.*

Il quadro di riferimento dell'ECM è, quindi, mutato significativamente e, di conseguenza, il sistema di valutazione. È da sottolineare, tuttavia, l'importanza che l'Accordo attribuisce alla valutazione, con la costituzione di un Osservatorio nazionale in rete con Osservatori regionali, istituendo il ruolo degli osservatori, prevedendo la redazione di rapporti e lo sviluppo di standard e indicatori.

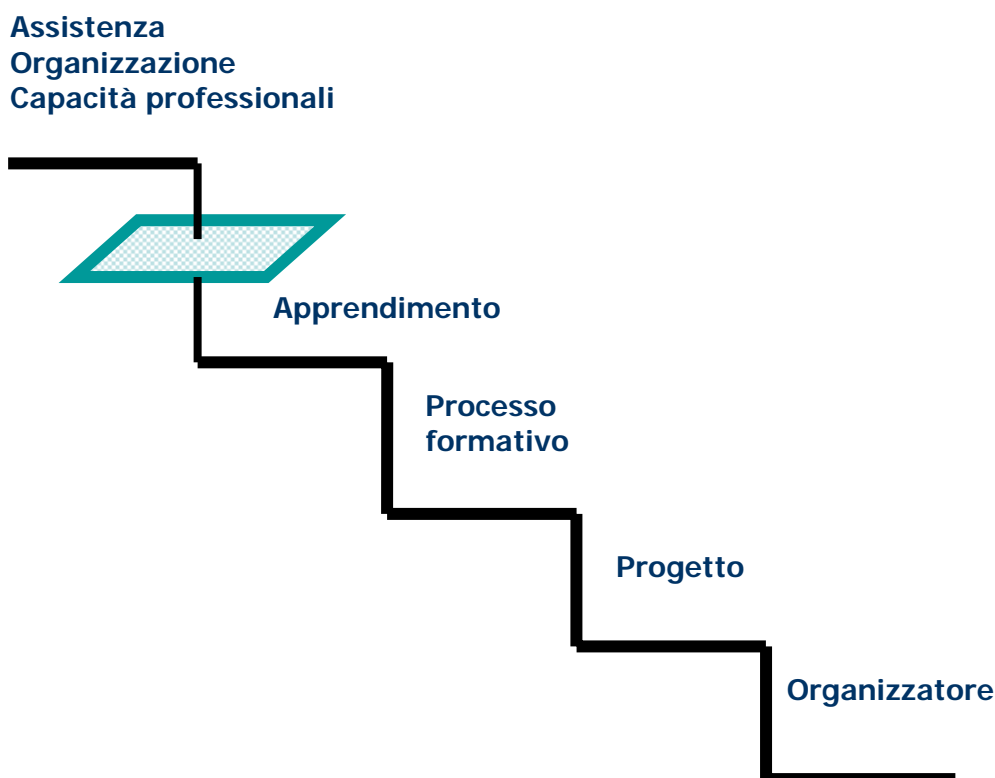
In altre parole, pur cambiando il contesto e dovendo necessariamente prevedere un adeguamento, le proposte di questo progetto pilota non dovrebbero perdere di attualità e di validità con l'introduzione delle possibili nuove regole per l'ECM.

2. Il modello di osservazione e valutazione

Ambiti della valutazione formativa

Gli ambiti della valutazione nella formazione sono diversi e dipendono dai soggetti interessati e dalle loro finalità. Nella Figura 1 sono delineate le diverse possibilità in modo schematico lungo una ipotetica scala.

Figura 1. La scala della valutazione della formazione



Alcuni aspetti della valutazione appartengono al dominio della formazione e vengono realizzati con metodi e strumenti specifici. Il primo Programma nazionale ECM prevede, in particolare, che per accreditare un evento o un percorso formativo si effettui una valutazione della qualità del progetto formativo sulla base di una serie di criteri condivisi. Il sistema prevede anche che l'iniziativa venga realizzata in modo coerente con quanto accreditato e che gli organizzatori valutino anche:

- il gradimento del programma da parte dei partecipanti - di solito attraverso un questionario anonimo somministrato alla fine dell'esperienza formativa con cui si raccolgono giudizi relativamente alle aspettative, ai contenuti, alle metodologie, ai docenti, al materiale didattico, ecc.;
- l'apprendimento - con strumenti e modalità diversi (anche se di solito è stato usato un semplice questionario) per misurare le conoscenze e le capacità acquisite a seguito dell'azione formativa, in rapporto agli obiettivi dichiarati (informazioni, abilità/capacità operative, acquisizione di modelli, logiche, approcci, metodologie).

Il Gruppo di lavoro nominato dal Ministero della salute nel 2004 aveva proposto una serie di criteri per valutare la qualità dei *provider* ai fini del loro accreditamento che si basa su 3 tipologie di requisiti minimi, che verranno probabilmente ripresi con il nuovo Programma:

- giuridici - caratteristiche istituzionali che l'ente gestore/*provider* delle attività di formazione deve possedere;
- strutturali/organizzativi - dotazione necessaria alla realizzazione delle attività;
- di processo - capacità di presidiare con garanzia di qualità tutti i passaggi indispensabili per un iter formativo completo.

La valutazione della qualità della formazione, tuttavia, non può ignorare gli esiti. Questi sono caratteristici del contesto in cui si esercita e quindi, nel caso della formazione continua in sanità, rientrano nell'ambito della valutazione professionale degli operatori sanitari e dell'efficacia dell'assistenza. Il contributo della formazione può essere considerato, ma a condizione che si tenga conto delle condizioni operative in cui vengono svolte tali attività e che si manifestano attraverso cambiamenti nel:

- comportamento professionale - come sono stati trasferiti gli apprendimenti, quali sono le condizioni di effettivo esercizio delle competenze apprese, ovvero l'aumento delle competenze professionali concretamente esercitate;
- organizzazione - quali effetti sono rilevabili sulle regole e sulle procedure, sulla cultura, sul clima, sull'intero sistema organizzativo, ecc.;
- assistenza e della salute - se sono migliorati i livelli di adesione a linee guida, l'appropriatezza diagnostica e terapeutica, in indicatori di salute, frequenza di complicazioni, ecc.

Questi aspetti possono essere esplorati con gli strumenti e i metodi del governo clinico e della scienza delle organizzazioni.

Infine, potrebbe essere valutata l'efficienza sul piano del bilancio sociale ed economico delle attività di formazione effettuate in determinate circostanze e in un arco di tempo definito.

Nelle pagine che seguono viene proposto un modello di funzioni e attività che potrebbero essere attribuite a un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM. È una proposta che tiene conto del ruolo di una tale struttura e anche della fattibilità operativa.

Funzioni e dimensioni dell'osservazione

Il Programma di ECM italiano ha carattere istituzionale e si estende a tutti gli operatori sanitari collegati alle attività del Servizio sanitario nazionale. Produce un notevole peso organizzativo e le sue prospettive sono legate alla capacità di mantenere autorevolezza e utilità e di evitare rischi di deriva burocratica e commerciale che sono largamente presenti.

La necessità di conoscere come si sviluppano le iniziative, per correggere errori e indirizzare le scelte, spiega le ragioni di un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'educazione continua in medicina. L'ONECM avrebbe, quindi, la finalità generale di costruire un sistema di valutazione che, tenendo conto della complessità del contesto, delle esigenze di coerenza con il programma di ECM e con le sue linee di sviluppo e delle difficoltà operative, abbia due principali obiettivi:

- verificare la coerenza tra i progetti accreditati per l'ECM e la loro effettiva realizzazione (funzione di verifica);
- promuovere processi di miglioramento della qualità della formazione continua (funzione di promozione).

Non c'è autorevolezza senza il rispetto di condizioni essenziali di correttezza e trasparenza, così come non c'è utilità senza attenzione al miglioramento della qualità. Queste due funzioni sono strettamente integrate fra loro ed entrambe necessarie. Sono funzioni in primo luogo legate alle capacità degli organizzatori della formazione, ma che vanno anche sostenute (o verificate) con interventi esterni.

Poiché non è realistico pensare a un sistema di osservazione che abbia una copertura esaustiva, diventa importante la selezione degli ambiti più significativi e l'attendibilità e l'efficienza delle misure. In tal modo l'insieme delle osservazioni puntuali potrà anche assumere un elevato valore emblematico e produrre un impatto indiretto sufficientemente ampio.

Valutare la qualità dei contenuti delle iniziative formative e la loro ricaduta è un aspetto di primaria rilevanza, ma sembra davvero difficile pensare che ciò sia possibile nelle attuali condizioni. Con l'accreditamento degli eventi, la proposta viene valutata in fase preliminare, dalla Commissione nazionale per la formazione continua o da una Regione e non sarebbe ragionevole immaginare un sistema che si sovrapponga con una disponibilità di competenze qualificate su tutto lo spettro delle tante diverse possibili discipline. Con il passaggio all'accreditamento dei *provider*, che comporta un decentramento delle responsabilità e una delega molto ampia, il problema si porrà in modo ancora più significativo.

L'attenzione dell'ONECM dovrebbe, quindi, concentrarsi sulle modalità e sul rigore qualitativo della offerta formativa attraverso l'osservazione in particolare delle seguenti cinque dimensioni:

- la coerenza tra progetti accreditati ed effettiva realizzazione - che è la condizione minima indispensabile per garantire che un processo sia documentabile e che rientri nel programma ECM;

- la qualità del processo formativo in aula - che mira a valorizzare le capacità professionali di carattere metodologico degli organizzatori di formazione;
- la presenza di situazioni con conflitti di interesse - che finora non erano state adeguatamente studiate e descritte e che rappresentano, quindi, una scomoda incognita per lo sviluppo del programma;
- l'uso della valutazione dell'intervento formativo, di gradimento e di apprendimento, che va effettuato dall'organizzatore - nei suoi aspetti generali e non in quelli specifici e puntuali e che, di conseguenza, è stato considerato come un indicatore significativo della capacità dell'organizzatore di migliorarsi facendo tesoro dell'esperienza;
- il valore attribuito dai partecipanti all'esperienza formativa realizzata - che viene considerato un indicatore attendibile della qualità e della trasferibilità in ambito lavorativo dei processi di apprendimento.

Modalità dell'osservazione

Il modello di osservazione che viene proposto si fonda su sei cardini:

- analisi della documentazione;
- visite di osservazione durante lo svolgimento di eventi formativi;
- criteri e strumenti di osservazione standardizzati (griglie);
- osservatori indipendenti che abbiano condiviso i criteri e le modalità di osservazione;
- indagini qualitative e quantitative sulle opinioni degli organizzatori e dei partecipanti agli eventi;
- modalità condivise di elaborazione dei risultati delle osservazioni sia sul piano del singolo evento sia per descrivere profili.

La sperimentazione del modello è stata limitata, ma va ricordato che la sua validazione è stata effettuata non solo attraverso il confronto tra numerosi esperti di quasi tutte le Regioni ma anche con verifiche sul campo realizzate durante il Corso per osservatori.

Alcune di queste dimensioni da osservare, e segnatamente la coerenza tra progetto e accreditato ed effettiva realizzazione, la qualità del processo formativo in aula e la presenza di situazioni di conflitto di interesse, sono caratteristiche rilevanti di ogni progetto e vanno valutate durante l'evento. A questo fine vengono proposti strumenti per la standardizzazione delle osservazioni (griglie) caratterizzate da:

- una serie di criteri o elementi di osservazione significativi per ciascun focus;
- la descrizione di ogni criterio al fine di orientare e armonizzare le interpretazioni;
- una scala di misura dei singoli criteri, con valori crescenti da 0 a 3. Il riscontro di livelli 0 equivale a incongruenze gravi o palesi irregolarità che inficia la possibilità che possano essere attribuiti crediti.

È da notare che gli strumenti proposti per l'osservazione hanno anche un valore di guida e possono essere utilizzati per processi di autovalutazione dagli stessi organizzatori di formazione.

L'uso che viene fatto della valutazione di gradimento e di apprendimento si riferisce necessariamente ad eventi già avvenuti e può quindi essere osservata nel corso di una visita solo se è possibile applicarla a situazioni precedenti.

Per indagare sul valore attribuito dagli organizzatori e dai partecipanti all'esperienza formativa realizzata, è necessario progettare studi specifici.

Gli osservatori devono avere competenze nel campo della formazione continua del personale sanitario. Per garantire un'adeguata uniformità di competenze e di comportamenti è necessario che seguano un percorso formativo di base comune e che sia garantita l'indipendenza e l'assenza di conflitti di interesse relativamente agli eventi che saranno chiamati a valutare.

I dati raccolti dagli osservatori possono essere elaborati con diverse finalità. Sulla base di criteri predefiniti in ciascuna griglia di osservazione si potranno catalogare gli eventi come insufficienti, sufficienti o eccellenti se caratterizzati, rispettivamente, da elementi incongruenti rispetto al progetto, coerenti o di elevata qualità.

Si potranno anche effettuare elaborazioni ponderate utilizzando pesi diversi in percentuale per i singoli criteri in base all'importanza che si intende attribuire loro. In questo modo sarà possibile non appiattare i punteggi assegnati ed evitare di considerare uguali elementi che in effetti non hanno lo stesso impatto.

Sarà, infine, possibile integrare le schede e costruire profili da monitorare nel tempo, ad esempio per aree geografiche o per tipologie di *provider*.

3. Gli strumenti di osservazione e valutazione

ONECM
Osservatorio nazionale sulla qualità
della Educazione continua in medicina



GRIGLIE DI OSSERVAZIONE DEGLI EVENTI

PROGETTO SPERIMENTALE

Regione

n. _____

| | |
|--------------------------------------|--|
| Titolo dell'evento osservato: | |
| Nome dell'organizzatore dell'evento: | |
| Sede dell'evento: | |
| Data dell'osservazione: | |
| Durata dell'osservazione: | |

Osservatori:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

Griglia 1. Coerenza tra il progetto accreditato e la sua effettiva realizzazione (parte I)

Questa griglia permette di esplorare, nel corso di una visita durante l'evento, gli elementi minimi essenziali che testimoniano la corrispondenza delle dichiarazioni fatte in sede di accreditamento ECM.

La descrizione del significato attribuito a ciascun valore è indicato nelle caselle.

L'attribuzione del valore 0 anche per un solo requisito, laddove previsto, segnala gravi incongruenze o irregolarità che non possono essere bilanciate con punteggi positivi per altri aspetti e il giudizio sull'evento va considerato comunque negativo.

| | CRITERIO | DESCRIZIONE DEL CRITERIO | INVALIDANTE | CONFORMITÀ | | QUALITÀ (va compilata anche in presenza di non conformità) | | |
|---|---|---|--------------------------|-----------------|-----------------|---|--|---|
| | | | | CONFORME | NON CONFORME | | | |
| a | Partecipanti | Verifica del numero e della tipologia dei partecipanti | Non ci sono partecipanti | ≤ al dichiarato | > al dichiarato | Il numero dei partecipanti compromette l'efficacia dell'evento | Il numero dei partecipanti riduce l'efficacia dell'evento | Il numero dei partecipanti è appropriato per l'evento |
| b | Sistema di rilevazione delle presenze | Modalità di rilevazione delle presenze partecipanti e docenti | Nessuna rilevazione | | | Registrazione una sola volta (es. solo inizio o solo fine evento) | Registrazione all'inizio e alla fine del progetto/evento formativo | Registrata con sistemi di controllo "puntuali" (doppia firma ogni giornata, annotazione di eventuali uscite anticipate, ecc.) |
| c | Sede di svolgimento/comfort/assetto didattico | Verifica della adeguatezza e idoneità della sede e delle attrezzature rispetto agli obiettivi e ai partecipanti | Non esiste la sede | | | Compromette lo svolgimento dell'evento | Non consente un buon svolgimento dell'evento | Permette un buon svolgimento dell'evento |
| d | Durata | Verifica della corrispondenza del numero di ore erogate rispetto alle dichiarate | Corso inesistente | | | Scostamento: in + o in - (%) _____ | | |

Griglia 1. Coerenza tra il progetto accreditato e la sua effettiva realizzazione (parte II)

| | CRITERIO | DESCRIZIONE DEL CRITERIO | INVALIDANTE | CONFORMITÀ | | QUALITÀ (va compilata anche in presenza di non conformità) | | |
|---|--|--|--|------------|--------------|---|---|--|
| | | | | CONFORME | NON CONFORME | | | |
| e | Programma | Corrispondenza in relazione a: docenti, contenuti e metodologie didattiche | Programma non riconoscibile | | | Le modifiche apportate al programma hanno compromesso l'efficacia dell'evento | Le modifiche apportate al programma hanno mantenuto l'efficacia dell'evento | Le modifiche apportate al programma hanno migliorato l'efficacia dell'evento |
| f | Materiale didattico | Presenza e verifica della distribuzione del materiale previsto | | | | | | |
| g | Test di apprendimento | Somministrazione degli strumenti di valutazione dell'apprendimento | Non c'è somministrazione | | | Il test di apprendimento non è coerente con gli obiettivi | Il test di apprendimento è coerente con gli obiettivi | Il test di apprendimento è articolato su più prove |
| h | Questionario di gradimento | Somministrazione degli strumenti di verifica del gradimento e della percezione dei partecipanti sulla presenza di conflitti di interesse | No, non è prevista alcuna modalità per indagare il gradimento dei partecipanti | | | | Il questionario non misura la percezione del conflitto di interesse | Il questionario misura sia il gradimento dei partecipanti sia la percezione del conflitto di interesse |
| i | Raccolta delle autocertificazioni (ai sensi dell'art. 48, comma 25, della L. 326/2003) | Evidenza delle autocertificazioni di tutti i docenti | Non c'è documentazione | | | | | |

Griglia 2. Presenza di sponsorizzazioni durante un evento accreditato per l'ECM

Questa griglia permette di esplorare, nel corso di una visita durante un evento accreditato per l'ECM, la eventuale presenza di sponsorizzazioni e le forme che può assumere. In assenza di precise indicazioni condivise in merito ai comportamenti che gli sponsor dovrebbero adottare, le osservazioni non servono per esprimere giudizi, ma hanno solo una finalità descrittiva per conoscere meglio questo fenomeno.

L'unico riferimento normativo preciso al conflitto di interesse è contenuto nella legge 326/2003 (art. 48 comma 25) e riguarda l'obbligo per gli organizzatori di raccogliere le autocertificazioni dei docenti: questo aspetto è stato, di conseguenza, inserito nella Griglia 1 di osservazione delle conformità.

Vengono considerati sponsor in questo contesto tutte le imprese e le organizzazioni, profit o no profit, che sostengono l'iniziativa formativa, che abbiano o meno interessi commerciali nel campo sanitario. Non viene considerato come sponsor il fornitore di attrezzature specifiche acquisite dall'organizzazione sanitaria durante le iniziative di addestramento all'uso.

La griglia proposta è rigida al fine di semplificare la descrizione delle situazioni, ma si suggerisce di arricchirla quando possibile con note libere, soprattutto per cogliere aspetti non previsti, inusuali o più di dettaglio.

Prima della visita è necessario che l'osservatore abbia a disposizione la documentazione presentata dall'organizzatore per ottenere l'accreditamento del progetto (dall'ente accreditante). Va anche verificato se per l'evento osservato è stata richiesta l'autorizzazione dell'Agenzia italiana del farmaco ai sensi della Legge 326/2003 relativa alla propaganda farmaceutica e, in caso positivo, va ottenuta la documentazione relativa (dall'AIFA o dalla Regione). Va anche richiesto all'organizzatore di produrre la documentazione eventualmente disponibile relativa ai rapporti con gli sponsor.

**Griglia 2. Presenza di sponsorizzazioni durante un evento accreditato per l'ECM
(prima dell'inizio della visita)**

| | CRITERIO | 1 | 2 | 3 |
|---|---|--|--|-------------------------------------|
| a | Presenza di sponsor prevista nell'accreditamento | Sì, un solo sponsor | Sì, più di uno sponsor | No |
| b | Autorizzazione dell'AIFA ottenuta per l'evento ai sensi della Legge 326/2003 art. ... comma ... | Sì, richiesta da una sola azienda farmaceutica | Sì, richiesta da più aziende farmaceutiche | No |
| c | Documentazione scritta relativa al rapporto tra sponsor e organizzatore | No | Sì, in forma semplice (es. una lettera) | Sì, in forma di contratto esplicito |

Griglia 2. Presenza di sponsorizzazioni durante un evento accreditato per l'ECM (durante la visita)

| | CRITERIO | 1 | 2 | 3 |
|---|--|---------------------------------|---|----|
| d | Evidenza della presenza di sponsor in qualunque forma (se la risposta è positiva proseguire con gli altri criteri) | Sì, di uno solo (indicare nome) | Sì, di molti (elencare nomi) | No |
| e | Disponibilità di informazioni generiche sullo sponsor (logo, <i>gadget</i> , materiali informativi generici, ...) durante l'evento | Sì, in aula | Sì, fuori dell'aula e/o a disposizione a richiesta e/o nella documentazione consegnata ad ogni partecipante | No |
| f | Disponibilità di informazioni specifiche sui prodotti dello sponsor (documentazione specifica, rappresentanti, ...) durante l'evento | Sì, in aula | Sì, fuori dall'aula e/o a disposizione a richiesta e/o nella documentazione consegnata ad ogni singolo partecipante | No |
| h | Note aggiuntive di descrizione della situazione osservata | | | |

Griglia 3. Qualità del processo formativo in aula (parte I)

Questa griglia permette di esplorare, nel corso di una visita durante l'evento, alcuni elementi relativi alla qualità del processo formativo in aula.

La descrizione del significato attribuito a ciascun valore è indicato nelle caselle.

Non vi sono criteri invalidanti e, quindi, non c'è il valore 0.

| | CRITERIO | INSUFFICIENTE | SUFFICIENTE | QUALIFICANTE |
|---|--|---|---|--|
| a | Obiettivi e programma | Assenza di autopresentazione Si inizia subito con l'esposizione dei contenuti Non si presentano né obiettivi né contenuti | In apertura, vengono presentati gli obiettivi formativi e le modalità | Periodicamente si richiamano gli obiettivi formativi e lo stato di attuazione del percorso formativo Partecipazione attiva dei discenti nella ricostruzione del percorso formativo Connessioni/collegamenti con contenuti precedenti da parte di un docente/coordinatore |
| b | Tempi | Modifica dei tempi in termini di riduzione/tagli a scapito delle attività successive Perdita della attenzione dell'aula La tempistica viene imposta | Lieve sfioratura che non compromette gli interventi successivi | Adattamento dei tempi in funzione delle esigenze di apprendimento |
| c | Rielaborazione esercitazioni, lavori di gruppo, discussione, ecc.) | Esercitazioni senza rielaborazione Esercitazioni dichiarate ma non svolte | Esercitazioni con discussione in plenaria | Esercitazioni discusse e collegate con il contesto professionale |

Griglia 3. Qualità del processo formativo in aula (parte II)

| | CRITERIO | INSUFFICIENTE | SUFFICIENTE | QUALIFICANTE |
|---|---|--|---|---|
| d | Strumenti di supporto all'apprendimento | Assenza o strumenti inadeguati Previsti strumenti ma non utilizzati | Strumenti adeguati ma con difficoltà tecniche Insufficienti rispetto al numero di partecipanti | Strumenti interattivi Utilizzabili in tempo reale Tarati sugli obiettivi |
| e | Materiale didattico | Non distribuito Generico, non collegato ai contenuti | Distribuito | Distribuito e completo di bibliografia |
| f | Restituzione risultati di verifica | Non viene effettuata nessuna restituzione Restituzione senza discussione | Restituzione e discussione sugli errori e sul loro significato | Restituzione e discussione collegata ai contenuti e al percorso di apprendimento |
| g | Clima d'aula (interesse, attenzione, coinvolgimento finalizzazione) | Rumore di fondo Assenza di interventi anche se sollecitati Distacco Scivolamento dal contesto di lavoro d'aula Contesto "svalutante" Aggressività | A fronte di segnali da parte dei partecipanti, la docenza interviene | Partecipazione/interazione continua e con riferimenti all'esperienza personale Collaborazione e scambio Vivacità, coinvolgimento attivo Aggressività con rielaborazioni finali condivise |
| | | Eventuali polarità significative: (rilassamento/tensione, finalizzazione/dispersione, fiducia/sfiducia, ordine/disordine, partecipazione attiva/passività, interesse/disinteresse, consenso/conflitto) | | |
| c | Note | | | |

Griglia 4. Traccia di intervista per il referente dell'organizzatore della formazione

Raccolta e disseminazione delle buone prassi: sul sistema di valutazione, sulla documentazione, sull'analisi del fabbisogno, ecc., in particolare sull'uso dei risultati della valutazione degli interventi formativi.

Il sistema di valutazione dell'intervento formativo è un elemento obbligatorio per l'accreditamento ECM e tale aspetto è incluso, quindi, nella Griglia 1. Questa traccia di intervista semi strutturata permette, invece, di rilevare in quale modo l'attività di valutazione venga effettivamente utilizzata dagli organizzatori per il miglioramento delle azioni formative. Viene esplorato in particolare l'approccio alla valutazione più o meno formale/burocratico, di carta più o meno utile, e l'interesse reale da parte degli organizzatori all'utilizzo dei dati/strumenti di valutazione comunque somministrati, per valutare il proprio lavoro, per ri-elaborare l'esperienza effettuata, per ri-progettare le forme e i modi di erogare la propria attività. L'osservazione si riferisce a un insieme di eventi passati e, quindi, può essere effettuata nel corso di una visita durante un evento, ma a condizione che si possa riferire comunque a situazioni precedenti.

Traccia di intervista

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• I questionari di gradimento e di apprendimento vanno obbligatoriamente rielaborati ed inseriti nel sistema informativo: i risultati di tali rielaborazioni vengono valutati ed analizzati dall'organizzazione o vengono solo archiviati? | |
| <ul style="list-style-type: none">• Se vengono valutati, potrebbe esemplificare alcune indicazioni ricavate da questa valutazione ed i cambiamenti conseguentemente introdotti nella realizzazione degli eventi formativi successivi? | |
| <ul style="list-style-type: none">• Esiste un report, complessivo, periodico o per singolo evento che riporti in modo formalizzato le risultanze dell'analisi dei questionari di gradimento e/o di apprendimento? (se esiste chiedere di poterne acquisire un modello esemplare su un evento od un gruppo di eventi effettivamente realizzati, da mettere a disposizione quale buona prassi). | |
| <ul style="list-style-type: none">• Il <i>provider</i> utilizza strumenti per la valutazione del trasferimento degli apprendimenti o per la verifica dell'impatto della formazione a distanza di tempo? | |
| <ul style="list-style-type: none">• Se sì, quali strumenti vengono utilizzati? Sono destinati ai partecipanti, alle organizzazioni o ad entrambi? (acquisire gli eventuali modelli) | |
| <ul style="list-style-type: none">• Se sono in via di costruzione è possibile acquisire i documenti progettuali che sottendono all'implementazione di questo tipo di valutazione? | |
| <ul style="list-style-type: none">• Se sono già stati completamente utilizzati, esistono report relativi ai risultati rilevati attraverso la valutazione dell'impatto e del trasferimento degli apprendimenti? (eventualmente acquisire copia) | |
| <ul style="list-style-type: none">• Sono state introdotte modificazioni nell'organizzazione degli eventi formativi a seguito delle risultanze di dette valutazioni? Se sì, quali? (acquisire se possibile eventuale documentazione formale) | |

ONECM
**Osservatorio nazionale sulla qualità
della Educazione continua in medicina**



RAPPORTO CONCLUSIVO

PROGETTO SPERIMENTALE

Regione

n. _____

1. Anagrafica

Titolo dell'evento osservato:

Nome dell'organizzatore dell'evento:

Sede dell'evento:

Data dell'osservazione:

Durata dell'osservazione:

Osservatori:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

2. Il contesto formativo

Momento formativo osservato

Organizzatore (modalità di contatto prima durante o dopo l'osservazione)

Committente/i dell'evento formativo (eventuale contatto)

Interlocutori intervistati

3. Risultati essenziali dell'osservazione con le griglie

Griglia 1.

Griglia 2.

Griglia 3.

4. Note e sintesi dei risultati complessivi della visita

5. Eventuali informazioni e suggerimenti forniti all'Organizzatore

**6. Note per l'Osservatorio ONECM
(problemi/buone pratiche riscontrati durante la visita o altro di interesse per l'ONECM)**

Intervista sul valore attribuito dal partecipante all'esperienza formativa

Questa intervista semi-strutturata va utilizzata a posteriori sia con i partecipanti a un determinato programma formativo, sia con i loro responsabili, ed è finalizzata ad esplorare il valore da questi attribuito all'esperienza formativa. Può essere utilizzata singolarmente o in gruppo.

1) Percezione dell'attività formativa realizzata

- Il corso è risultato rispondente alle sue aspettative iniziali?
- Che valore ha per lei la formazione?
- Consiglierebbe la stessa esperienza ad un suo collega?

2) Utilizzazione dei contenuti appresi

- Ritiene che il corso sia stato efficace?
- Ritiene che sia stato importante il monitoraggio e le valutazioni effettuate durante le diverse attività formative?
- Ritiene di aver ampliato le sue conoscenze in seguito alla partecipazione al corso?
- Il corso complessivamente è stato coerente alle esigenze del suo ruolo professionale?
- Le tematiche affrontate durante l'attività formativa sono state trasferite/sono trasferibili nel suo agire quotidiano? (richiedere un'esperienza esemplificativa)
- Crede che il corso le ha permesso di affrontare situazioni che prima non era in grado di gestire?

4. Il percorso formativo per osservatori

Introduzione

Tra gli obiettivi del progetto pilota vi era anche quello di sperimentare un modello di percorso formativo di base per la preparazione degli osservatori, cioè delle persone che saranno incaricate di effettuare le valutazioni sulla qualità dell'attività formativa accreditata ECM per conto del Ministero e delle Regioni.

I candidati ammessi al percorso pilota dovevano essere competenti nel campo della formazione del personale sanitario e in particolare dell'Educazione continua in medicina. Dovevano anche avere competenze informatiche per la gestione di testi, l'elaborazione statistica semplice e la connessione in linea. Non sono state richieste, invece, competenze specifiche nei diversi settori della medicina.

La realizzazione di questo percorso sperimentale, che ha coinvolto un gruppo di esperti provenienti da quasi tutte le Regioni è servito sia a mettere a punto il modello formativo proposto, sia anche a effettuare le prime valutazioni sulla sostenibilità degli obiettivi del progetto pilota e sulla validità degli strumenti proposti.

Il percorso formativo è stato articolato in tre parti:

- una prima parte propedeutica residenziale di due moduli;
- una parte di visite sul campo;
- una parte conclusiva di valutazione.

Obiettivi formativi specifici

Il percorso formativo è stato progettato con la finalità di mettere i partecipanti nelle condizioni di svolgere il ruolo e le funzioni dell'osservatore della qualità formativa dell'ECM.

Considerando le differenze regionali e personali, il percorso doveva anche produrre un'armonizzazione dei linguaggi e delle conoscenze sui sistemi di accreditamento e sui metodi di valutazione formativa.

Gli obiettivi formativi specifici hanno incluso, inoltre:

- le competenze per organizzare ed effettuare le visite di valutazione ad eventi formativi accreditati per l'ECM, secondo gli indirizzi definiti dall'ONECM, in un ambito più generale di promozione del miglioramento della formazione continua e stabilendo le necessarie relazioni con i referenti locali;

- le capacità di riconoscere le fasi salienti di un processo formativo accreditato ECM e di utilizzare in modo coerente gli strumenti di osservazione condivisi, identificando le eventuali discrepanze dal modello di riferimento definito;
- le regole per redigere un rapporto di valutazione comprensivo delle osservazioni e delle considerazioni rilevanti.

Partecipanti

Al percorso formativo di base hanno partecipato 29 persone provenienti dalle 9 Regioni che hanno aderito al progetto e da Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Sardegna e Umbria che, pur non avendo aderito inizialmente al progetto, hanno chiesto di essere rappresentate per avviare già in questa fase precoce il processo di armonizzazione. I partecipanti hanno mostrato elevate competenze, soprattutto nel campo metodologico.

All'ultimo modulo del percorso hanno anche partecipato alcuni rappresentanti della Commissione nazionale per la formazione continua.

Agenda e programma

Il percorso si è articolato in quattro moduli.

I. Introduzione all'ECM

(Salsomaggiore, 14-16 novembre 2005)

- Introduzione al corso - Questionario di ingresso - Presentazione dei partecipanti.
- Introduzione al Programma nazionale per l'Educazione continua in medicina.
- Introduzione al progetto pilota per un "Osservatorio nazionale sulla qualità dell'educazione continua in medicina" e al percorso formativo. Lavoro di gruppo sui punti critici e le prospettive del sistema di Educazione continua in medicina (rilevanza, sistemi di accreditamento, contesto, normativa, procedure, situazione a livello nazionale e regionale).
- La formazione nei processi di miglioramento dell'assistenza sanitaria. Formazione e organizzazione. Formazione e governo clinico. Formazione e accreditamento delle strutture sanitarie.
- Introduzione all'apprendimento nell'adulto, alle metodologie didattiche, alla valutazione della qualità nella formazione. Lavoro di gruppo sulle coerenze nella formazione.
- Le prospettive dell'ECM.
- Presentazione del sito *web* dedicato.
- Presentazione del secondo modulo e della preparazione
- Valutazione del modulo

II. Introduzione alle visite di valutazione

(Salsomaggiore, 24-26 gennaio 2006)

- Il ruolo dell'osservatore
- Gli strumenti di osservazione: qualità del processo d'aula
- Gli strumenti di osservazione: coerenza nella realizzazione dei progetti
- Gli strumenti di osservazione: utilizzo dei sistemi di valutazione della qualità formativa
- Gli strumenti di osservazione: effetti delle iniziative formative
- La programmazione e la gestione della visita di valutazione
- La relazione conclusiva
- Organizzazione delle visite
- Valutazione del modulo

III. Le visite di valutazione

(parte pratica sul campo, svoltasi nell'autunno 2006)

- Visite di osservazione a 26 eventi distribuiti in diverse regioni, mediante collegi formati da almeno due osservatori, di cui uno della regione sede dell'evento. Sono stati utilizzati gli strumenti (griglie e questionari) elaborati nei moduli precedenti. Le visite, a carattere didattico e sperimentale, sono state programmate sulla base di indicazioni della Commissione nazionale per la formazione continua, con criteri di significatività in rapporto alla distribuzione geografica, all'ente accreditante, alla tipologia dei *provider*, alle forme di sponsorizzazione e alle caratteristiche degli eventi.

IV. I risultati delle visite di valutazione

(Salsomaggiore, 10-12 gennaio 2007)

- Nella prima giornata si è tenuto un modulo ridotto introduttivo al processo di valutazione della qualità in ECM, rivolto agli esperti di formazione in sanità indicati dalla Commissione nazionale della formazione continua e da alcune Regioni interessate, che non avevano frequentato i moduli precedenti.
- Nelle successive due giornate si sono svolte, nell'ambito di gruppi di lavoro misti costituiti da osservatori di collegi di visita diversi, le valutazioni delle visite effettuate, sia rispetto agli esiti delle osservazioni e delle interviste, che rispetto agli strumenti di osservazione e alle procedure sperimentate. Sulla base di questo si è proceduto al perfezionamento degli strumenti e delle procedure che, insieme ai rapporti conclusivi delle visite sul campo, ha costruito l'ambito della valutazione finale dei partecipanti al corso.

Metodologia didattica e di valutazione

Il percorso si è basato su metodologie didattiche interattive e sull'impegno diretto dei partecipanti. In aula, accanto a momenti di esposizione teorica, ci sono stati lavori in piccoli gruppi e discussioni plenarie.

La terza fase del corso è stata dedicata alle visite di valutazione sul campo, a cui hanno partecipato solo coloro che avevano seguito interamente i due moduli iniziali.

Per la valutazione finale era necessario avere seguito interamente tutti i moduli. Ogni partecipante è stato valutato in base agli interventi durante i moduli residenziali e alle relazioni sulle visite di valutazione a cui aveva partecipato.

Ad ogni partecipante è stato chiesto di compilare un questionario di ingresso (vedi *Allegato A*) finalizzato a esplorare le conoscenze sui sistemi di accreditamento per l'ECM e le competenze nel campo della progettazione formativa. Il questionario ha anche svolto una funzione positiva nel guidare gli approfondimenti sui punti critici. Sono state inoltre effettuate valutazioni di gradimento del percorso formativo svolto durante il processo.

Nei moduli residenziali (I, II e IV) c'è stata la presenza in aula, con funzioni di docenza e di valutazione, anche degli esperti delle Unità operative del progetto che hanno partecipato alla progettazione. È stata utilizzata anche la consulenza di un esperto in organizzazione aziendale e formazione del personale sanitario. Sono state adottate diverse tecniche didattiche: relazioni in plenaria con supporti video, presentazione di casi, lavori individuali, lavori di gruppo, esercitazioni, discussioni in plenaria.

Il Gruppo di progettazione, in collaborazione con alcuni partecipanti al corso, ha formulato specifiche indicazioni sulla utilizzabilità del modello formativo sperimentato, sulla base delle quali è stato così possibile predisporre uno strumento di supporto al percorso formativo in *e-learning*, allo scopo di facilitare la diffusione omogenea dei contenuti e della documentazione prodotti nel corso stesso.

I partecipanti avevano a disposizione la documentazione presentata e quella di riferimento.

La valutazione è invece stata progettata come evento finale del percorso formativo da attuare sul campo.

Sussidio per l'autoapprendimento

Il Corso di formazione per gli osservatori della qualità ha una parte che attiene alle relazioni con gli organizzatori di formazione e al giudizio sulle situazioni osservate che necessariamente deve essere sviluppata sul campo. Ha anche una parte di apprendimento di conoscenze relative alle normative, ai principi base delle metodiche e dei processi formativi e agli strumenti di osservazione e di valutazione della formazione, ecc., che deve essere comune a tutti e fortemente standardizzata. Con la documentazione e le esperienze prodotte per il Corso, questa seconda parte è stata trasferita in un sussidio di autoapprendimento per facilitarne la diffusione in modo omogeneo a un ampio numero di utenti.

Il sussidio è su CD, ma è stato strutturato anche per essere messo in rete, con la possibilità di attivare funzioni di tutoraggio e *forum* di discussione.

L'intero Corso è alloggiato su una piattaforma di navigazione dall'aspetto lineare che semplifica il reperimento delle differenti funzioni in essa contenuta, che sono quindi disponibili durante tutto il percorso formativo. Da qualsiasi punto del Corso, infatti, l'utente può accedere all'indice, da cui può muoversi liberamente fra le varie sezioni dei moduli, visualizzare un glossario, una bibliografia, l'aiuto alla navigazione e può accedere alla sezione dedicata ai documenti di supporto scaricabili.

Le pagine sono costruite in formati che richiedono la presenza di comuni *plug in* (Flash Player®, Adobe Acrobat Reader®). L'intero Corso è strutturato tecnologicamente in maniera adeguata al tracciamento secondo gli standard AICC e SCORM.

La struttura del sussidio prevede:

- una prima parte con le conoscenze relative alla funzione di osservatore, che è guidata da uno strumento di autovalutazione e utilizza ipertesti e supporti documentali;
- una seconda parte che affronta diverse situazioni concrete con giochi di ruolo e simulazioni integrati da molteplici strumenti di autovalutazione proposti in itinere e volti a individuare le aree di conoscenza più deboli e a stimolare quindi l'ulteriore approfondimento.

In particolare il sussidio si articola in 5 moduli didattici che seguono lo schema proposto dal Corso pilota svolto in aula e sono costituiti da contenuti strutturati in modo schematico e resi interattivi da ipertesti e animazioni finalizzati a sollecitare l'attenzione durante lo studio:

1. Il primo modulo dedicato all'"Introduzione all'ECM" è preceduto da un pre-test a risposte multiple senza indicazione della risposta corretta, che ha la funzione di verificare le conoscenze di base dell'utente. Il sistema, alla fine dello svolgimento del test, attribuisce uno *score* basato sul numero di risposte esatte fornite e indirizza l'utente verso il percorso formativo ottimale. Il test viene riproposto alla fine del primo modulo come test di autoverifica, segnalando quindi il risultato commentato delle risposte fornite.
2. Il secondo modulo tratta "Il processo formativo" ed è completato da un test di verifica di apprendimento basato su quesiti a risposta aperta. Le risposte compilate dall'utente possono essere verificate mediante comparazione con quelle fornite dal sistema.
3. Il terzo modulo introduce all'utilizzo delle griglie di valutazione, analizzando in dettaglio con ipertesti e animazioni il contenuto e il valore attribuito a ogni campo di ciascuna griglia.
4. Il quarto modulo descrive le modalità dell'osservazione, la valutazione, il processo comunicativo dell'intervista e il ruolo dell'osservatore mediante ipertesti e animazioni.
5. Il quinto modulo è incentrato sull'utilizzo delle griglie di valutazione ed è basato sulla sceneggiatura di un caso simulato di osservazione seguito dal *role playing* in cui l'utente diviene l'osservatore e, in base alle scene proposte, deve indicare commenti

e rilevare incongruenze, inappropriatezze ed errori osservati, la cui correttezza può essere verificata comparando le proprie risposte con quelle fornite dal *feedback* del sistema.

In ciascun modulo sono attivati molteplici *link* interni sia alla documentazione utile per l'approfondimento degli argomenti trattati, sia alla normativa. Le risorse documentali richiamate nel testo sono inoltre disponibili nella sezione dei *download* in formati adatti all'archiviazione e all'eventuale stampa.

5. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua

Una indagine qualitativa e due quantitative

Nell'ambito del percorso formativo per osservatori, a cui hanno partecipato esperti di quasi tutte le Regioni, si è ritenuto utile sperimentare anche la possibilità di realizzare un'indagine sulle opinioni degli operatori sanitari in merito alla formazione ricevuta in questi anni e alle sue prospettive.

Lo studio, realizzato nell'autunno 2006, ha coinvolto un numero di operatori elevato, di numerose aree del Paese, di ogni professionalità e struttura sanitaria e ha dimostrato la fattibilità e l'utilità di simili strumenti per un Osservatorio sulla qualità della formazione continua. Maggiori dettagli sullo studio sono pubblicati nel Dossier n. 169.

I risultati emersi, anche per l'assenza di altre indagini di comparabile dimensione e distribuzione, consentono alcune osservazioni significative sui cambiamenti che l'ECM ha prodotto nella formazione agli operatori sanitari e sulle possibili linee di sviluppo per i prossimi anni.

Lo studio era articolato in due parti, una a carattere qualitativo e una quantitativa. La prima è stata realizzata attraverso *focus group* tenuti con responsabili della formazione aziendale, direttori di strutture complesse e direttori di servizi infermieristici in Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Provincia autonoma di Trento, Puglia e Toscana.

Lo studio di carattere quantitativo è stato realizzato attraverso due modalità complementari, con un medesimo questionario:

- un'indagine su base campionaria, rivolta a operatori con obbligo ECM, che ha coinvolto 14 Aziende sanitarie (territoriali, ospedaliere e ospedaliero-universitarie) di 11 regioni, per un totale di 3.317 rispondenti (*Figura 2*);
- un sondaggio volontario, tramite questionario in linea attraverso i siti *web* di Assessorati regionali alla sanità e Aziende sanitarie, rivolto agli interessati all'ECM, a cui hanno partecipato 10.781 operatori di molte regioni, soprattutto Toscana, Emilia-Romagna, Veneto, Lombardia, Lazio e Marche (*Figura 3*).

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

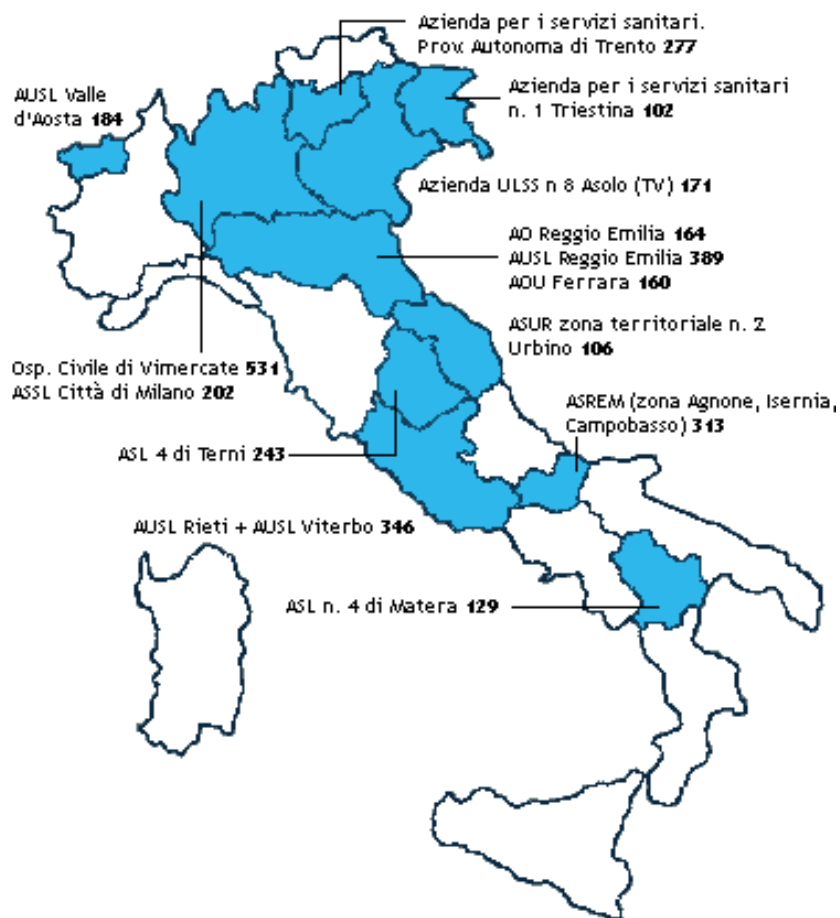
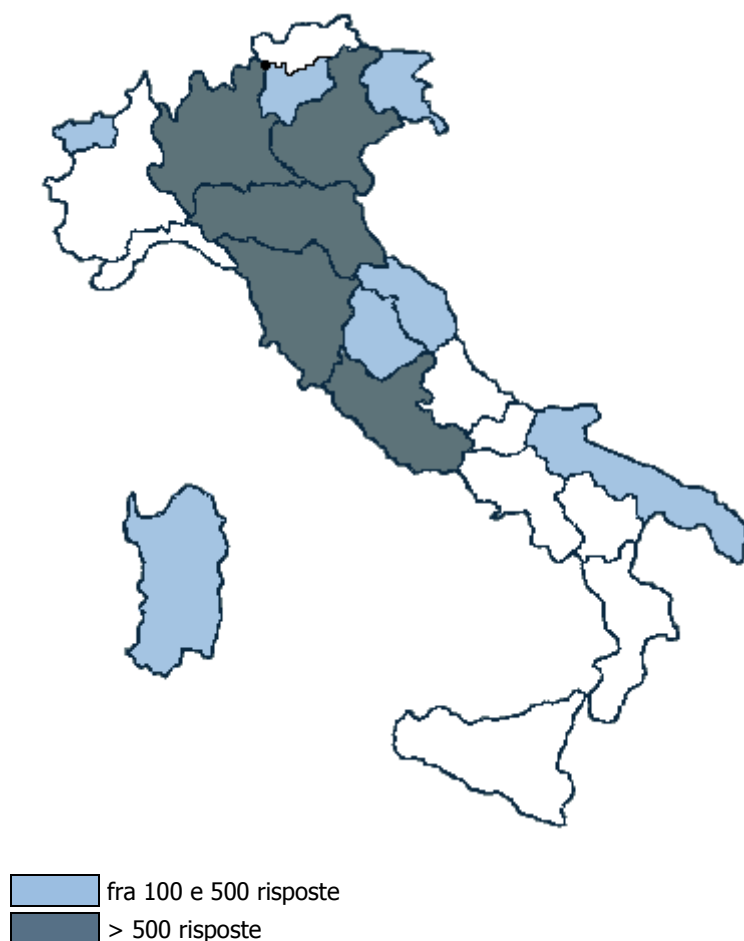


Figura 3. Partecipazione all'indagine volontaria per regione



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 (61,6% donne). Anche l'esperienza lavorativa è risultata simile tra le due indagini: hanno risposto in maggioranza persone con anzianità di lavoro superiore ai 15 anni (il 64,5% nell'indagine volontaria e il 67,9% nell'indagine campionaria).

Nell'indagine campionaria la distribuzione per professione (27,4% medici, 52,9% infermieri, 19,6% altre professioni) rispecchia, sia pure con qualche scostamento, quella esistente nel SSN (23,3% medici, 58,4% infermieri, 18,3% altre professioni). Nel sondaggio volontario invece la presenza di infermieri risulta sottorappresentata (39,1%). All'indagine volontaria hanno risposto anche 619 professionisti (5,7%) senza obbligo di ECM.

Formazione e organizzazione sanitaria

In primo luogo va sottolineato come il giudizio che emerge dopo 5 anni dall'introduzione del sistema ECM sia nel complesso positivo (*Figure 4, 5 e 6*). Circa il 50% dei rispondenti sostiene che vi siano state maggiori opportunità di formazione di quante se ne avessero prima (la percentuale raggiunge il 60% tra gli infermieri) e quasi il 75% ritiene che siano state di buona qualità. La maggioranza ritiene anche che la formazione ricevuta abbia contribuito 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. L'opportunità e l'incentivo alla formazione hanno migliorato l'equità nell'accesso agli eventi, soprattutto per professioni che in passato avevano avuto minori occasioni.

Figura 4. Distribuzione delle risposte sull'opportunità di formazione dall'introduzione del sistema ECM in entrambe le indagini

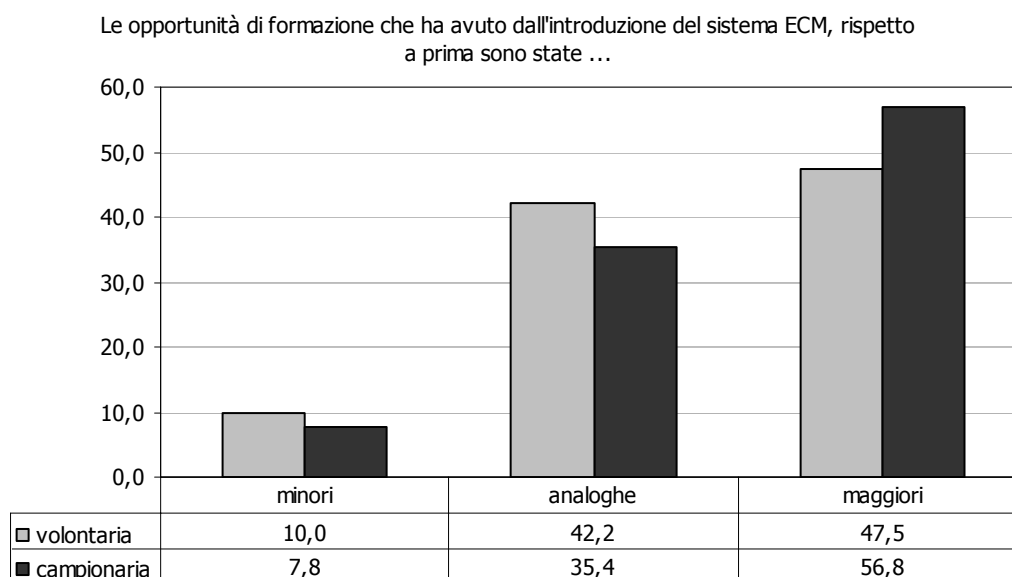


Figura 5. Distribuzione dei giudizi sugli effetti dell'ECM nell'indagine campionaria

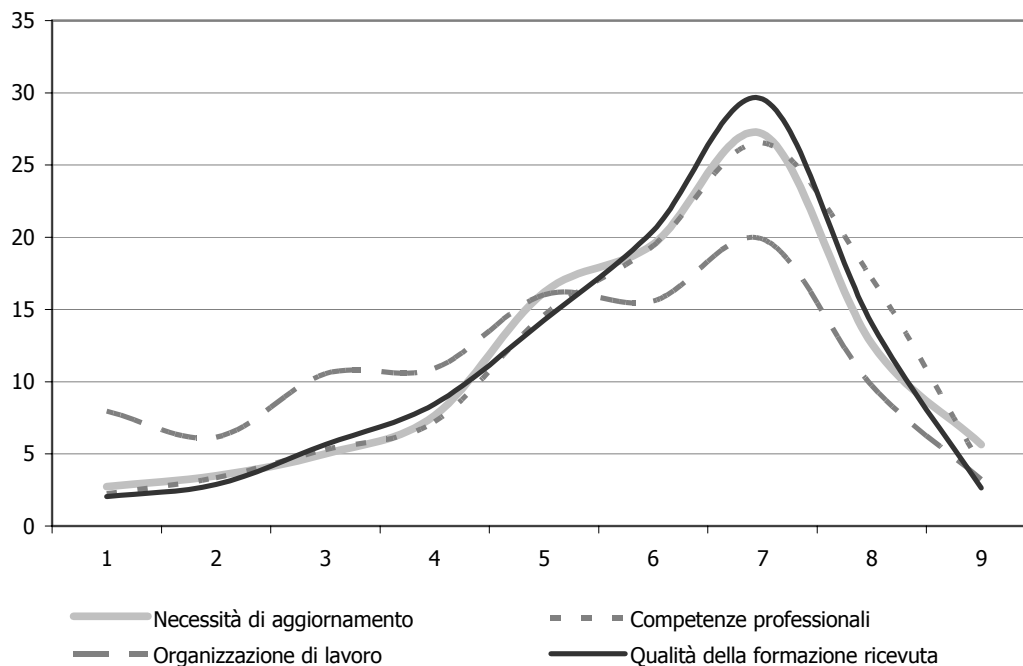
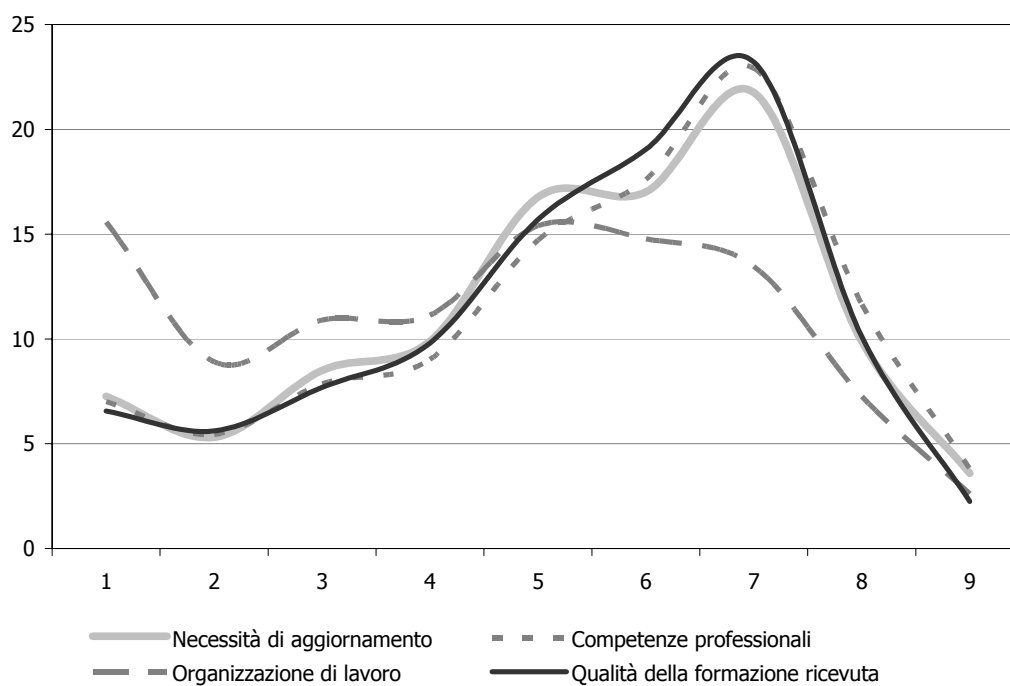


Figura 6. Distribuzione dei giudizi sugli effetti dell'ECM nell'indagine volontaria



La soddisfazione dei rispondenti, però, è minore quando si valuta l'incidenza che l'ECM avrebbe avuto sull'organizzazione del lavoro. Nei *focus* i dirigenti rilevano anche la criticità dell'ECM per la gestione dei turni di lavoro.

È comunque largamente riconosciuto un ruolo di rilievo alle Aziende sanitarie nella capacità di offrire formazione, soprattutto legata a obiettivi di sviluppo e innovazione, anche se si registra a volte uno scollamento con le necessità dei fruitori ECM.

Più controversa è l'opinione sulla presenza degli sponsor. Da alcuni sono ritenuti ininfluenti, da altri fortemente inquinanti il processo formativo. Nel complesso comunque, il fenomeno sembra essere relativamente poco avvertito dagli operatori sanitari che hanno partecipato all'indagine.

Metodi e attori della formazione

Tutte le diverse tecniche didattiche proposte sono generalmente considerate utili per l'apprendimento, ma con alcune significative differenze. La formazione sul campo viene più apprezzata rispetto ai metodi tradizionali. Questo perché è legata alla pratica e al contesto organizzativo, e contribuisce a ridurre le distanze, contestualizzando la formazione e identificando l'ambito lavorativo come terreno privilegiato per l'ECM.

La lettura di articoli scientifici e la partecipazione a ricerche sono considerati validi strumenti formativi, soprattutto dai medici, che esprimono giudizi mediamente più positivi rispetto agli infermieri. Anche gli strumenti didattici più tradizionali, quali seminari e convegni, hanno riscontrato gradimento.

Relativamente più freddo, invece, è il giudizio sulla formazione a distanza: da circa il 75% di pareri positivi sulle altre tecniche, si scende a meno del 50%. Dai *focus* emerge anche che la FAD spesso è percepita come inadeguata a garantire da sola un buon apprendimento e viene quindi considerata più un supporto ad altre modalità.

Nel loro complesso, i risultati emersi dai tre filoni di indagine sembrano suggerire l'importanza di un approccio formativo capace di combinare e di integrare tra loro le diverse attività didattiche, privilegiando metodi interattivi che stimolino l'apprendimento riflessivo e la motivazione.

Infine, sorprendentemente elevato è risultato l'interesse dei partecipanti verso la funzione formativa degli operatori sanitari. Quasi il 20% afferma di svolgere assiduamente attività di docenza o tutorato e circa il 30% saltuariamente; 3 persone su 4 giudicano molto utile per un operatore sanitario dedicare all'attività didattica una parte del proprio impegno professionale. Sono quindi decine di migliaia gli operatori sanitari impegnati nella formazione attiva. Rappresentano una risorsa importante, anche per l'Università, che merita di essere più conosciuta e valorizzata.

Per il futuro

Dall'indagine si possono anche cogliere alcuni suggerimenti per lo sviluppo dell'ECM.

- Regole snelle e condivise: si percepisce l'esigenza di individuare percorsi unici e condivisi di formazione, a livello sia aziendale, che regionale e nazionale. Si suggerisce di formalizzare, per chi ancora non lo avesse, un sistema di accreditamento regionale flessibile e in grado di integrare la formazione con gli obiettivi di micro e macro-sistema.
- Agganziare l'ECM a un sistema di competenze: si sostiene l'orientamento a un modello innovativo volto a sviluppare specifiche competenze dei professionisti attraverso un collegamento diretto dei crediti allo sviluppo di abilità. Emerge inoltre l'esigenza di poter valutare a distanza di tempo le competenze raggiunte sul campo attraverso indicatori di impatto.
- Indirizzi sinergici per la formazione: l'educazione continua deve assumere un ruolo di collegamento forte tra professionista e organizzazione e cogliere anche il punto di vista del cittadino e delle sue esigenze complessive e integrate di assistenza.
- Definizione di una struttura per l'ECM: la fiducia verso le Aziende sanitarie come *provider* di formazione suggerisce di investire di più nella formazione continua, con risorse economiche e umane, in particolare formatori e tutor.
- Sviluppo del sistema ECM: rispetto all'attuale sistema ECM, si propone di dare valore all'integrazione tra formazione e ricerca, di definire meglio il valore dei crediti, e di riconoscere l'esigenza di estendere l'obbligo ECM anche alle professioni non sanitarie.

6. Sintesi delle relazioni del Convegno conclusivo

Al termine del progetto pilota è stato organizzato un Convegno (vedi programma in *Tabella 3*) con il fine di presentare i risultati e di inquadrarli in un confronto più ampio sulla qualità della formazione in sanità, anche in una dimensione internazionale, e in particolare su:

- il contributo della formazione e della formazione continua ai processi di innovazione in sanità;
- le competenze e l'organizzazione necessarie alle strutture sanitarie per svolgere la loro funzione formativa;
- il contributo della formazione sul campo, della documentazione, dell'informazione scientifica e dell'*e-learning*;
- il portfolio formativo degli operatori sanitari;
- i conflitti di interesse.

Tabella 3. Programma del Convegno

| |
|--|
| <p>PROGETTO PILOTA OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA QUALITÀ DELL'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA</p> <p>Ministero della salute e Commissione salute della Conferenza delle Regioni</p> <p>organizzato Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna</p> <p>CONVEGNO NAZIONALE</p> <p>Per un Osservatorio sulla qualità dell'Educazione continua in medicina</p> <p>Bologna, 21 e 22 maggio 2007 Palazzo dei Congressi - Sala Italia Piazza della Costituzione (Fiera district)</p> |
|--|

(continua)

Programma

Lunedì 21 maggio 2007

Ore 9.00 **Registrazione partecipanti**

Ore 9.30 **Introduzione**

Giovanni Bissoni, Assessore alle politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna

Marco Biocca, responsabile scientifico di Progetta, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Ore 10.30 - 12.30

Le proposte per un Osservatorio sulla qualità dell'ECM: risultati del progetto pilota

Moderatori: Maria Linetti, Ministero della salute e Mario Romeri, Commissione salute della Conferenza delle Regioni

- Introduzione
- Elementi critici nella valutazione degli eventi
- Strumenti e modalità per l'osservazione
- Indagine sulle opinioni degli utenti
- Percorso di formazione degli osservatori
- Programma di formazione in *e-learning*
- Esperienze regionali

Ore 13.00 **Le prospettive**

Aldo Ancona, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Ore 14.00 - 17.00

Formazione e innovazione in sanità: la valutazione della qualità

Moderatore: Roberto Grilli, direttore dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

- De Virgilio, istituto superiore di sanità
- Joseph F. Gonnella, Tomas Jefferson University, Philadelphia, USA
- Bernard Marlow, Direttore del CME/CPD, College of Family Physicians, Canada
- Luisa Saiani, Università di Verona
- Francesco Taroni, Università di Bologna

(continua)

Martedì 22 maggio 2007

Ore 9.00 - 13.00

Competenze, organizzazione e conflitti di interesse nella valutazione della formazione continua in sanità

Moderatore: Riccardo Vigneri, Università di Catania

- Bernard Mailet, Segretario generale dell'European Union of Medical Specialists (UEMS), Belgio
- Moja, Centro Cochrane italiano
- Helios Pardell, direttore del Consiglio nazionale per l'accreditamento, Spagna
- Corrado Ruozi, Azienda sanitaria di Reggio Emilia
- Ian Starke, direttore del CPD, Federation of Royal Colleges of Physicians, UK

Ore 14.00 - 16.30

La qualità nella formazione continua in sanità: tavola rotonda con i protagonisti

Moderatore: Giovanni Renga, Università di Torino

- Serono Symposium International Foundation

Ore 17.00

Conclusioni

Maria Paola Landini, Preside della Facoltà di medicina dell'Università di Bologna

Comitato scientifico

Maria Paola Bacchielli, Marco Biocca, Claudio Ciavatta, Maria Linetti,
Paolo Messina, Riccardo Vigneri, Alberto Zanobini.

Comitato organizzatore

Maria Paola Bacchielli, Franca Bellotti, Francesco Nardi, Giovanni Perilli,
Manuela Righi, Silvana Scalise, Antonio Sellaroli, Enzo Vigutto.

Segreteria organizzativa

Antonella Bonci e Renata Mesirca
Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Sistema CDF - Settore formazione

Presentazione del Convegno

Giovanni Bissoni, Assessore alle politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna,

Il programma nazionale per la formazione continua degli operatori del Sistema sanitario nazionale è stata un'intuizione della riforma Bindi dell'ormai lontano 1999 che ha allineato il SSN agli altri grandi sistemi sanitari dei Paesi più sviluppati, indipendentemente dalla loro natura, siano cioè retti da sistemi di assicurazione privata o di mercato, come gli Stati Uniti; da assicurazioni sociali, come in Germania; oppure siano sistemi sanitari nazionali, come in Gran Bretagna, Canada e Italia.

Ciascuna di queste grandi famiglie di sistemi, indipendentemente dalla loro logica, ha sviluppato un robusto sistema di certificazione, accreditamento, valutazione e rivalutazione della competenza professionale dei suoi operatori, e dei medici in particolare, per obbedire alla natura stessa dei sistemi sanitari, indipendentemente dalle loro forme di finanziamento e dalle modalità di organizzazione e di funzionamento. Infatti, per qualunque sistema sanitario valgono due principi: nessun sistema può essere migliore e può essere in grado di produrre risultati migliori della qualità della sua componente professionale; la competenza della componente professionale di un sistema in continua evoluzione, e con frequenti rivoluzioni, come tutti i sistemi sanitari, non può mai essere data per acquisita una volta per tutte, ma deve essere continuamente aggiornata e frequentemente rivalutata.

Giuste quindi le intenzioni del decreto legislativo n. 229, e opportune le iniziative che a livello nazionale e in tante Regioni sono state adottate. I rapporti delle Regioni con la Commissione nazionale di riferimento non sono sempre stati semplici, e talora francamente conflittuali. Gli strumenti tecnici adottati non hanno sempre sfruttato appieno tutte le potenzialità (basti pensare alla sotto-utilizzazione della formazione a distanza da un lato e alla sottovalutazione della formazione sul campo dall'altro). E la lista potrebbe allungarsi.

Queste osservazioni suggeriscono che le esperienze fin qui accumulate sono così numerose e così diversificate che è giunto il momento in cui una valutazione di quello che è stato fatto e una proposizione di quello che dovrà essere fatto è possibile e necessaria.

Il convegno organizzato dalla Regione Emilia-Romagna è nato esattamente a questo scopo, con due obiettivi specifici:

- valutare, quantitativamente e qualitativamente, quanto è stato fatto sia relativamente all'organizzazione data e agli strumenti utilizzati sia rispetto ai risultati ottenuti, in termini di adeguatezza quantitativa dell'offerta di crediti formativi alle diverse professioni per soddisfare i loro obblighi, ma anche in termini (ben più difficili) di qualità dei risultati, raccogliendo le valutazioni dei destinatari del processo formativo;

- elaborare una proposta per la nuova fase della ECM, che dovrà essere aperta dalla nuova intesa della Conferenza Stato-Regione, su cui si sta proprio ora lavorando. A questo scopo, abbiamo ritenuto utile allargare le esperienze su cui riflettere, affiancando alla rassegna delle esperienze nazionali anche esperti stranieri, dagli Stati Uniti, dal Canada e da vari Paesi della Unione europea.

Qualsiasi sistema sanitario, qualunque siano le sue caratteristiche, ha bisogno di operatori competenti e capaci per funzionare bene.

Le competenze e, soprattutto, le capacità pratiche di cui devono essere dotati gli operatori non sono "qualsiasi" ma specifiche del tipo di sistema sanitario in cui si trovano ad agire.

Il nostro Servizio sanitario regionale sta operando una forte trasformazione in senso territoriale e sta rafforzando le reti di servizi, integrando l'ambito sanitario con quello sociale.

Questo orientamento del sistema deve trovare rappresentazione nell'offerta formativa e nei debiti formativi che devono essere richiesti agli operatori di questa Regione. Questo, fra l'altro, è uno dei motivi per cui è opportuno che le Regioni godano di ampia autonomia non solo nella scelta degli strumenti della formazione, ma anche nella definizione degli obiettivi.

La Regione Emilia-Romagna, nei suoi rapporti con il Ministero e con la Commissione nazionale ha sempre tenuto a riaffermare questo punto, non per spirito di arrogante autosufficienza né semplicemente per obbedire a un dettato costituzionale sull'attribuzione delle competenze (anche se non si tratta certo di un punto di scarsa rilevanza, si cercano forme di leale collaborazione fra competenze distinte).

Ho parlato di competenze e di capacità a proposito degli obiettivi del programma ECM, intendendo che l'aumento delle conoscenze teoriche è utile e necessario, ma non sufficiente se non è accompagnato da un saper fare pratico. Questa ovvia considerazione ha due implicazioni non altrettanto ovvie (o almeno non sempre considerate adeguatamente): la prima è che la formazione sul campo (la partecipazione a progetti, ad esempio) deve avere una parte importante nella formazione continua; la seconda è che accanto alla valutazione della quantità dei crediti accumulati da ciascuno e della qualità dell'offerta formativa, dovrebbe essere sviluppata anche una valutazione dei risultati ottenuti in termini di qualità e appropriatezza dei servizi resi.

Il terzo e ultimo punto riguarda un fattore di contesto che, in questi anni, si è dimostrato in grado di esercitare un fortissimo impatto nella qualità e sul tipo dell'offerta formativa. Mi riferisco ovviamente all'industria farmaceutica la cui poderosa e insostituibile presenza, diretta e indiretta, nel mercato dell'offerta formativa non può essere ignorata proprio nel momento in cui Governo e Regioni si apprestano a riscrivere concordemente le norme generali e specifiche che disciplinano la farmaceutica.

Il nuovo piano per l'ECM italiana non può quindi prescindere da prevedere regole esplicite su come considerare gli eventi sponsorizzati dall'industria (farmaceutica e non).

Su questo punto in particolare, le esperienze particolarmente interessanti di alcuni Paesi, come ad esempio il Canada, penso ci saranno particolarmente utili.

La qualità della formazione continua in medicina e l'avvio del progetto pilota

Marco Biocca, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

La storia di questo convegno ha origine nel maggio del 2004, quando all'interno di uno degli Accordi Stato-Regione sull'ECM, per la prima volta il Ministero e le Regioni si assumono il compito comune di osservare e valutare la qualità delle attività ECM.

Si avvia così un progetto pilota con l'obiettivo di mettere a punto un sistema armonizzato a livello nazionale in grado di produrre dati comparabili sulla copertura dei bisogni formativi e sulla coerenza tra i progetti accreditati e la loro realizzazione.

Gli elementi da prendere in considerazione per definire cosa intendiamo per qualità della formazione continua sono quattro: da un lato il singolo professionista (perché evidentemente l'apprendimento è un fatto individuale) e l'organizzazione sanitaria (perché altrettanto evidentemente non esistono professionisti che lavorano al di fuori di un contesto organizzativo). Dall'altro lato la garanzia formale (la necessità cioè di assicurare all'organizzazione e alla società che il professionista si sta mantenendo sempre aggiornato, competente e capace), e l'utilità effettiva della formazione rispetto ai suoi fini ultimi. Il rischio che si corre - e che va evitato - è che questi quattro elementi vengano considerati come se appartenessero a due sistemi diversi e separati: da una parte l'apprendimento del singolo professionista e le garanzie formali che certificano questo percorso; e da un'altra parte la necessità dell'organizzazione sanitaria di utilizzare la formazione come strumento utile alla sua crescita. È importante invece vedere questi quattro elementi come appartenenti a un sistema unico e saperli legare tra di loro.

Il lavoro del progetto pilota è iniziato con la definizione di una "scala della valutazione": è evidente che l'obiettivo finale (il gradino più alto della scala) è di valutare l'utilità della formazione in termini di comportamenti assistenziali e di risultati in termini di salute. Questa parte della valutazione però non è specifica di chi organizza la formazione: riguarda infatti una valutazione complessiva sull'efficacia dell'assistenza sanitaria. Al di sotto di questo livello si collocano invece gli elementi specifici della formazione: la valutazione dell'apprendimento, del processo formativo, del progetto, e infine dell'organizzatore.

Negli ultimi anni l'attenzione è stata posta su un gradino particolare di questa scala: la valutazione del progetto, che avviene in fase di accreditamento dell'evento, mentre minore attenzione è stata posta su tutto il resto. Il fine del progetto pilota è stato quello di prendere in considerazione un ulteriore gradino, quello del processo formativo, tenendo in considerazione due aspetti: la coerenza tra il progetto accreditato e la sua realizzazione, ma anche le possibilità di promozione e miglioramento della qualità degli eventi.

I risultati del progetto pilota

Per realizzare il progetto è stata costituita una rete di nove unità operative regionali, che, in occasione della sperimentazione del Corso per osservatori, è stata poi allargata a colleghi di altre sei Regioni.

Il modello di Osservatorio nazionale sull'ECM è stato costruito su sei cardini: come primo elemento, l'analisi della documentazione (quali dati e quali documenti possiamo raccogliere sugli eventi?); la documentazione tuttavia non è sufficiente per valutare un evento, c'è bisogno anche di andare a vedere direttamente come si svolge il processo formativo, e quindi le visite di osservazione; ma l'osservazione sul campo, per produrre risultati comunicabili e confrontabili, necessita di essere condotta in modo sistematico, e quindi servono strumenti e modalità di osservazione standardizzati; le visite inoltre devono essere condotte da persone competenti: osservatori indipendenti e formati, che parlino un linguaggio comune e che adottino procedure e comportamenti condivisi; inoltre per dare un quadro il più completo possibile della qualità, che è un elemento complesso e con più dimensioni, è opportuno dotarsi anche di altri strumenti, tra cui indagini quantitative e qualitative sulle opinioni dei principali attori coinvolti; infine per potere comunicare i risultati, è necessario produrre rapporti ed elaborazioni comparabili.

Sulla base di questo modello sono state predisposte le griglie di osservazione relative ai seguenti aspetti:

- la coerenza tra progetto accreditato e la sua effettiva realizzazione;
- la qualità del processo formativo in aula;
- la presenza di situazioni con conflitto di interesse;
- come gli organizzatori utilizzano lo strumento di valutazione.

È stato poi sperimentato il Corso per osservatori, che è servito non solo a mettere a punto il percorso di formazione, ma anche a sperimentare la validità del modello di osservazione proposto e degli strumenti. Per la formazione degli osservatori è stato anche predisposto un sussidio di formazione a distanza.

Infine, per esplorare altre possibili modalità per valutare la qualità della formazione sono state condotte indagini su scala nazionale sulle opinioni dei professionisti sanitari in merito alla formazione continua ricevuta dall'inizio del programma ECM. In particolare:

- un'indagine di tipo qualitativo, attraverso *focus group*;
- un'indagine campionaria in 14 Aziende sanitarie di 11 Regioni;
- un sondaggio volontario con questionario *on line*.

Alcune prospettive per l'immediato futuro

Durante i primi cinque anni di sperimentazione del programma ECM sono stati sottoposti alla procedura di accreditamento i singoli eventi formativi. Nel prossimo futuro si passerà invece ad accreditare i *provider* di formazione. Questo cambiamento avrà senza dubbio delle grandi implicazioni sul piano della valutazione della qualità del sistema.

Da questo punto di vista alcune considerazioni di grande interesse possono essere tratte da un recente rapporto (aprile 2007) della Commissione Finanze del Senato degli Stati Uniti finalizzato a verificare se l'influenza dell'industria del farmaco sulla formazione dei medici non rischiasse di produrre un aumento indebito della spesa farmaceutica.

Una parte di questo rapporto è stata dedicata a un'analisi critica delle modalità con cui avviene l'accreditamento dei *provider*, individuandone gli aspetti critici. Innanzitutto le informazioni utilizzate per accreditare i *provider* provengono in gran parte dai *provider* stessi; manca un'analisi approfondita dei contenuti, non vengono effettuate osservazioni dirette e non vengono raccolte informazioni e pareri degli utenti.

Inoltre, esiste una percentuale elevata di irregolarità, e quando in seguito all'accertamento di irregolarità viene sancito il provvedimento di sospensione dell'accreditamento al *provider*, i tempi del procedimento sono lunghi (dai 3 ai 9 anni), rendendo così di fatto poco efficace il sistema di controllo della qualità.

La realtà italiana è così diversa da quella statunitense che non sarebbe corretto azzardare paragoni; tuttavia gli aspetti critici evidenziati nel rapporto rappresentano elementi da prendere in considerazione nel momento in cui anche in Italia si andranno ad accreditare i *provider* e non più gli eventi.

L'investimento delle case farmaceutiche per la formazione continua in medicina è molto consistente; in Emilia-Romagna, nel 2006, l'industria farmaceutica ha investito per la formazione indirizzata solo a una parte dei medici, più del doppio di quanto ha speso il sistema sanitario per la formazione di tutti gli operatori. Nella grande maggioranza dei casi i finanziamenti dell'industria sono indirizzati verso *provider* privati.

Le sezioni in cui è organizzato il convegno, arricchite anche dal contributo di esperienze di altri Paesi, corrispondono a tre interrogativi cruciali per lo sviluppo del sistema ECM:

- la ricerca e l'innovazione può essere terreno fertile anche per lo sviluppo della formazione continua?
- quali sono i sistemi, competenze e forme organizzative che permettono di valutare la qualità e i conflitti di interesse?
- in generale quali aspetti della qualità della formazione continua vanno presidiati e sviluppati con maggiore attenzione?

Le proposte per un Osservatorio sulla qualità dell'ECM: risultati del progetto pilota

Per una mappa delle esperienze regionali

Marco Cavallo, Regione Lombardia

Il progetto Pilota per la costituzione dell'Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM ha rappresentato anche un'occasione di incontro tra i rappresentanti delle diverse Regioni, per confrontare i modelli regionali e raccogliere suggerimenti, critiche e proposte di miglioramento.

Tutte le Regioni hanno sottolineato nei documenti politico-programmatici la valenza strategica della formazione e, sia pure in misura diversa, hanno assunto il ruolo di governo e di indirizzo del sistema di ECM. Gli obiettivi individuati dal programma nazionale sono stati affiancati da obiettivi a livello regionale, a seconda delle diverse caratteristiche del contesto locale. Come risultato di queste specificità i sistemi regionali sono differenziati tra loro e si presentano con diversi gradi di maturità.

Anche se non tutte le Regioni hanno sviluppato un proprio sistema di ECM, a partire dal 2002-2003 la maggior parte si è comunque preoccupata di adottare provvedimenti per cominciare a disciplinare la materia. Un fattore che accomuna tutti i sistemi di accreditamento è la procedura telematica e l'accessibilità attraverso internet. In molti casi i soggetti erogatori sono stati responsabilizzati attraverso un'attività di autovalutazione delle proposte formative, alla quale segue la valutazione da parte delle Regioni e l'effettiva assegnazione dei crediti. Le Regioni consentono l'accesso al sistema a soggetti erogatori pubblici, mentre una minoranza si rivolge anche a soggetti privati. Inoltre sono pochi i casi di accreditamento dei *provider*.

Per quanto riguarda gli organismi a diretto supporto dell'ECM, tutti i sistemi si avvalgono di una Commissione (regionale o provinciale), con compiti analoghi a quella nazionale, alla quale è affiancata una Consulta delle professioni o un Comitato tecnico-scientifico, come luogo di confronto con le professioni tecnico sanitarie. Gli Ordini e i Collegi hanno un ruolo complementare e coordinato rispetto alla Consulta/Comitato, e infine, altri organismi, tra cui per esempio le Agenzie per i servizi regionali o altri enti strumentali regionali, completano il quadro dei soggetti che intervengono, con diversi ruoli, nei vari sistemi regionali.

Al di là delle specificità dei diversi sistemi, ci sono elementi comuni che caratterizzano tutte le Regioni:

- la volontà di creare una rete che coinvolga tutti gli attori;
- l'attenzione al problema della valutazione della formazione;
- il riconoscimento della formazione sul campo e della formazione a distanza.

Tra le criticità più significative vanno segnalate: la funzione dei crediti (da molti soggetti percepita come obiettivo della formazione e non come sua unità di misura), le difficoltà di dialogo tra i diversi soggetti coinvolti (sia all'interno della stessa regione, sia tra le

diverse regioni), il problema - sentito ma non ancora risolto - dei metodi per valutare la qualità e le ricadute della formazione, e, infine, la disomogeneità degli Uffici formazione.

Accanto a queste criticità emergono alcuni punti forza:

- informatizzazione dei sistemi;
- sviluppo di metodi per la definire gli obiettivi formativi;
- sistemi di monitoraggio dei costi;
- anagrafe dei professionisti;
- particolare attenzione al sapere applicato;
- sperimentazione di metodi didattici innovativi;
- coinvolgimento delle professioni sanitarie.

Per il prossimo futuro sarà importante lavorare ancora sul tema della qualità per individuare strumenti comuni, alla luce di quelle che saranno le nuove linee guida del sistema nazionale ECM.

Modalità e strumenti per l'osservazione

Maria Paola Bacchielli, Agenzia sanitaria regionale, Regione Marche

Manuela Righi, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Per costruire il sistema di valutazione della qualità dell'ECM è stato necessario affrontare in primo luogo la complessità del contesto:

- grande quantità di eventi e di soggetti coinvolti: 400.000 i progetti formativi accreditati dal solo ministero della salute, 11.000 gli organizzatori registrati, 1 milione il totale degli operatori della sanità (per 32 profili professionali), e 22 milioni i partecipanti previsti;
- pluralità di attori: non solo i professionisti sanitari (gli utenti), ma anche i committenti (le Aziende sanitarie e le Regioni), i garanti (gli ordini e i collegi professionali), i *provider*, gli enti accreditanti, gli sponsor;
- le caratteristiche specifiche della formazione continua in sanità, finalizzata non solo all'apprendimento, ma anche al perseguimento degli obiettivi del Servizio sanitario: il miglioramento delle competenze dei professionisti, dell'organizzazione, della qualità delle cure e quindi della salute dei cittadini.

La qualità della formazione in medicina può essere osservata e valutata da tre diversi punti di vista, ognuno dei quali richiede approcci e metodi diversi: si può osservare la qualità dei contenuti del programma; la qualità del metodo formativo; l'esito della formazione in relazione alla soluzione di problemi e al perseguimento degli obiettivi definiti.

Il gruppo di coordinamento del progetto ha deciso di non affrontare il tema della qualità dei contenuti, perché questi, nel sistema ECM, vengono preventivamente valutati dai sistemi di accreditamento, né il tema delle ricadute della formazione sul sistema sanitario e sulla salute dei cittadini, perché questo comporta una serie di analisi che in buona parte escono dall'orizzonte della formazione e richiedono approcci complessi di tipo multifattoriale e multidisciplinare. Ci si è quindi concentrati sull'osservazione del processo

formativo da due punti di vista: da un lato la coerenza tra il progetto accreditato e la sua realizzazione e dell'altro elementi distintivi della qualità della formazione. Sono stati così definiti cinque ambiti di osservazione: la coerenza, la presenza di sponsorizzazioni, la qualità del processo d'aula, le valutazioni sull'utilità dell'esperienza formativa espresse dai partecipanti e l'utilizzo, da parte del *provider*, del sistema obbligatorio di valutazione.

Nell'adottare questo approccio è stato attribuito all'osservazione non solo un ruolo di controllo dell'effettivo andamento dei programmi formativi rispetto ai progetti, ma anche un ruolo di promozione di processi di miglioramento della qualità.

Una volta definiti oggetti e obiettivi dell'osservazione sono stati individuati e costruiti i relativi strumenti. Il sistema di osservazione proposto si fonda su sei cardini:

- osservatori indipendenti e competenti in campo educativo;
- analisi della documentazione;
- visite durante lo svolgimento di eventi;
- griglie di osservazione standardizzate;
- interviste agli organizzatori e ai partecipanti;
- rapporti di sintesi e di elaborazione di quanto osservato.

Durante il Corso di formazione per osservatori, questo sistema di osservazione - e i relativi strumenti - è stato sottoposto a una sperimentazione sul campo, che ha messo in luce la validità del disegno e degli strumenti e ha individuato al contempo proposte per migliorare e integrare il sistema di valutazione. Inoltre è emerso che questi stessi strumenti possono essere utilizzati dai *provider* per un'autovalutazione delle loro iniziative.

La formazione degli osservatori

Franca Bellotti, Provincia autonoma di Trento

L'osservatore è la persona qualificata a realizzare, per conto del Ministero e delle Regioni (o delle Province autonome), visite di verifica sulla qualità formativa degli eventi accreditati ECM. Deve quindi possedere competenze sui processi formativi, deve conoscere e sapere utilizzare i metodi e gli strumenti per valutare la qualità degli eventi formativi e deve avere un insieme di conoscenze di base sul sistema ECM a livello nazionale e a livello regionale.

Il suo compito non è di osservare la qualità dei contenuti formativi, perché questi sono già stati preventivamente valutati dai sistemi di accreditamento. Il suo ruolo inoltre non è prevalentemente di tipo "ispettivo": qualora riscontri irregolarità, il suo compito non è cioè quello di sanzionare, ma di cercare di attivare, assieme all'istituzione a cui risponde, processi di miglioramento della qualità formativa.

I candidati a diventare osservatori devono essere identificati dal Ministero e dalle Regioni, devono poi frequentare e superare un apposito percorso formativo e devono assumere l'impegno a mantenere la propria indipendenza e l'assenza di conflitti di interesse.

Sulla base di questi presupposti l'Osservatorio nazionale ha sperimentato un primo corso per osservatori con i seguenti obiettivi formativi:

- riconoscere in un evento ECM le fasi salienti oggetto di osservazione;
- utilizzare in modo coerente gli strumenti predefiniti per l'osservazione;
- attivare, con i referenti delle iniziative osservate, strategie costruttive di comunicazione e relazione;
- utilizzare un linguaggio comune sui temi della verifica della qualità;
- programmare e condurre visite;
- elaborare rapporti finali su quanto osservato.

Il corso è stato strutturato in modo da prevedere, accanto alle lezioni teoriche, momenti di simulazione didattica e di dibattito, sperimentazione degli strumenti durante visite a eventi, discussione sugli esiti delle visite.

L'impatto formativo delle visite sul campo

Eleonora Negri, Provincia autonoma di Trento

Le visite sul campo hanno rappresentato, per i partecipanti al Corso per osservatori, la possibilità di sperimentare sul campo il loro ruolo di osservatori all'interno di un contesto protetto e supervisionato.

Questo tipo di percorso formativo può essere riletto utilizzando il modello di apprendimento dall'esperienza del circolo di Kolb, che prevede quattro fasi: l'esperienza sul campo (1) è seguita da una fase di riflessione su quanto esperito (2); da questa riflessione possono essere astratti concetti generali (3), e quindi si può costruire una conoscenza spendibile nelle future occasioni (4).

Ecco come nell'ambito del Corso formativo per osservatori si sono sviluppate queste quattro fasi.

Fase 1. Le visite a eventi. Gruppi di due o tre partecipanti al Corso, appartenenti a Regioni diverse, hanno preparato e realizzato la visita a eventi selezionati dal Ministero per la salute. Una volta individuato l'evento, sono iniziati i contatti con i *provider*, e al contempo la visita è stata preparata a partire dalla documentazione disponibile (le schede di accreditamento, i *curricula* dei formatori), in modo che ogni osservatore avesse ben chiaro cosa era stato approvato in fase di accreditamento. Questa preparazione ha consentito di individuare la finestra di osservazione. Infine, dopo lo svolgimento della visita, è stato redatto il *report*, consegnato poi all'Osservatorio e quindi al Ministero.

Fase 2. La riflessione sull'esperienza. Dopo lo svolgimento delle visite sono emersi alcuni nodi critici: la gestione della relazione con il *setting* formativo (dove si posiziona l'osservatore? come si presenta agli altri?); la congruità con le finestre di relazione scelte (individuare i momenti in cui effettuare l'osservazione in relazione agli oggetti da osservare); la modalità di relazione con il *provider*;

la gestione dell'ambiguità del ruolo di osservatore-valutatore-ispettore (essere consapevoli del proprio ruolo a prescindere da come si è percepiti dagli altri); come restituire gli esiti dell'osservazione.

Fase 3. Il ritorno in aula. Le criticità riscontrate durante le visite, e il modo per affrontarle, erano già state oggetto di lezione in precedenza, ma nel tornare in aula è risultato evidente che tutto quanto appreso in via teorica era diventato molto più chiaro dopo l'esperienza sul campo. Per quanto riguarda la gestione del *setting* formativo, è fondamentale organizzare preventivamente la strategia di osservazione, dal discorso di presentazione alla posizione in cui collocarsi durante l'osservazione, dai tempi di compilazione delle griglie alla gestione delle tensioni. Per quanto riguarda le finestre di osservazione è fondamentale sapere qual è il momento adatto per ognuno degli *item* che devono essere osservati. Per quanto riguarda le relazioni, le visite sono state di grande utilità per acquisire consapevolezza del proprio ruolo, la necessaria distanza professionale e al contempo le capacità di ascolto e di comunicazione.

Fase 4. La spendibilità delle conoscenze. Attraverso l'esperienza diretta e la sua successiva elaborazione e concettualizzazione le conoscenze e le competenze apprese diventano un patrimonio acquisito, spendibile nelle esperienze successive. In particolare: l'assunzione del ruolo di osservatore e la capacità di sospensione del giudizio durante l'osservazione; la corretta gestione del *setting* di aula e la capacità di gestire le relazioni con l'organizzatore.

In conclusione si può affermare che le visite sono uno strumento fondamentale per il perseguimento degli obiettivi dell'Osservatorio: è proprio attraverso il *report* finale che è possibile valutare la congruità tra il progetto accreditato e la sua realizzazione, e attivare conseguenti percorsi di miglioramento della qualità della formazione.

Infine, le visite sul campo sono un irrinunciabile strumento per percorsi formativi, perché consentono agli osservatori in formazione di verificare la loro padronanza degli strumenti e di applicare quanto appreso a livello teorico all'interno di un contesto sfidante ma protetto.

Il sussidio in FAD

Flavia Rubbi, Università di Bologna

Il corso in FAD è stato realizzato come strumento di sussidio alla formazione degli osservatori. La sua struttura, che ricalca quella del Corso sperimentale per osservatori, è organizzata per moduli e comprende una parte relativa alla normativa, alcune nozioni di base sul tema della formazione e l'utilizzo degli strumenti per l'esercizio della funzione di osservatore.

La piattaforma sulla quale è alloggiato l'intero corso consente in ogni momento l'accesso a una serie di strumenti di supporto, tra cui documenti sulla normativa, il glossario, la bibliografia. Per mantenere elevato il livello di attenzione dell'utente sono presenti diversi test di autovalutazione dell'apprendimento e altri strumenti di tipo interattivo. Per esempio attraverso l'indice l'utente può raggiungere qualsiasi parte del corso, e quindi decidere di attivare percorsi di apprendimento personalizzati.

Il primo modulo, che riguarda le conoscenze di base sul sistema ECM, è introdotto da un pre-test che consente all'utente di valutare il livello della sua preparazione all'ingresso sulla base del quale sarà indirizzato verso il primo modulo o, in caso di preparazione adeguata, direttamente a quello successivo.

Il secondo modulo - "Il processo formativo" - è completato da un test di verifica di apprendimento basato su quesiti a risposta aperta. Le risposte inserite dall'utente possono essere verificate mediante il confronto con quelle fornite dal sistema.

Il terzo modulo introduce all'utilizzo delle griglie di valutazione, analizzando in dettaglio, con ipertesti e animazioni, il contenuto e il valore attribuito a ogni campo di ciascuna griglia.

Il quarto modulo descrive le modalità dell'osservazione, la valutazione, il processo comunicativo dell'intervista e il ruolo dell'osservatore. Sono qui utilizzate immagini che rappresentano diversi aspetti relativi all'osservazione e che consentono all'utente di vedere i concetti attraverso una rappresentazione grafica.

L'ultimo modulo riguarda l'utilizzo sul campo delle griglie di osservazione. Per realizzare questa parte del corso, che comprende un *role play*, sono state utilizzate le esperienze e i commenti degli osservatori che avevano partecipato al Corso pilota e alle visite. È stata così costruita una sceneggiatura a fumetti basata su fatti e situazioni realmente verificatesi nel corso delle visite. L'utente deve osservare i particolari delle scene, l'ambiente, i dialoghi tra i personaggi, il clima d'aula. Il momento di autovalutazione prevede che l'utente risponda ad alcune domande su ognuna delle scene mostrate e che confronti alla fine le risposte con quelle corrette fornite dal sistema.

Alla fine di tutto il percorso formativo è prevista una ulteriore modalità di auto-apprendimento costruita per stimolare nell'utente una valutazione complessiva su quanto ha appreso lungo tutto il corso.

Le indagini sulle opinioni degli operatori sanitari

Giovanna Artioli, Azienda ospedaliero-universitaria di Parma

Dopo cinque anni di sperimentazione del programma ECM, cosa ne pensano gli operatori sanitari? Come giudicano la qualità dell'offerta formativa? E quali ambiti di miglioramento individuano per il prossimo futuro?

Questi interrogativi sono alla base di un'indagine condotta su scala nazionale tra il 2006 e il 2007 che ha visto coinvolti più di 13.000 operatori sanitari, provenienti da diverse regioni del Paese. La ricerca mirava a indagare tre dimensioni:

- lo sviluppo delle competenze professionali e il raccordo con l'organizzazione del lavoro e con i processi di innovazione delle strutture sanitarie;
- il ruolo del sistema: opportunità di formazione ricevute, peso percepito dei conflitti di interesse, relazione tra Piani sanitari (nazionale e regionali) e ricezione degli obiettivi da parte delle Aziende;
- l'uso dei diversi strumenti e metodi per la didattica.

In generale la domanda sottesa a tutta la ricerca riguardava il modo con cui i professionisti della sanità hanno interpretato l'introduzione del sistema ECM: come opportunità di crescita e innovazione o come vincolo?

La ricerca si è avvalsa di diversi strumenti e metodi di indagine. È stato infatti realizzato uno studio di carattere quantitativo che ha previsto l'utilizzo di un questionario strutturato, somministrato secondo due modalità complementari:

- un'indagine su base campionaria, rivolta a operatori con obbligo ECM;
- un sondaggio volontario, tramite questionario accessibile in linea su siti *web* di Assessorati regionali alla sanità e di Aziende sanitarie, indirizzato a tutti gli operatori sanitari interessati.

Questi due filoni di indagine sono stati affiancati da una serie di *focus group* realizzati in diverse Regioni, diretti a responsabili della formazione ambientale, direttori di strutture complesse e direttori delle strutture infermieristiche.

Nel loro insieme le indicazioni emerse dai tre filoni di indagine mettono in evidenza un giudizio sostanzialmente positivo sull'ECM: la maggioranza degli operatori sanitari è concorde nell'affermare che l'ECM rappresenta un'opportunità e un incentivo alla formazione, migliorando l'equità tra le diverse professioni nell'accesso agli eventi. È positivo anche il giudizio sulla qualità della formazione ricevuta e sull'utilità didattica dei diversi strumenti formativi proposti (con una particolare preferenza per la formazione sul campo).

Tra gli aspetti critici è emerso che non sempre l'ECM ha avuto ricadute positive sull'organizzazione del lavoro. Controverso è inoltre il giudizio sugli sponsor, da alcuni ritenuti ininfluenti e da altri fortemente inquinanti il processo formativo.

Dall'indagine si possono anche cogliere alcuni suggerimenti per lo sviluppo dell'ECM nei prossimi anni.

Regole snelle e condivise: si percepisce l'esigenza di individuare percorsi unici e condivisi di formazione, a livello sia aziendale, che regionale e nazionale. Si suggerisce di formalizzare, per chi ancora non lo avesse, un sistema di accreditamento regionale flessibile.

Agganciare l'ECM a un sistema di competenze: si sostiene l'orientamento a un modello innovativo volto a sviluppare specifiche competenze dei professionisti attraverso un collegamento diretto dei crediti allo sviluppo di abilità. Emerge inoltre l'esigenza di poter valutare a distanza di tempo le competenze raggiunte sul campo.

Indirizzi sinergici per la formazione: l'educazione continua deve assumere un ruolo di collegamento forte tra professionista e organizzazione e cogliere anche il punto di vista del cittadino e delle sue esigenze complessive e integrate di assistenza.

Definizione di una struttura per l'ECM: la fiducia verso le Aziende sanitarie come *provider* di formazione suggerisce di investire maggiori risorse economiche e umane nella formazione continua, e di valorizzare la figura del tutor.

Sviluppo del sistema ECM: si propone di dare valore all'integrazione tra formazione e ricerca, di definire meglio il valore dei crediti, e di riconoscere l'esigenza di estendere l'obbligo ECM anche alle professioni non sanitarie.

Il panorama nazionale e internazionale

Prospettive per il prossimo futuro dell'ECM in Italia

Aldo Ancona, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Un aspetto rilevante per il prossimo futuro dell'ECM riguarda il piano delle relazioni tra il sistema centrale e quelli regionali. Su questo piano si rende necessaria una concertazione tra soggetti che hanno competenze concorrenti, soggetti cioè che concorrono verso un obiettivo comune. All'interno di questo processo ci sono situazioni in cui queste competenze rischiano di entrare in conflitto o di sovrapporsi. L'ECM è quindi un terreno sul quale è necessario fare incontrare responsabilità, competenze e poteri istituzionali complementari e con ruoli diversi. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali rappresenta il punto di incontro dei poteri istituzionali coinvolti: è infatti l'unico soggetto che vede nel proprio governo coinvolti contemporaneamente il Ministero e le Regioni. Da questo punto di vista è quindi un soggetto adatto ad assumere un ruolo di governo di quei processi, tra cui l'ECM, che vedono queste due responsabilità politiche concorrere al perseguimento di obiettivi comuni.

Va però tenuto presente che l'ECM è un sistema estremamente complesso che coinvolge un numero elevato di soggetti e professionalità; sarà quindi necessario trovare soluzioni gestionali che valorizzino il ruolo delle Regioni e che quindi prevedano lo sviluppo di un sistema a rete (e non la creazione di macro-strutture centrali), all'interno di una cornice di regole comuni.

In particolare si possono individuare tre ambiti nei quali occorre lavorare:

- la promozione e l'indirizzo, tutto quello cioè che attiene la programmazione della formazione: piani formativi nazionale e regionali, definizione di obiettivi formativi che siano ancorati ai Sistemi sanitari regionali pur mantenendo una coerenza e una valenza nazionale, promozione di indirizzi sui contenuti dei programmi e sui metodi, sostenendo anche la sperimentazione di strumenti innovativi;
- la regolazione: gli accreditamenti, la gestione dei crediti, le regole sulle sponsorizzazioni, il rapporto tra *provider* pubblici e provider privati, il ruolo delle professioni;
- il monitoraggio e la valutazione (che è il tema sul quale si sono concentrate le relazioni di questa prima mattinata di convegno). Se, come sembra confermato, l'orientamento è quello di andare verso l'accREDITamento dei *provider* e non dell'evento, il sistema di monitoraggio è ancora più importante perché diventa l'unico elemento per valutare la qualità della formazione e per indirizzarla in fase di riprogrammazione. Un aspetto sicuramente da prendere in considerazione sarà la valutazione dell'*outcome*, in modo da potere avere strumenti in grado di verificare se l'intervento formativo abbia prodotto una risposta adeguata ai fabbisogni formativi e quindi una ricaduta positiva nel lavoro dei professionisti.

Mainpro: mantenere la competenza professionale

Bernard Marlow, College of Family Physicians of Canada

Il College of Family Physicians è un'organizzazione su base volontaria, che oggi raccoglie circa il 57% del totale dei medici di famiglia canadesi.

Il College è stato fondato nel 1954, e fin dall'inizio ai membri veniva richiesto di seguire una formazione medica continua accreditata. L'attuale programma Mainpro (mantenimento della competenza professionale) è stato inaugurato nel 1995, e a partire dal 2003 il College distribuisce borse di studio a coloro che per dieci anni si sono mantenuti al *top* della formazione in medicina.

I medici appartenenti al College hanno a disposizione diversi strumenti di formazione attraverso i quali accedere ai crediti.

Già dal 1979 viene utilizzato un sistema di autovalutazione, chiamato *Self Learning*. Questo strumento consente ai medici di individuare eventuali aree di competenza nelle quali sono meno preparati e quindi di decidere di frequentare un corso specifico. Possono usare lo strumento anche come forma di apprendimento e di aggiornamento, consultando gli specifici argomenti e richiamando i relativi articoli e approfondimenti.

Un secondo programma formativo, denominato *Pearls*, prevede per il medico la possibilità di formulare un quesito e avere accesso alla letteratura sull'argomento. Il professionista può così applicare nella pratica ciò che è suggerito dalla letteratura e valutarne l'impatto dopo alcuni mesi. Il programma può anche essere utilizzato nella pratica clinica quotidiana come strumento di consultazione.

Un aspetto fondamentale della formazione continua sono i gruppi basati sulla pratica: l'apprendimento *problem based* e quello basato sulla pratica hanno avuto origine proprio in Canada. Si tratta di un sistema che ha una lunga tradizione e che è molto popolare: sono circa 4.000 i medici di famiglia che partecipano a questi gruppi. In questo tipo di programmi formativi non c'è alcuna partecipazione da parte delle case farmaceutiche.

I membri del College of Family Physicians aggiornano il loro profilo formativo direttamente *on line*, inserendo di volta in volta i crediti acquisiti, che devono poi essere approvati dal College dopo che i *provider* di formazione hanno inviato la documentazione. Attraverso la pagina del loro profilo, i medici possono stampare le certificazioni sui crediti acquisiti e sull'appartenenza al College.

Recentemente in Canada si sta affermando il principio della "rivalidazione": l'abilitazione all'esercizio della professione, una volta ottenuta, non deve valere automaticamente per tutta la vita, ma deve essere sottoposta a una conferma periodica, che il professionista ottiene se dimostra il suo impegno nel mantenere alta la qualità delle competenze. Sul totale delle dieci Province esistenti in Canada, due hanno già legiferato sulla "rivalidazione", ed è probabile che nei prossimi anni in tutta la nazione la partecipazione a eventi formativi accreditati ECM diventi obbligatoria per ottenere la conferma dell'abilitazione.

Per quanto riguarda il problema del conflitto di interessi, esistono in Canada due serie di linee guida etiche: una definita per i medici dalla Canadian Medical Association, l'altra prodotta dalle stesse case farmaceutiche, che si sono così dotate di un rigido codice di auto-regolamentazione.

Durante gli eventi formativi i relatori sono tenuti a dichiarare in modo chiaro ed esplicito di non essere in situazione di conflitto di interessi. La dichiarazione viene fatta seguendo un modulo e utilizzando una dettagliata *check list* che aiuta a identificare tutti i possibili conflitti di interesse nei quali può potenzialmente essere coinvolto il professionista che fa formazione.

Gli eventi formativi organizzati dalle case farmaceutiche (che nel periodo 2000-2004 sono stati circa il 25% degli eventi accreditati dal College) in passato venivano sottoposti a un processo di accreditamento particolarmente rigido e impegnativo. Negli ultimi tempi invece ci si sta indirizzando verso la co-sponsorizzazione. Alcuni gruppi *no profit* di professionisti, con una struttura organizzativa formale, vengono coinvolti in tutto il processo di definizione dei programmi formativi. Devono partecipare alla scelta dei relatori, analizzare e commentare tutti i materiali, e devono essere identificati come sponsor del programma a tutti i livelli.

Da un anno a questa parte inoltre ogni programma da accreditare viene sottoposto a un processo di *peer review*.

Competenze, organizzazione e conflitto di interesse nel sistema di accreditamento per l'ECM in Spagna

Helios Pardell, Spanish Accreditation Council for Continuing Medical Education, Spagna

Il sistema spagnolo di ECM è fortemente decentrato a livello regionale e attualmente tutte le diciassette Regioni autonome hanno la loro Commissione sanità per l'ECM.

Nel 2002 il Ministero della salute e quello dell'istruzione hanno firmato un accordo con cinque associazioni di professionisti della sanità (quelle dei medici, dei farmacisti, dei dentisti, dei veterinari e degli infermieri). Con questo accordo entrambi i Ministeri incaricavano le organizzazioni professionali di adottare un sistema di accreditamento per il proprio gruppo professionale di competenza, sotto la supervisione della Commissione nazionale.

Fino a oggi solo le associazioni dei medici hanno adottato un proprio sistema di accreditamento: il SACCME (Consiglio spagnolo per l'accreditamento ECM), creato nel 2003.

Attualmente esistono quindi in Spagna due sistemi di accreditamento: il SACCME (per la formazione dei medici) da una parte, e dall'altra la Commissione nazionale e quelle regionali (per tutte le professioni sanitarie).

Possono fare domanda per ottenere l'accreditamento dal SACCME tutte le organizzazioni professionali mediche e altri *provider* di ECM riconosciuti dalle organizzazioni professionali mediche. Nessuna azienda farmaceutica può presentare domanda di accreditamento, ma queste possono essere accettate come sponsor.

La Commissione nazionale per l'ECM e quelle regionali, che accreditano attività di formazione per tutte le professioni sanitarie, possono ricevere domande da parte di qualsiasi *provider* di ECM. Anche in questo caso sono escluse le case farmaceutiche, se non come sponsor commerciali di eventi.

Il SACCME, la Commissione nazionale e quelle regionali accreditano eventi, fatta eccezione per la Catalogna dove a essere accreditati sono i *provider*.

I processi di accreditamento da parte delle Commissioni e del SACCME sono comuni: il *provider* deve presentare una domanda, l'ente accreditante registra e analizza la domanda di accreditamento, che viene poi sottoposta a una valutazione di qualità da parte di tre esperti indipendenti. In caso di valutazione positiva vengono assegnati i crediti.

La qualità dell'evento viene valutata secondo i seguenti criteri:

- obiettivi;
- contenuto (il programma scientifico e i docenti);
- modalità con cui sono stati individuati i bisogni formativi;
- metodi didattici;
- modalità con cui viene svolta la valutazione finale da parte del *provider*.

Nel Sistema sanitario spagnolo l'ECM non è obbligatorio. I crediti acquisiti vengono utilizzati nelle carriere dei professionisti (hanno un impatto sulle retribuzioni). Non esiste inoltre un sistema di riabilitazione o di ricertificazione, anche se una normativa sulle professioni sanitarie approvata dal Parlamento nel 2003 contempla in modo esplicito la possibilità di introdurla nel futuro.

A partire dal 2004 il SACCME ha introdotto degli standard per le sponsorizzazioni commerciali degli eventi, centrati sui seguenti criteri:

- indipendenza del programma scientifico;
- indipendenza dei docenti (e dichiarazione esplicita di conflitto di interessi quando questo sussiste);
- controllo dei materiali didattici e promozionali;
- controllo dei loghi;
- differenziazione, durante l'evento, degli spazi commerciali da quelli educativi.

Gli standard utilizzati dalla Commissione nazionale sono molto simili a quelli del SACCME.

Negli ultimi anni il SACCME ha attivato diversi progetti per collegarsi a organismi internazionali, tra cui un accordo con l'UEMS (Unione europea degli specialisti in medicina) relativo all'accREDITAMENTO degli eventi internazionali che si svolgono in Spagna e all'equivalenza tra i crediti SACCME e quelli europei (ECMEC).

La valutazione dell'ECM/CPD nel Regno Unito

Ian Starke, Federation of Royal Colleges of Physicians, Gran Bretagna

Una struttura formale per l'Educazione continua in medicina in Gran Bretagna esiste dal 1996. Nel 2001 il sistema è stato ridisegnato ed è stata avviata anche una versione in linea. In quel periodo sono stati anche introdotti il concetto di sviluppo continuo della professionalità (CPD) e i criteri di qualità.

È riconosciuto il fatto che esistono elementi chiave del comportamento e della *performance* di un professionista, che non rientrano tra le competenze mediche o chirurgiche incluse nell'ECM. In termini formativi, l'ECM si occupa di conoscenze e capacità, mentre il CPD include anche gli atteggiamenti e i comportamenti e le capacità "non cliniche" che sono necessarie nel lavoro di un medico.

L'Academy of Medical Royal Colleges è formata dai presidenti e dai membri più autorevoli dei College medici e delle Facoltà della Gran Bretagna. Ogni College e ogni Facoltà ha un Direttore del CPD. I Direttori di CPD, a nome dell'Academy, costituiscono l'Authority nazionale per l'accREDITAMENTO del CPD.

L'accREDITAMENTO degli eventi è delegato ai singoli College e Facoltà; tutti i componenti dell'Academy sono tenuti a seguire una serie di principi che sono stati definiti per assicurare l'efficacia formativa delle attività di CPD, la loro indipendenza da condizionamenti commerciali e la possibilità di monitorare la partecipazione.

Il General Medical Council ha pubblicato delle linee guida sul CPD nel 2004. In queste viene data particolare importanza al processo di valutazione annuale come chiave per correlare l'attività di CPD di un medico con la sua pratica clinica. Come parte di questo processo di valutazione, l'attività di CPD del medico viene sottoposta ad esame e si condividono gli obiettivi educativi per l'anno successivo.

La realizzazione di CPD di alta qualità richiede una *partnership* tra chi apprende, chi organizza la formazione (i *provider*) e chi la valuta.

Ai singoli professionisti è richiesto di identificare i propri bisogni formativi, individualmente o attraverso un processo di analisi condiviso, in modo che sia definito uno specifico piano personale di sviluppo, con obiettivi e scadenze.

I *provider* devono adeguarsi ai criteri di qualità definiti per ogni attività, incoraggiare l'interazione tra i discenti, richiedere e ottenere un *feedback* da parte dei partecipanti.

Gli enti accreditanti hanno un ruolo cruciale. Nel Regno Unito vengono accreditati gli eventi e non i *provider*. I direttori del CPD hanno il compito di analizzare le richieste di accreditamento sulla base dei criteri di qualità condivisi. Se si presentano problemi circa il contenuto scientifico, la richiesta viene inviata a un esperto per un parere. Se ci sono dubbi su qualsiasi altro aspetto dell'evento si chiede al *provider* di fornire le informazioni del caso.

Il CPD che si realizza all'interno di un'Azienda sanitaria non deve essere approvato a livello centrale. Ogni grande College ha un proprio tutor in ogni Azienda sanitaria che deve, tra l'altro, assicurare che vi sia un'appropriata attività di CPD.

Purtroppo la capacità dei medici di pagarsi la partecipazione agli eventi formativi è limitata e, quindi, la sponsorizzazione commerciale (soprattutto di case farmaceutiche) è una parte necessaria del processo. Alcune verifiche vengono messe in opera per minimizzare la possibilità che uno sponsor possa condizionare il contenuto degli eventi formativi. Le misure sono le seguenti:

- una definizione di ciò che potrebbe costituire un conflitto di interesse è fornita nella guida del College;
- una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse è firmata dallo sponsor;
- l'analisi del programma e della richiesta deve porre attenzione su possibili influenze indebite;
- la raccolta delle considerazioni di ritorno da chi ha partecipato all'evento;
- spesso gli *adviser* regionali e di specialità partecipano ai convegni principali;
- i materiali per la formazione a distanza sono esaminati in dettaglio dagli specialisti.

Una prospettiva dagli USA

Alejandro Aparicio, American Medical Association (AMA), USA

La professione medica negli USA considera l'ECM un processo necessario a mantenere e migliorare le competenze dei medici in attività. Come risultato di ciò, nel tempo molti gruppi professionali hanno introdotto obblighi di partecipazione ai programmi di ECM. Seguendo il percorso avviato dalla professione medica, questi requisiti sono stati adottati anche da altre organizzazioni che hanno un ruolo nel sistema sanitario, compresi i Comitati di specializzazione, i Comitati per l'abilitazione e gli ospedali.

La ricerca, compresa una recente rassegna della letteratura, ha validato la convinzione della professione medica che l'ECM contribuisce all'acquisizione di nuove conoscenze, mantiene o aumenta le conoscenze già acquisite, e migliora attitudini, capacità, comportamenti e risultati clinici.

Con l'evoluzione dell'ECM è arrivato il "sistema dei crediti" che è stato utilizzato per registrare la partecipazione dei medici. Il primo ad essere adottato è stato il sistema di crediti obbligatori e a scelta dell'American Academy of Family Physicians (AAFP) che aveva la finalità di rispondere ai bisogni formativi specifici dei medici di famiglia. Qualche anno dopo è stato messo in piedi il sistema di riconoscimento dei crediti di categoria 1 e 2 della American Medical Association (AMA). Anche l'American Osteopathic Association (AOA) ha quindi creato un proprio sistema di crediti, articolato su quattro categorie. Sebbene questi tre sistemi differiscano per alcune delle regole che adottano, hanno molte somiglianze che li rendono sostanzialmente equivalenti.

La maggior parte degli Stati negli USA richiede ai medici in attività di impegnarsi nell'ECM durante il periodo di validità dell'abilitazione (1-3 anni) prima di concedere il rinnovo. In alcuni casi, gli Stati possono anche richiedere per alcuni tipi di abilitazione, la partecipazione ad attività formative particolari, come ad esempio la gestione del dolore, i problemi della geriatria, la gestione del rischio. L'accredimento degli ospedali (requisito necessario per poter ricevere compensi per servizi offerti alle persone che hanno una copertura assicurativa dello Stato o del Governo federale) viene effettuato dalla Joint Commission, la quale richiede ai medici che operano per l'ospedale di partecipare ad attività di ECM che siano correlate, almeno in parte, all'assistenza che viene offerta nell'ospedale stesso. Anche Comitati di specialità considerano esplicitamente requisiti ECM come parte del processo di mantenimento della certificazione.

L'importanza di assicurarsi che le attività ECM siano indipendenti da condizionamenti commerciali è riconosciuta da tutti i settori della comunità ECM. Gli sforzi che vengono effettuati a questo fine includono: i pareri etici della professione (per esempio i pareri del Consiglio per l'etica e gli affari giudiziari dell'AMA su regali ai medici e sull'ECM); linee guida volontarie sugli aspetti commerciali sotto forma di standard delle imprese (per esempio il Codice PHRMA); requisiti degli enti che accreditano (per esempio gli standard per gli aiuti commerciali dell'ACCME); e la sorveglianza delle agenzie governative in particolare per gli aspetti della promozione dei prodotti.

Nell'arco di alcuni decenni è stato messo in piedi negli USA un sistema intricato di crediti ECM e di accreditamento di organizzazioni piccole e grandi. I diversi componenti

del sistema condividono il comune interesse del miglioramento dell'assistenza ai pazienti. Le differenze esistenti sembrano correlate da un lato con il raggiungimento dei bisogni dei singoli medici e dall'altro con la necessità del miglioramento dell'assistenza a livello delle istituzioni e della popolazione in generale.

L'organizzazione dell'educazione continua in medicina in Europa

Bernard Maillet, European Union of Medical Specialist (UEMS), Belgio

L'Unione europea degli specialisti in medicina (UEMS) è l'organizzazione "ombrello" delle associazioni nazionali dei medici specialisti. È suddivisa in tre rami principali: gli Ordini medici nazionali, le sezioni e i consigli, e il Consiglio europeo di accreditamento per l'ECM (EACCME).

Nel 1994 l'UEMS ha lanciato la sua prima politica di ECM, riconoscendo l'esigenza di un sistema di scambio di crediti a livello europeo. È stato così fondato il Consiglio europeo di accreditamento per l'ECM (EACCME), con questi obiettivi:

- contribuire alla qualità e all'armonizzazione dei sistemi di ECM in Europa,
- facilitare l'accesso agli ECM internazionali,
- sviluppare delle linee guida di qualità,
- armonizzare i contributi finanziari,
- evitare duplicazioni dei processi,
- creare un unico punto di ingresso per tutte queste iniziative.

Per quanto riguarda la qualità dell'ECM, è vero che non sono disponibili prove scientifiche sull'efficacia della partecipazione a corsi e convegni nel migliorare le prestazioni del singolo professionista, tuttavia esistono abbondanti evidenze che dimostrano un rapido miglioramento della pratica medica in seguito all'utilizzo di nuovi sviluppi. Pertanto l'ECM ha bisogno di essere bene indirizzato attraverso la definizione degli obiettivi di apprendimento, la descrizione del *target*, una valutazione sulla pertinenza degli obiettivi; inoltre la formazione deve essere libera da condizionamenti da parte dell'industria farmaceutica.

La politica dell'UEMS considera l'ECM un obbligo etico ma non giuridico, perché l'ECM volontario si è rivelato più efficace. D'altro canto però deve essere incoraggiato un qualche livello di partecipazione; va quindi ricercato un equilibrio tra obbligo e incoraggiamento (incentivi).

A partire dal 2004 l'UEMS ha creato un proprio sistema unico di crediti utilizzando come criterio il tempo speso in formazione: un credito corrisponde a un'ora di lavoro, per un massimo di sei crediti al giorno, perché si considera che una persona non possa lavorare con un buon livello di concentrazione e di profitto per più di sei ore al giorno. Questi crediti europei (ECMEC) possono poi essere tradotti da parte delle diverse autorità nazionali di accreditamento, utilizzando scale di conversione a seconda delle specifiche regole nazionali.

Per il prossimo futuro l'UEMS intende introdurre dei moduli *on line* per la richiesta di approvazione delle iniziative formative (al momento il procedimento si svolge su supporto cartaceo); una valutazione sistematica dell'evento da parte dei partecipanti; lo sviluppo della formazione a distanza; la stipula di accordi con le autorità nazionali di accreditamento, (non solo in Europa) e con le organizzazioni gemelle (per esempio con quelle dei medici di base).

Uno dei temi più importanti riguarda la dichiarazione sul conflitto di interessi: agli organizzatori e a tutti i relatori viene richiesta una dichiarazione formale con la quale devono rendere noto se esistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse e, in caso affermativo, questi devono essere obbligatoriamente dichiarati al pubblico dell'evento. Esiste poi una direttiva europea (n. 82/2001) che disciplina le modalità con cui i soggetti privati possono sponsorizzare gli eventi, anche se molti Paesi non l'hanno ancora recepita nella propria normativa.

Alcune esperienze di formazione continua in medicina

La formazione organizzata dall'Istituto superiore di sanità

Giovanni De Virgilio, Istituto superiore di sanità

L'Istituto superiore di sanità, in quanto organo tecnico-scientifico del Ministero della salute e del Sistema sanitario nazionale, rivolge le sue attività di formazione al personale del servizio sanitario su tutto il territorio nazionale.

Dal punto di vista del metodo, gran parte dei corsi organizzati dall'Istituto sono basati sulla cosiddetta andragogia, e in particolare sull'apprendimento basato su problemi. I partecipanti lavorano in piccoli gruppi, estremamente eterogenei al loro interno per quanto riguarda la provenienza geografica, in modo da favorire lo scambio e il confronto tra realtà diverse. Il lavoro di gruppo è incentrato sul problema: i partecipanti discutono tra loro su ciò che già sanno sull'argomento mettendo a confronto le loro pratiche di lavoro. Interviene poi una persona-risorsa, l'esperto, che fornisce una risposta al problema iniziale.

È provato che questo metodo formativo stimola la motivazione dei partecipanti e favorisce l'apprendimento perché li coinvolge nel problema e offre loro la possibilità di essere parte attiva del processo formativo e di confrontarsi con altri.

Obiettivo dell'Istituto in campo formativo è offrire a professionisti provenienti da tutte le aree del Paese una formazione che adotti i metodi migliori per l'apprendimento degli adulti, e che sia al contempo fortemente radicata nelle migliori evidenze scientifiche disponibili sui temi trattati. In questa direzione l'Istituto lavora anche come consulente di diverse Aziende sanitarie, favorendo così la diffusione su tutto il territorio nazionale sia dei metodi formativi, sia degli strumenti per la progettazione (analisi dei fabbisogni, individuazione degli obiettivi di apprendimento, ecc.).

Un ulteriore campo che può definirsi innovativo - perché in molte realtà ancora non viene considerato - riguarda l'applicazione della certificazione di qualità alla funzione formativa. L'attivazione del percorso per la certificazione di qualità, se non viene considerata come un mero obbligo burocratico, è un'occasione per riflettere su quanto si sta facendo e soprattutto per migliorare la comunicazione tra i vari uffici e dipartimenti, per condividere procedure, e quindi per sperimentare nuovi modelli organizzativi.

Negli ultimi anni l'Istituto superiore di sanità ha posto una particolare attenzione alla formazione dei formatori: dalla collaborazione con l'Università salesiana e l'Azienda ospedaliera di Pordenone è nato un corso biennale di specializzazione per formatori professionali e coordinatori di interventi socio-sanitari.

Il progetto ECCE - Clinical Evidence: i risultati di due anni di sperimentazione

Lorenzo Moja, Centro Cochrane italiano

Fin dal 1999 l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha intrapreso una serie di attività per diffondere un'informazione medico-scientifica indipendente (priva cioè di qualsiasi sponsorizzazione commerciale).

In questa direzione a partire dal 2001 viene pubblicato l'adattamento italiano di *Clinical Evidence*, arrivato nel 2006 alla sua sesta edizione, e accessibile gratuitamente *on line* a tutti i medici italiani.

Nel 2005, dopo una breve fase pilota, a questa attività di informazione è stato affiancato e integrato uno strumento di formazione a distanza (ECCE) - anche questo disponibile gratuitamente per tutti i medici - che incentivi il professionista a sfruttare al meglio la mole di conoscenze contenuta in *Clinical Evidence*.

La formazione con ECCE funziona attraverso il caso clinico, che richiede al medico di andare a reperire le informazioni necessarie in *Clinical Evidence* e utilizzarle prendendo delle decisioni sulla terapia da adottare per il paziente virtuale descritto nel caso clinico. La descrizione del caso clinico adotta tecniche narrative e un linguaggio giornalistico, al fine di rendere la lettura quanto più interessante possibile.

L'insieme dei professionisti che utilizza ECCE può essere definito come un campione di *early adopter*: si tratta cioè di persone che utilizzano le tecnologie multimediali e che manifestano interesse per la cultura medica *evidence based*.

Nel suo complesso ECCE utilizza un approccio immediato, a bassa complessità, e questo molto probabilmente ha determinato la percezione positiva che gli utilizzatori hanno dello strumento.

Per quanto riguarda la valutazione di efficacia, attualmente ciò che si sta cercando di verificare non è se ECCE riesce ad agire sulle competenze e sulle *performance* del medico, ma se riesca a migliorarne le conoscenze. È possibile pensare che un miglioramento delle conoscenze produca un effetto positivo anche a livello di competenze e di *performance*, tuttavia bisogna essere consapevoli del fatto che questo effetto non

è immediato né diretto e che è diluito dall'intervento di altri fattori. Si sta cercando quindi di fare un passo alla volta, cercando prima di verificare l'impatto di ECCE sulle conoscenze, lasciando a un momento successivo la valutazione sui comportamenti e sugli *outcome* finali.

In questo periodo è in atto un programma di ricerca, denominato ICEKUBE (*Italian Clinical Evidence Knowledge Utilization Behaviour Evaluation*) proprio con l'obiettivo di capire se il sistema ECCE è efficace nel modificare la conoscenza. Al programma di ricerca possono partecipare tutti i medici italiani che prima d'ora non hanno utilizzato il sistema.

Con questo programma si intende valutare sia il livello di soddisfazione degli utilizzatori del sistema, sia l'incremento di conoscenza prodotto. Per esempio è stata svolta un'analisi del tipo "prima-dopo": l'utilizzatore svolge il test su un caso clinico prima di avere accesso alle fonti; poi va a consultare le informazioni sul caso, e ripete il test a distanza di una settimana dal primo tentativo. Questa analisi ha messo in evidenza un effetto positivo sulle conoscenze per tutti i casi clinici analizzati.

Nel prossimo futuro potrebbe essere molto utile applicare e utilizzare ECCE nel contesto regionale, perché è più facile (rispetto alla dimensione nazionale) valutare l'impatto dello strumento sui comportamenti.

Le nuove tecnologie multimediali possono migliorare la diffusione dell'informazione scientifica; tuttavia occorre essere consapevoli del fatto che solo una parte dei professionisti è abituata al loro utilizzo. Si rende quindi necessario per il prossimo futuro rafforzare gli strumenti di valutazione sull'efficacia di ECCE, per avvicinare sempre di più il lavoro dei ricercatori della formazione alla pratica clinica.

Pietro Dri, Zadig, Milano

I dati raccolti durante la sperimentazione del programma ECCE sono utili a riflettere sulla qualità della formazione a distanza e su come questa sia recepita dagli operatori della sanità in Italia.

Il sistema ECCE si caratterizza per tre elementi: i contenuti *evidence based*; il caso clinico come strumento per calare nella pratica del professionista lo studio e la valutazione; la facilità d'uso del sistema.

Il progetto è partito a marzo del 2005 con il programma rivolto ai medici; dopo circa un anno è stato aggiunto il programma ECCE-INFAD destinato agli infermieri. Alla fine del 2006 sono stati avviati altri due progetti: BI-FAD diretto a medici e farmacisti, e CCM, voluto dal Centro di controllo malattie e prevenzione del Ministero della salute. I primi due programmi sono accreditati ECM.

Gli iscritti ai programmi (al maggio 2007) sono più di 100.000, tra medici (circa 30.000), infermieri (quasi 70.000), farmacisti, studenti della Facoltà di medicina e di scienze infermieristiche (è infatti in corso una sperimentazione con l'Università degli studi di Milano per valutare se l'approccio formativo di ECCE può essere utile anche nell'ambito della didattica universitaria).

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale degli iscritti, due sono i dati interessanti: ci sono più utilizzatori del programma nelle aree di provincia rispetto alle città capoluogo; esiste inoltre una differenza tra il nord e il sud del Paese, perfettamente sovrapponibile ai dati sui diversi livelli di informatizzazione nelle diverse aree del Paese.

Una maggiore partecipazione al progetto si osserva in province di piccole e medie dimensioni, laddove l'offerta formativa è generalmente meno disponibile rispetto alle grandi città. Per esempio a Trento sono iscritti al progetto più del 20% dei medici e più del 50% degli infermieri.

Sul totale degli iscritti, va considerato che c'è una quota di persone che, dopo l'iscrizione non effettua il primo *login* al sistema, e una ulteriore quota che, pur essendo entrata almeno una volta nel programma, non inizia il percorso formativo. Si tratta di un fenomeno di *drop out* che va tenuto sotto controllo per capirne le ragioni.

La media di percorsi iniziati dagli utenti di ECCE è di 25; considerando che 25 percorsi forniscono un numero di crediti ECM superiore al minimo obbligatorio, si può pensare che gli iscritti tendono a usare il sistema come strumento formativo utile anche al di là della necessità di acquisire i crediti.

Le risposte al questionario ministeriale che valuta il parere degli utenti segnalano percentuali di soddisfazione attorno al 90% per quanto riguarda rilevanza, qualità ed efficacia della formazione ricevuta. Anche il dato sull'assenza di conflitti di interesse è nel complesso positivo ma in misura inferiore: il 20% dei partecipanti ha ritenuto che all'interno del programma vi siano ingerenze legate a interessi commerciali.

È stato poi chiesto agli utenti di compilare un ulteriore questionario, che ha confermato l'opinione sulla facilità d'uso del sistema, sulla sua efficacia nel produrre un aumento delle conoscenze, sulla credibilità delle informazioni, e sulla loro utilità nella pratica. Bisogna però considerare che la compilazione di questo questionario era volontaria, quindi i dati soffrono di un *bias* di selezione dei rispondenti. Alla fine del questionario è stata lasciata la possibilità di esprimere liberamente un parere sul programma. La grandissima maggioranza dei commenti sono stati positivi. Le critiche sollevate, pur essendo decisamente minoritarie, sono però molto utili per progettare miglioramenti del sistema.

Per il prossimo futuro c'è la necessità di sviluppare maggiormente la parte relativa ai fabbisogni formativi, mettendo gli utenti in grado di capire se il programma risponde ai propri bisogni. Un ulteriore sviluppo consiste nell'utilizzo del sistema a livello locale, ancorato a obiettivi formativi regionali, e con la possibilità di valutarne l'efficacia dal punto di vista del comportamenti e delle *performance*.

Serono Symposia International Foundation e la qualità nell'Educazione continua in medicina

Silvano Fumero, Serono Symposia International Foundation

La Serono Symposia International Foundation (SSIF) è un'organizzazione *no profit* indipendente il cui scopo primario è acquisire l'informazione scientifica e divulgarla attraverso l'uso di strumenti formativi efficaci.

Gli obiettivi della fondazione sono i seguenti:

- creare e sviluppare programmi ECM a livello nazionale e internazionale che rispondano a effettive esigenze formative della comunità medico-scientifica;
- fornire un'informazione scientifica bilanciata, neutrale e clinicamente rilevante (che abbia cioè una ricaduta positiva nella pratica dell'operatore sanitario);
- sottoporre le proprie attività a un costante monitoraggio, in modo da assicurarne il miglioramento e l'aggiornamento;
- collaborare con le autorità di accreditamento sia a livello nazionale che internazionale, favorendo la creazione di standard comuni per i sistemi ECM e di *continuing professional development* (CPD).

La Serono Symposia International ha sempre avuto una forte rilevanza a livello internazionale. Nel 1986 negli Stati Uniti diventa *provider* accreditato dell'ACCME (*Accreditation Council for Continuing Medical Education*).

Nel 2002, contestualmente alla nascita del sistema ECM in Italia, diventa una Fondazione *no profit* e ricopre il ruolo di ente erogatore di formazione ECM.

Tutti i programmi della Fondazione sono accreditati dal Ministero della salute e dall'EACCME (il Consiglio europeo di accreditamento).

La Fondazione opera con l'obiettivo di garantire livelli di eccellenza nella qualità della formazione, nel rispetto delle regole ECM e delle normative nazionali e internazionali relative ai diversi eventi.

Per garantire la qualità degli eventi, è essenziale individuare le esigenze formative degli operatori sanitari attraverso un monitoraggio continuo delle novità rilevanti della ricerca scientifica e medica. I criteri alla base della programmazione degli eventi sono: la validità scientifica dei contenuti, la selezione dei docenti in base alle capacità didattiche, l'assenza di forme di promozione e un sistema di valutazione per comprendere l'impatto della formazione sui partecipanti. Alla fine di ogni evento i partecipanti esprimono la loro valutazione per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi del corso (precedentemente dichiarati), il livello di soddisfazione generale, la neutralità e il bilanciamento dei contenuti, la capacità didattica dei singoli docenti, e infine il possibile impatto che l'evento formativo potrà avere nella pratica dei partecipanti.

Questa valutazione viene fatta in due fasi: a conclusione del corso e dopo tre mesi, in modo da avere un *feedback* sull'effettiva applicazione sul campo di ciò che è stato appreso.

Per mantenere elevato il livello di qualità della formazione, la Fondazione ha adottato "Modello 231" (introdotto dal Decreto legislativo 231/2001) che regola i rapporti con la Pubblica amministrazione. Ha creato inoltre un proprio Codice di condotta e delle procedure etiche, che stabilisce quale tipo di processo di *auditing* deve essere fatto sulla gestione degli eventi, prevede delle linee guida per gli onorari dei docenti, e definisce il percorso di approvazione delle attività della Fondazione, che sono regolate dal comitato scientifico che ha il potere di approvare, rigettare o chiedere revisioni a tutte i programmi formativi proposti.

Per un approccio critico alla qualità dell'ECM

Dal "corsificio" alla gestione dei processi di apprendimento

Corrado Ruozi, Azienda USL di Reggio Emilia

Se obiettivo della formazione è la gestione dei processi di apprendimento di un adulto, occorre superare l'idea che la formazione si esaurisca con il corso. In un percorso verso un risultato in termini di apprendimento, il corso infatti contribuisce per una percentuale limitata.

Il corso è in grado di produrre un apprendimento "semplice", che accresce la cultura professionale ma non la modifica nei suoi elementi precedenti. L'apprendimento "complesso" invece è quello che avviene quando il precedente campo cognitivo della persona viene modificato, quando la cultura professionale e i relativi modelli mentali subiscono un cambiamento.

Per rendere la formazione efficace nel produrre apprendimenti complessi servono sia azioni di "preparazione", da mettere in campo prima dell'evento formativo, sia azioni successive, che vadano oltre il corso. La qualità di un processo di formazione potrebbe allora essere curata prestando attenzione a questi due ambiti.

Per "preparare" all'apprendimento vanno coinvolte in anticipo le persone che saranno destinatarie dell'intervento formativo, i loro responsabili all'interno dell'organizzazione lavorativa, e tutti i soggetti che possono essere interessati al cambiamento atteso.

Va definita e dichiarata la professionalità attesa, in modo che i professionisti possano orientare l'apprendimento sulla base di un'idea chiara di ciò che ci si attende da loro.

Va poi definito in modo esplicito il modello di convenienza: perché si produca realmente un cambiamento nei comportamenti occorre che le persone a cui questo cambiamento è richiesto ne abbiano una qualche convenienza, per esempio in termini di semplificazione dei processi di lavoro o maggiore efficacia del proprio intervento.

Gli apprendimenti inoltre devono essere prodotti nel momento in cui il contesto li richiede: non deve cioè esserci una asincronia tra il momento in cui si fa la formazione e il momento in cui le conoscenze acquisite trovano la loro applicazione.

L'ambiente organizzativo e la struttura devono essere preparati prima di produrre l'apprendimento: le tecnologie, il personale, i sistemi premianti, le procedure devono essere predisposti in anticipo, e solo quando l'ambiente è già pronto si può pensare di produrre l'apprendimento.

Infine occorre aiutare la costruzione di senso: le esperienze formative troppo spesso rappresentano tessere sparse di un puzzle; è invece importante che queste siano sempre e in modo esplicito ricondotte al sistema di valori e alla *mission* aziendale.

Per quanto riguarda invece il momento dell'apprendimento in sé (il corso), un'attenzione particolare dovrebbe essere data alla coerenza tra i contenuti formativi e il modo con cui questi vengono trasmessi (i metodi e le tecniche didattiche). Per esempio se si sviluppa il tema dell'inter-professionalità e si chiamano a parlare rappresentanti di una sola professione, la discrepanza tra contenuto e metodo finisce con l'inficiare la validità del contenuto stesso agli occhi dei partecipanti.

Sono poi importanti le azioni da svolgere dopo la conclusione dell'evento formativo. Abbandonare un vecchio comportamento per adottarne uno nuovo è difficile per chiunque: se i nuovi apprendimenti non vengono accompagnati e sostenuti, il rischio è che il professionista sia portato a rifugiarsi nella sicurezza dei comportamenti vecchi e consolidati. Gli strumenti migliori per realizzare questa forma di accompagnamento e di renderla stabile nel tempo sono la formazione sul campo, i gruppi di miglioramento, i sistemi di *audit*.

C'è poi bisogno di sviluppare dei sistemi che mantengano nel corso del tempo l'attenzione sui risultati che sono stati richiesti con l'intervento formativo.

Un ulteriore passaggio per sostenere gli apprendimenti sono le opportunità di auto-formazione: la formazione a distanza, le biblioteche, le comunità di pratica sono tutti strumenti per dare continuità a ciò che si è appreso durante il corso.

La qualità nella formazione continua in medicina

Luciano Vettore, Società italiana di pedagogia medica

L'ECM è finalizzata a migliorare la professionalità per garantire l'appropriatezza delle cure, e quindi migliorare lo stato di salute. La qualità dell'ECM va quindi valutata rispetto alla sua capacità di contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute.

Nell'attuale sistema ECM c'è però il rischio che la quantità (l'elevato numero degli eventi formativi, ma anche dei soggetti addetti alla *governance*) vada a scapito della qualità.

Da questo punto di vista alcuni provvedimenti possono migliorare la qualità degli eventi formativi:

- ridurre drasticamente gli eventi residenziali, limitandosi a quelli pedagogicamente affidabili (corsi interattivi con meno di 50 partecipanti);
- fare prevalere gli eventi di formazione sul campo, affidati alle Aziende sanitarie pubbliche;

- aumentare la formazione a distanza, soprattutto nella forma dell'*e-learning* di terza generazione problematico e interattivo, con la costruzione di reti e di comunità virtuali di scambio.

È verosimile che in un futuro non lontano gli eventi ECM più efficaci saranno quelli in formato *blended*, cioè con diverse fasi di formazione. I contenuti in parte vengono acquisiti "in presenza" (per contestualizzare gli obiettivi), in parte "sul campo" (per acquisire le competenze e le abilità), e in parte "a distanza" (per mantenere aggiornate le conoscenze).

Un aspetto da curare con particolare attenzione riguarda gli strumenti per la verifica della qualità pedagogica. Attualmente le autorità nazionali e regionali per l'accreditamento hanno individuato soprattutto strumenti per la valutazione "a priori" dell'evento. Molto più debole è invece la valutazione "a posteriori" in base ai risultati formativi. L'attuale sistema di valutazione dell'apprendimento che viene adottato alla fine dei corsi è inefficace, perché riesce a prendere in considerazione solo l'immediata memorizzazione di ciò di cui si è parlato durante il corso. Mancano gli strumenti per la valutazione a breve e a medio termine, che sono necessari per verificare l'*output* e l'*outcome* della formazione.

Per quanto riguarda i crediti, questi dovrebbero essere l'unità di misura della qualità degli eventi, e non un "punteggio" accumulato dai partecipanti. I professionisti della sanità che partecipano alle iniziative formative non dovrebbero acquisire crediti, bensì un portfolio individuale che documenti la formazione di qualità acquisita.

Un miglioramento della qualità dell'ECM in queste direzioni consentirebbe al sistema di evolversi verso lo sviluppo professionale continuo.

I migliori giudici della qualità degli eventi formativi sul campo sono le Aziende sanitarie pubbliche, perché recepiscono in modo immediato i bisogni formativi reali (e quindi non solo quelli percepiti), hanno un interesse forte e diretto nell'efficacia della formazione e sono sensibili al rapporto costi/benefici (efficienza).

La *governance* della qualità dovrebbe essere affidata a un organismo centrale che garantisca una base di omogeneità sul territorio nazionale, e a organismi regionali, con una struttura simile a quello nazionale ma con funzioni più specifiche e analitiche.

Per quanto riguarda gli erogatori della formazione, andrebbero distinti i *provider* (che sono i responsabili degli aspetti organizzativi) dai promotori di formazione (che sono responsabili dei contenuti e della qualità dei metodi). È possibile che sia lo stesso ente a occuparsi di entrambi gli aspetti, ma occorre che le due funzioni siano considerate e valutate separatamente. Gli erogatori della formazione dovrebbero inoltre essere sottoposti a un monitoraggio per verificarne l'adeguatezza in termini di risultati formativi documentati.

Formazione e innovazione: il contributo delle professioni sanitarie

Luisa Saiani, Università di Verona

Le professioni sanitarie non mediche producono in modo autonomo ricerca e innovazione, o sono solo attori che applicano innovazioni decise da altri? I servizi di formazione devono anticipare o accompagnare i processi di innovazione?

La riflessione attorno a questi interrogativi parte dall'ipotesi che le professioni sanitarie, oltre a condividere tutte le sfide dell'innovazione sanitaria, hanno anche dei campi di innovazione autonomi e originali. Se per esempio prendiamo in considerazione la professione infermieristica, possiamo individuare alcuni campi specifici di innovazione: lo sviluppo di competenze cliniche avanzate, modelli organizzativi basati sulla continuità e su gruppi di pazienti omogenei per intensività, modelli innovativi di "consegna a letto" dei pazienti, miglioramenti nell'ambiente lavorativo, la valorizzazione del sapere tacito delle comunità professionali esperte. Introdurre miglioramenti in questi ambiti influenza in modo positivo alcuni *outcome* "nursing-sensibili", tra cui la mortalità dei pazienti, la prevenzione delle complicanze, la capacità di autogestione dei pazienti stessi.

Le professioni sanitarie sono quindi portatrici di una cultura professionale autonoma, ma al contempo sono immerse in tutte le sfide delle innovazioni che coinvolgono il sistema sanitario, innovazioni che spesso possono essere definite come *hard*: sviluppo dei sistemi informativi; innovazione dei modelli organizzativi; attenzione crescente alla ricerca clinica e alla valutazione delle tecnologie; miglioramento dei rapporti tra sistema e cittadino; adeguamento normativo (sicurezza, *privacy*), adeguamento alle evidenze di ricerca.

C'è il rischio che l'attenzione su queste dimensioni *hard* possa lasciare in secondo piano le dimensioni *soft* dell'assistere, che hanno altrettanto bisogno di innovazione e di attenzione: chi fa veramente *caring* oggi e come si stanno evolvendo gli approcci al paziente acuto e a quello cronico? quali sono le competenze messe in campo nell'assistenza ai pazienti cronici e perché c'è, da parte del personale non medico, una fuga dalla cronicità? che tipo di alleanze si possono fare con i *caregiver* (i familiari del malato ma anche le badanti)? quali innovazioni si possono individuare per la qualità dell'assistenza notturna negli ospedali?

Anche su questi aspetti c'è bisogno di attività di ricerca e di modelli di innovazione scientificamente validi. Per sviluppare ricerca e innovazione per le professioni sanitarie sono però necessarie connessioni su molti livelli: con le Università, con i Ministeri e le Regioni (per i finanziamenti alle ricerche), con le Aziende sanitarie (per le scelte contrattuali, per la valutazione e quindi per realizzare sistemi premianti), con i Servizi formazione e/o sviluppo organizzativo.

Se i servizi di ECM vogliono anticipare le innovazioni, allora dovrebbero attivare un dialogo più intenso con le categorie, con le *leadership* culturali, con i formatori anche a livello universitario. Oggi gli Uffici formazione svolgono un'ingente mole di lavoro a livello interaziendale ma sono poco rivolti verso gli ambiti in cui nascono e si sviluppano le linee di tendenza per le future innovazioni.

Se invece il compito principale dell'ECM è quello di accompagnare le innovazioni, si rende auspicabile integrare e diversificare le competenze negli Uffici formazione, potenziando ulteriormente le loro capacità di progettazione e di gestione.

Infine, quali innovazioni possono essere portate dentro la formazione stessa? Agli strumenti già consolidati ne possono essere affiancati altri: progetti di miglioramento, *audit* clinico, ricerca-azione, discussione di casi clinici e di casi organizzativi, *journal club*, apprendimento basato sulla pratica.

ECM: le sfide

Joseph S. Gonnella, Thomas Jefferson University, Philadelphia (USA)

Un professionista della sanità ha l'obbligo morale, etico e professionale di mantenere aggiornate le competenze lungo tutto il corso della carriera. Diplomi, lauree, specializzazioni dovrebbero essere considerati come qualifiche temporanee: è necessario cioè che vengano utilizzati strumenti che periodicamente (per esempio ogni tre anni), sottopongano il professionista della sanità a una verifica delle competenze, alla quale subordinare la possibilità di continuare a esercitare. Si può pensare quindi a una ricertificazione della laurea o della specializzazione, oppure a una riconvalida dell'abilitazione.

Un sistema che preveda forme di riabilitazione o di ricertificazione e che al contempo sia in grado di tenere sotto controllo la qualità dell'assistenza è un sistema che offre al cittadino le maggiori garanzie sull'eticità delle categorie professionali sanitarie.

La qualità dell'assistenza deve però essere valutata nel momento dell'erogazione della prestazione: l'aver acquisito certe competenze e conoscenze non comporta infatti automaticamente che queste vengano effettivamente utilizzate.

La riflessione sull'ECM dovrebbe pertanto orientarsi verso la definizione del tipo di competenze che si vogliono mantenere e sviluppare nel personale sanitario e sulle modalità con cui effettuare il monitoraggio delle *performance*.

L'apprendimento è senza dubbio necessario per il mantenimento e il miglioramento delle competenze e della *performance*. Ma la competenza è un concetto estremamente complesso; comprende la conoscenza, la capacità di raccogliere informazioni, giudizi e opinioni, atteggiamenti. E tutti questi elementi devono essere in equilibrio tra loro. L'ECM dovrebbe prestare particolare attenzione ad alcuni di questi elementi perché molto spesso non sono le conoscenze a essere carenti, ma la capacità, la volontà e la possibilità di applicare queste conoscenze nella pratica.

È per questo motivo che è necessario misurare la *performance* e non solo l'acquisizione delle conoscenze. Solo la combinazione tra verifica delle conoscenze e il monitoraggio in loco può garantire la qualità dell'assistenza.

La valutazione della *performance* deve comunque tenere in considerazione che le competenze del medico non sono l'unico fattore determinante.

L'effettiva qualità delle prestazioni sanitarie dipende in parte dall'apporto del professionista. Da questo punto di vista possiamo pensare che esistano quattro categorie di professionisti: coloro che sanno cosa fare, sono capaci di farlo e nei fatti lo fanno; coloro che sanno cosa fare, sono capaci di farlo, ma non lo fanno; coloro che sanno cosa dovrebbe essere fatto, ma non sono in grado di tradurre questa conoscenza in pratica; e infine coloro che non sanno, che sono cioè carenti dal punto di vista delle conoscenze mediche.

Dall'altra parte però vanno tenute presenti altre variabili altrettanto importanti nell'influenzare gli *outcome* dell'assistenza: sicuramente il contesto organizzativo in cui il professionista stesso opera, ma anche la motivazione e il comportamento del paziente, e le risorse della comunità. Un approccio completo alla valutazione dei risultati dovrebbe tenere conto di tutte queste variabili, e non limitarsi a misurare le conoscenze e le competenze del professionista sanitario.

Conclusioni

Maria Paola Landini, Preside della Facoltà di medicina e chirurgia, Università di Bologna

L'aumento delle conoscenze e delle competenze è intrinseco all'etica delle professioni sanitarie. Quindi perché è diventato necessario imporre la formazione come obbligo? Si tratta di una domanda difficile, alla quale però è necessario tentare di fornire una risposta.

Probabilmente una parte delle ragioni è da ricercarsi a monte, nella formazione universitaria: il percorso che porta gli studenti alla laurea e poi alla specializzazione è lungo e difficile. Molti arrivano alla fine esausti, e dal punto di vista umano è comprensibile che vengano meno il desiderio e la volontà di continuare a studiare nel corso di tutta la propria carriera.

Un altro problema che non incentiva i professionisti della sanità a continuare a formarsi è la mancanza di un riconoscimento del merito e della maggiore conoscenza acquisita. In questo caso il problema non dipende più dall'Università ma dal sistema sanitario in cui gli operatori si trovano a lavorare.

L'insieme di questi due fattori rendono necessario imporre la formazione come obbligo. Ma a questo punto sorge una seconda domanda: ma questa conoscenza imposta, è veramente utile?

Alcuni dei dati che sono stati presentati durante questo convegno sembrano indicare che una buona formazione ECM, anche quando è resa obbligatoria, contribuisce a migliorare alcuni parametri di efficacia. Si sente però la necessità di un miglioramento della qualità della formazione per quanto riguarda gli obiettivi, i temi, il monitoraggio dei *provider*.

A Bologna è stato fondato il consorzio Med3, del quale fanno parte tre Aziende sanitarie, l'Istituto ortopedico Rizzoli, l'Università e il CINECA (che offre supporto tecnico), che dalla metà del 2005 fornisce corsi di formazione a distanza. Uno degli aspetti importanti

di questa esperienza è che la *governance* del sistema è affidata alle Aziende sanitarie, con il supporto scientifico messo a disposizione dall'Università.

Un ulteriore aspetto emerso nel corso del convegno riguarda il conflitto di interessi. Questo tema è affrontato dalla Facoltà di medicina all'interno di due diversi corsi. È necessario tuttavia che il tema sia trattato ancora, anche dopo la fine degli studi universitari. Ma oltre alla formazione, l'aspetto determinante per l'acquisizione di comportamenti corretti è l'ambiente in cui il medico si trova a operare. In questa fase di verifica e rilancio dell'ECM, a sei anni di distanza dall'inizio del programma, i temi trattati nel convegno costituiscono un terreno utile per individuare problemi e possibili soluzioni per il miglioramento della qualità dell'ECM futura.

Allegati

Allegato A. Questionario di ingresso al percorso formativo per osservatori della qualità dell'ECM

(indicare le risposte vere)

- 1. Il sistema per l'Educazione continua in medicina è stato concretamente avviato in Italia nel:**
 - a) 1998
 - b) 2000
 - c) 2002
 - d) 2004

- 2. In base alla normativa vigente il sistema per l'ECM in Italia è finalizzato a:**
 - a) integrare le norme sull'accreditamento delle strutture sanitarie al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal SSN
 - b) promuovere l'impegno nell'apprendimento continuo degli operatori sanitari
 - c) confermare il titolo dell'abilitazione professionale
 - d) riconoscere il ruolo istituzionale degli organizzatori di formazione

- 3. Secondo la normativa il sistema di ECM in Italia è:**
 - a) raccomandato a tutti i professionisti della sanità
 - b) obbligatorio per tutti i dipendenti del Servizio sanitario nazionale
 - c) obbligatorio per tutti gli operatori sanitari dipendenti del SSN e delle strutture private accreditate e i liberi professionisti convenzionati
 - d) obbligatorio per i medici e facoltativo per gli altri operatori sanitari

- 4. Finora sono stati definitivamente accreditati in Italia *provider* per l'ECM:**
 - a) nessuno
 - b) meno di 100
 - c) tra 100 e 1000
 - d) oltre 10.000

5. Le Società scientifiche possono:

- a) organizzare eventi da accreditare per l'ECM
- b) accreditare direttamente eventi per l'ECM
- c) accreditare per l'ECM eventi organizzati da Società scientifiche omologhe di altri Paesi
- d) effettuare visite di verifica della corretta realizzazione degli eventi organizzati da altre Società scientifiche

6. Le industrie farmaceutiche:

- a) possono proporre direttamente eventi da accreditare per l'ECM
- b) non possono organizzare né sponsorizzare in alcuna forma eventi da accreditare per l'ECM
- c) possono sponsorizzare eventi da accreditare per l'ECM sulla base di regole definite
- d) possono sponsorizzare eventi da accreditare per l'ECM solo attraverso contratti formali con l'organizzatore dell'evento

7. Gli Enti che possono accreditare gli eventi per l'ECM sono:

- a) solo la Commissione nazionale per la formazione continua
- b) la Commissione nazionale e le Commissioni regionali per la formazione continua
- c) il Ministero della salute e le Regioni
- d) gli Ordini e i Collegi

8. Gli accordi condivisi a livello nazionale per l'accREDITAMENTO definitivo degli organizzatori di formazione per l'ECM prevedono che:

- a) per un'istituzione pubblica non sia necessaria alcuna formalità
- b) per un'organizzazione privata sia necessaria la certificazione ISO 9001/2000
- c) sia necessario presentare una domanda con allegata documentazione, superare una verifica e pagare una tariffa
- d) non sono stati ancora definiti criteri condivisi a livello nazionale

9. Le decisioni che riguardano l'applicazione dell'ECM su tutto il territorio nazionale, oltre che dal Parlamento vengono prese:

- a) dalla Commissione nazionale per la formazione continua
- b) dalla Conferenza Stato-Regioni
- c) dal Ministro della salute in accordo col Ministro dell'istruzione
- d) dalle singole Giunte regionali

10. Il sistema per l'ECM:

- a) è stato già adottato in modo uniforme in tutto il paese con atti formali delle amministrazioni regionali
- b) non è stato ancora adottato da molte Regioni
- c) è stato adottato da quasi tutte le Regioni ma con modalità che differiscono tra loro per alcuni aspetti
- d) è stato adottato solo da poche Regioni e con modelli chiaramente differenti

11. Finora sono stati definiti e condivisi a livello nazionale i criteri per l'assegnazione di crediti per l'ECM di:

- a) solo eventi residenziali
- b) eventi residenziali e formazione a distanza
- c) eventi residenziali e formazione sul campo
- d) eventi residenziali, formazione a distanza e formazione sul campo

12. A ogni ora di formazione documentata di un processo formativo accreditato per l'ECM corrisponde sempre:

- a) 1 credito
- b) 1,5 crediti
- c) da un minimo di 0,75 a un massimo di 1,25 crediti
- d) da un minimo di 1 a un massimo di 1,5 crediti

13. I crediti per l'ECM acquisiti attraverso la partecipazione ad eventi accreditati valgono:

- a) su tutto il territorio nazionale se acquisiti attraverso eventi accreditati dal Ministero della salute; solo nel territorio regionale di competenza se acquisiti attraverso eventi accreditati dalle Regioni
- b) tutti nello stesso modo sull'intero territorio nazionale
- c) di più se acquisiti attraverso eventi organizzati da Aziende sanitarie pubbliche
- d) di più se acquisiti attraverso eventi finalizzati ad obiettivi formativi nazionali

14. Elencare in ordine logico le fasi principali di un processo formativo.

- I. _____
- II. _____
- III. _____
- IV. _____
- V. _____

15. Dare la definizione di "obiettivo formativo".

16. Indicare almeno tre tipologie diverse di metodi didattici utilizzabili in un intervento formativo di tipo residenziale.

- a) _____
- b) _____
- c) _____

17. Elencare le principali modalità di valutazione di un processo formativo che un organizzatore di formazione dovrebbe attivare.

Allegato B. Schede dei sistemi ECM delle Regioni

(aggiornamento maggio 2007)

BOLZANO

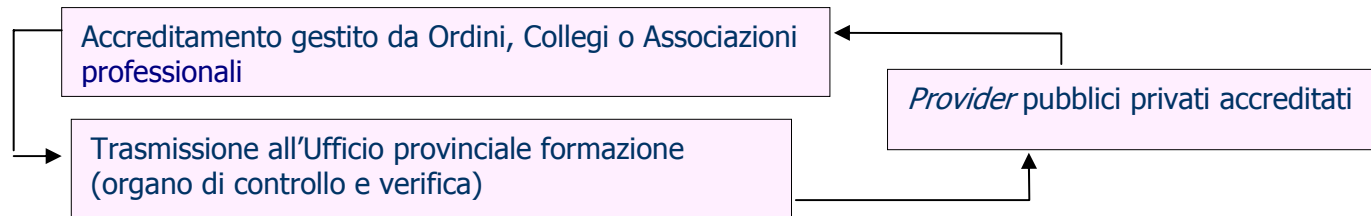
Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2002

- Istituita la Commissione provinciale ECM.
- La Commissione provinciale ECM ha delegato agli Ordini e Collegi professionali l'accREDITAMENTO degli eventi provinciali. La Commissione ha il compito di definire i criteri di accREDITAMENTO.
- Informatizzata la richiesta di accREDITAMENTO per gli eventi residenziali, in cartaceo le altre.
- Tipologie di attività formative accREDITATE: residenziale, FAD, esperienza formativa del singolo professionista all'estero.
- Certificazione dei crediti viene rilasciata dal promotore dell'evento formativo. Per le esperienze all'estero, è l'Ufficio formazione personale sanitario oppure l'Ordine o Collegio professionale.

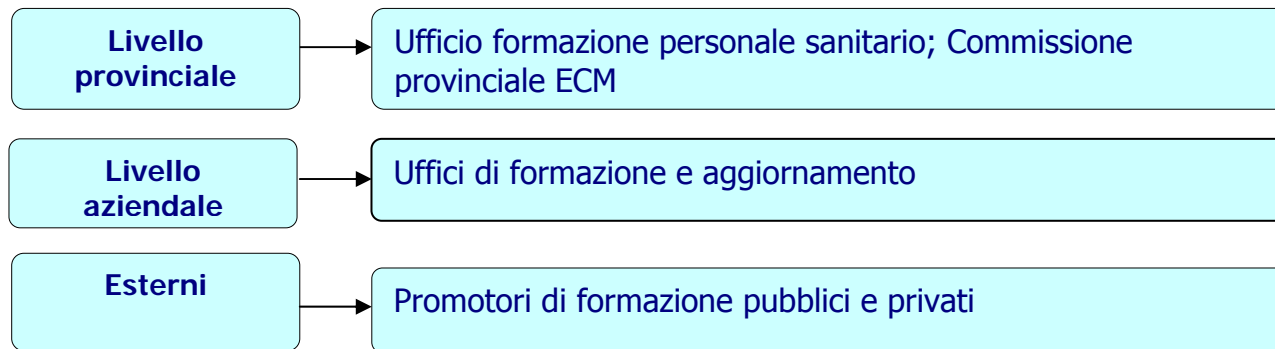
Organismi di supporto all'ECM



Sistema di accreditamento



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

- Informatizzazione delle procedure di richiesta di accreditamento.
- Valorizzazione dell'esperienza formativa del singolo professionista.

Punti di debolezza

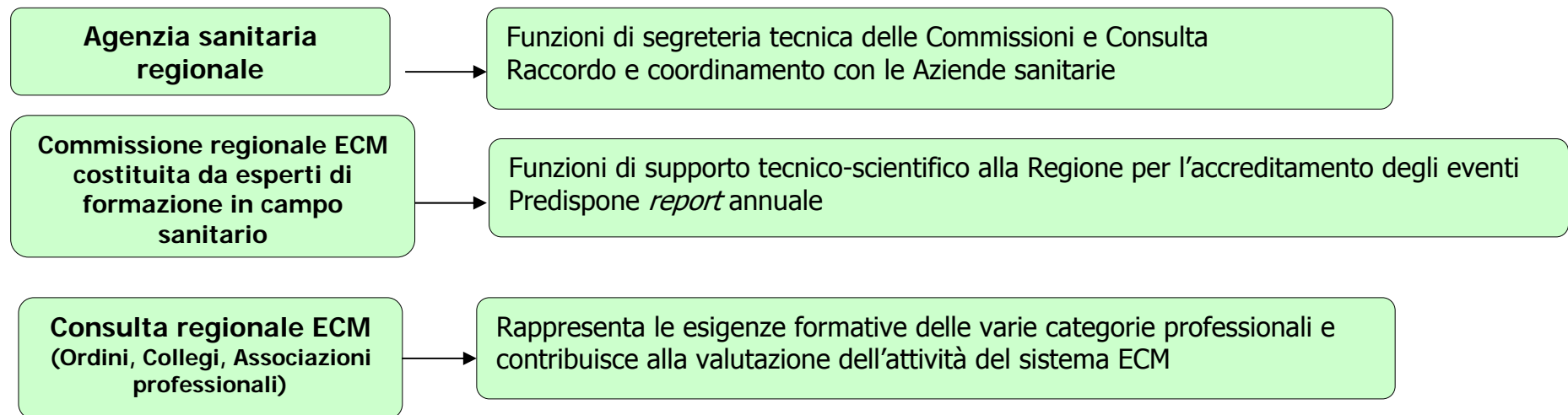
- Assenza di un sistema informativo integrato che comprenda l'anagrafe, analisi fabbisogno formativo.
- Presenza di documentazione cartacea.

EMILIA-ROMAGNA

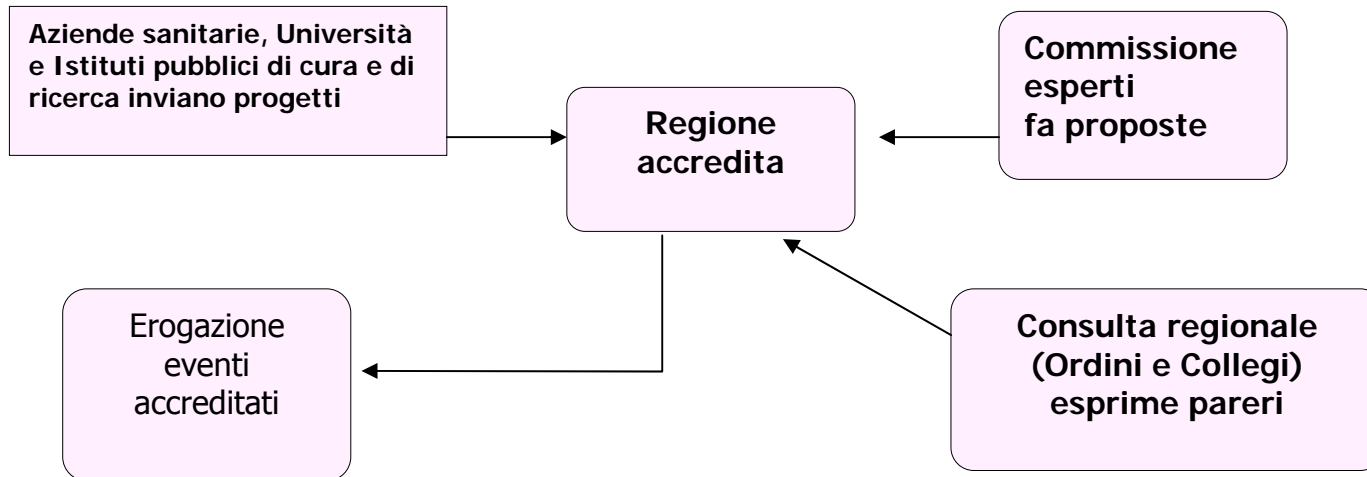
Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2002

- Accreditemento regionale *on line*.
- Individuazione obiettivi formativi regionali.
- Individuazione tipologie *provider* pubblici.
- Sistema di autovalutazione da parte dei *provider* per le proposte di attribuzione dei crediti.
- Finanziamento pubblico (no sponsor).
- Sistema di accreditemento degli eventi senza *referee*.

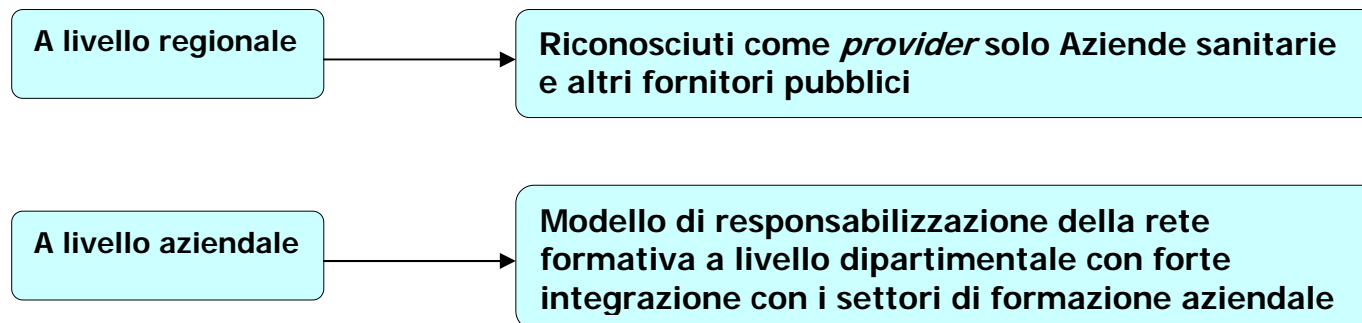
Organismi di supporto all'ECM



Sistema di accreditamento



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

- Processi strutturati di integrazione tra il sistema regionale ECM e i settori formazione delle Aziende sanitarie.
- Sistema informativo/informatico a regime (anche per la diffusione delle offerte formative in rete).
- Implementazione di offerte formative " oltre l'aula" e con metodologie didattiche innovative.
- Istituzione delle " reti" di formatori animatori come elemento garante per standard di qualità.
- Accreditemento regionale FSC.
- Valorizzazione della funzione tutoriale nella FSC.
- Sperimentazioni FAD.

Punti di debolezza

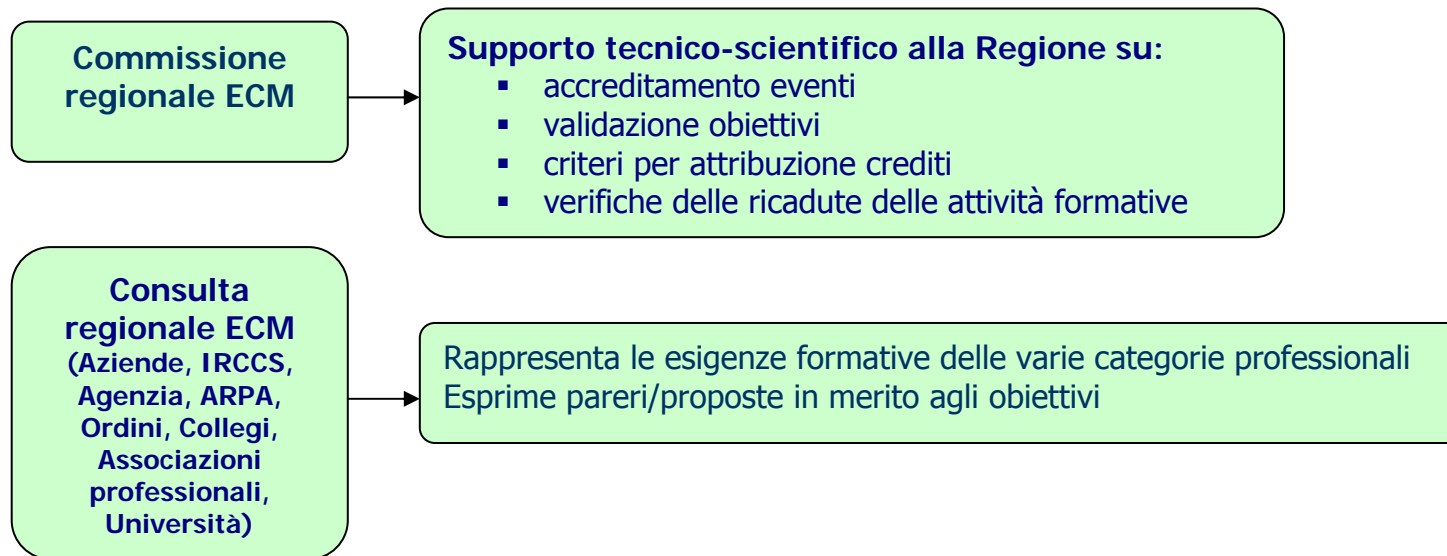
- Necessità di rendere visibile e riconosciuto nel sistema l'attività dei tutor della formazione.
- Cultura degli operatori che non colgono il "valore" della formazione e la interpretano come corsa ai punti.
- Necessità di sviluppare sistemi di valutazione impatto formativo nell'organizzazione.

FRIULI VENEZIA GIULIA

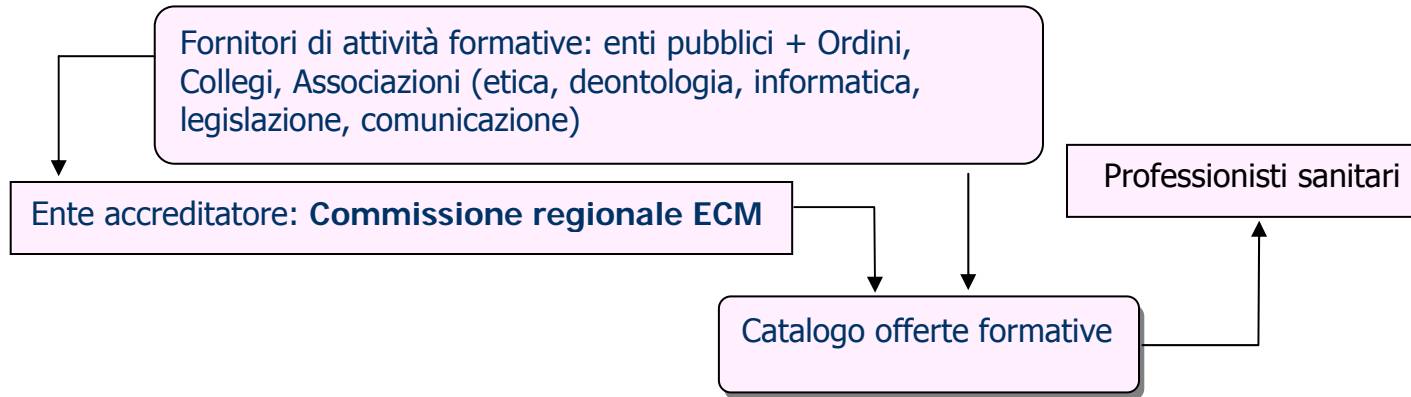
Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2003

- Accreditemento regionale delle attività formative residenziali operativo dal 15 febbraio 2005.
- Attivazione di un unico *server* su tutto il territorio regionale e accreditemento *on line*.
- Individuazione tipologie di attività accreditabili (residenziali e sul campo).
- Attribuzione crediti in base a tre criteri: durata, numero partecipanti, *item* di valutazione.
- Assenza del sistema di valutazione con *referee*.
- Individuazione annuale degli obiettivi formativi regionali.

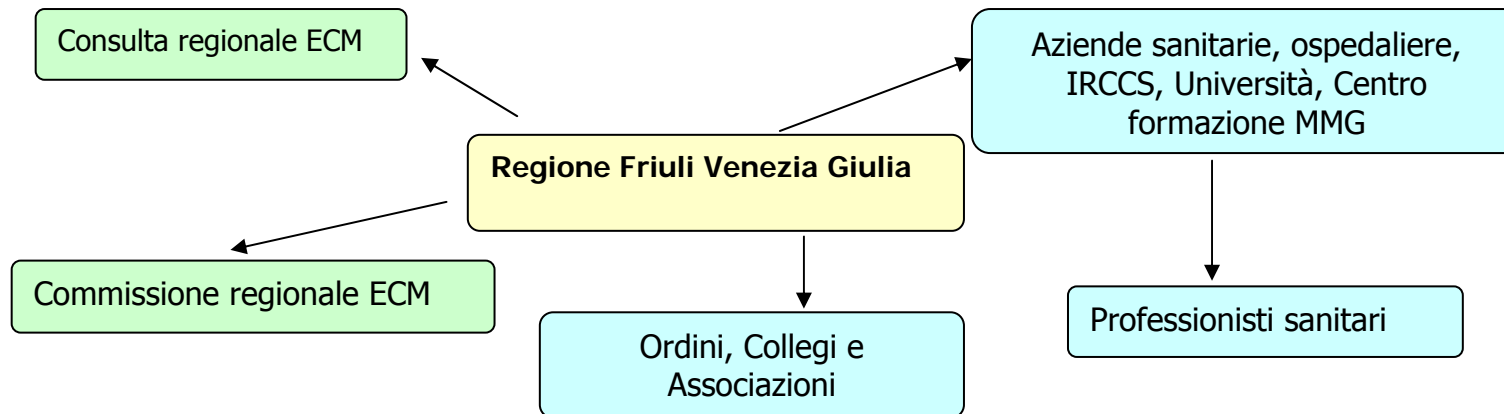
Organismi di supporto all'ECM



Sistema di accreditamento



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

- Catalogo formativo aggiornato *on line*.
- Accredimento on line delle attività formative (residenziali e sul campo).
- Banca dati informatizzata dei *curricula vitae* dei docenti e dei responsabili scientifici.
- Accredimento regionale FSC a regime.

Punti di debolezza

- Manca un monitoraggio della qualità delle attività formative.
- Il piano annuale delle attività formative non viene redatto da tutte le Aziende.
- Non ancora attivata l'anagrafe dei crediti formativi regionali.

LAZIO

Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2004

Costituzione di un sistema a Consorzio cui partecipano tutte le ASL e ASO del Lazio

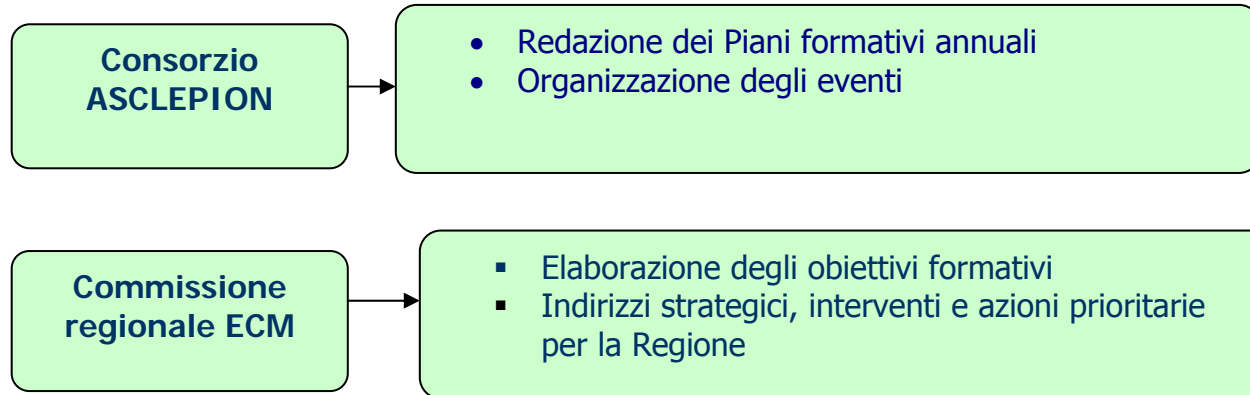
Predisposizione di obiettivi regionali

Richiesta a tutti i *provider* pubblici di predisposizione dei Piani annuali formativi coerenti con gli obiettivi formativi regionali

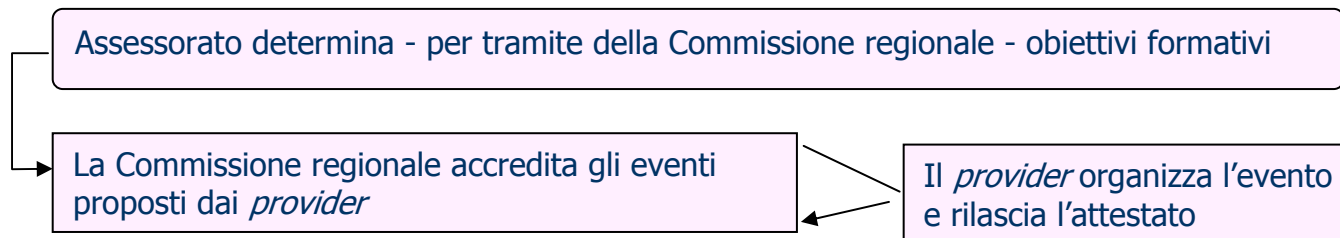
Accreditamento provvisorio regionale dei *provider* pubblici in possesso di:

- adeguata esperienza del responsabile dell'attività di formazione
- adozione di un sistema di gestione della qualità
- esistenza di un gruppo di orientamento e valutazione delle attività formative
- dotazione strutturale e tecnologica adeguata

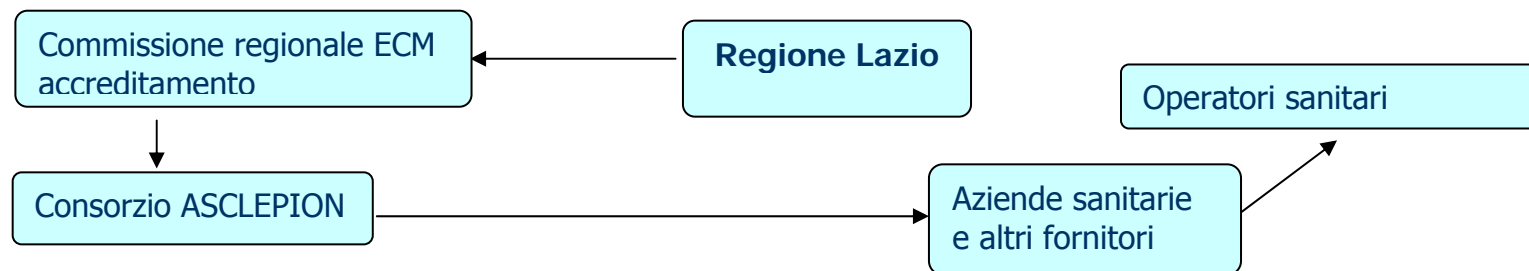
Organismi di supporto all'ECM



Sistema di accreditamento



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

Prossima istituzione della Consulta delle professioni

Istituzione gruppo di lavoro quale organo di consulenza tecnica verso il Dipartimento sociale, Direzione regionale Programmazione sanitaria e Tutela della salute per quanto attiene la formazione permanente del personale del SSR. Questo gruppo secondo quanto previsto nel progetto ECM regionale deve monitorare l'attuazione del piano di sviluppo, valutare il raggiungimento degli obiettivi.

Punti di debolezza

Tardivo avvio del sistema regionale ECM

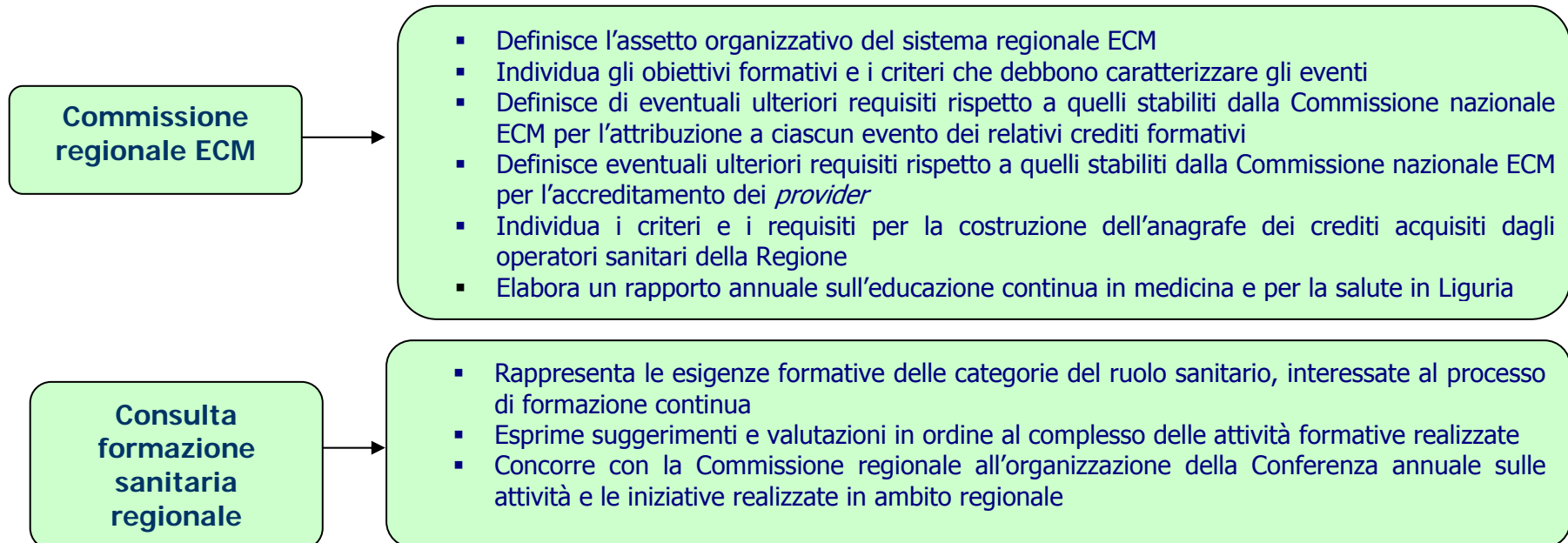
Elevata eterogeneità delle esperienze di formazione delle diverse Aziende sanitarie e ospedaliere.

LIGURIA

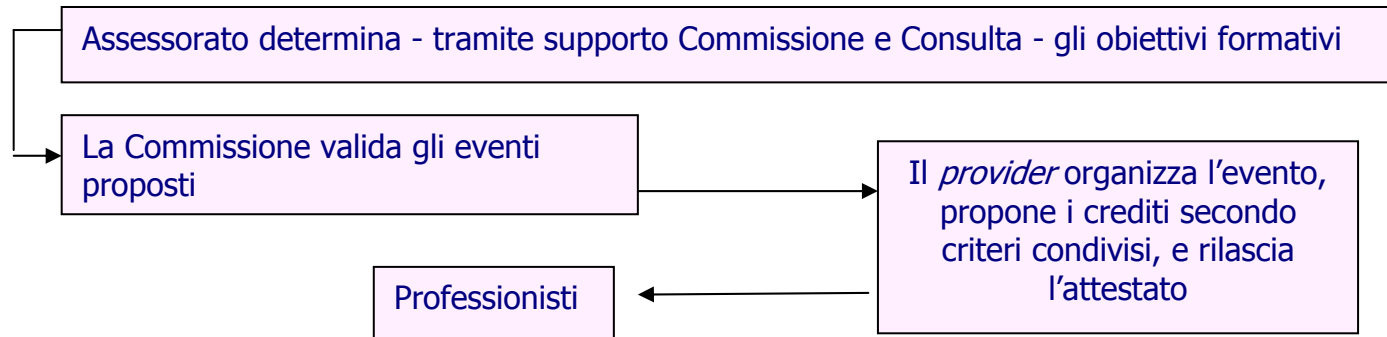
Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2004

- Istituzione albo regionale dei *provider* pubblici e privati accreditati.
- Individuazione obiettivi formativi regionali.
- Sperimentazione FAD.

Organismi di supporto all'ECM



Sistema di accreditamento



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

- Estrema snellezza e tempestività nella gestione regionale del processo.
- Processo strutturato di integrazione tra sistema regionale ECM, Aziende sanitarie e *provider* privati.
- Inizio di sistema di rete tra le Aziende sanitarie per razionalizzazione dei processi formativi.
- Sperimentazione FAD.
- Prossima apertura al *blended learning*.

Punti di debolezza

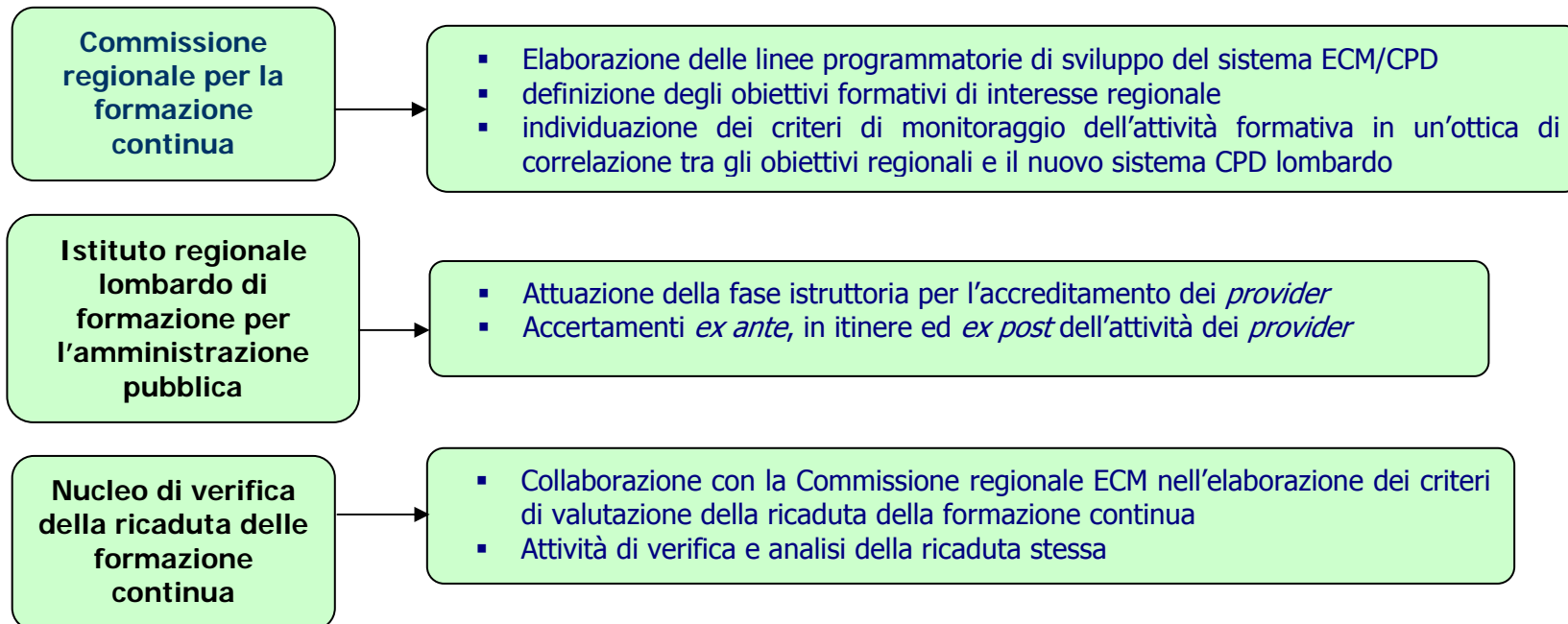
- Mancanza di un sistema informatico automatico e di anagrafe regionale.
- Mancanza di un sistema regionale di coordinamento dei formatori/animatori.
- Carenza di un sistema di valutazione sull'attività formativa ma soprattutto di valutazione nell'organizzazione del cambiamento di *performance* determinato dalla formazione.

LOMBARDIA

Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2003

- Accreditemento regionale *provider* pubblici e privati attraverso la valutazione dei requisiti soggetti e del piano formativo.
- Attribuzione ai *provider* accreditati di responsabilità gestionale e formativa.
- Implementazione di un sistema integrato di valutazione di impatto delle *performance* professionali.
- Valorizzazione della FSC.

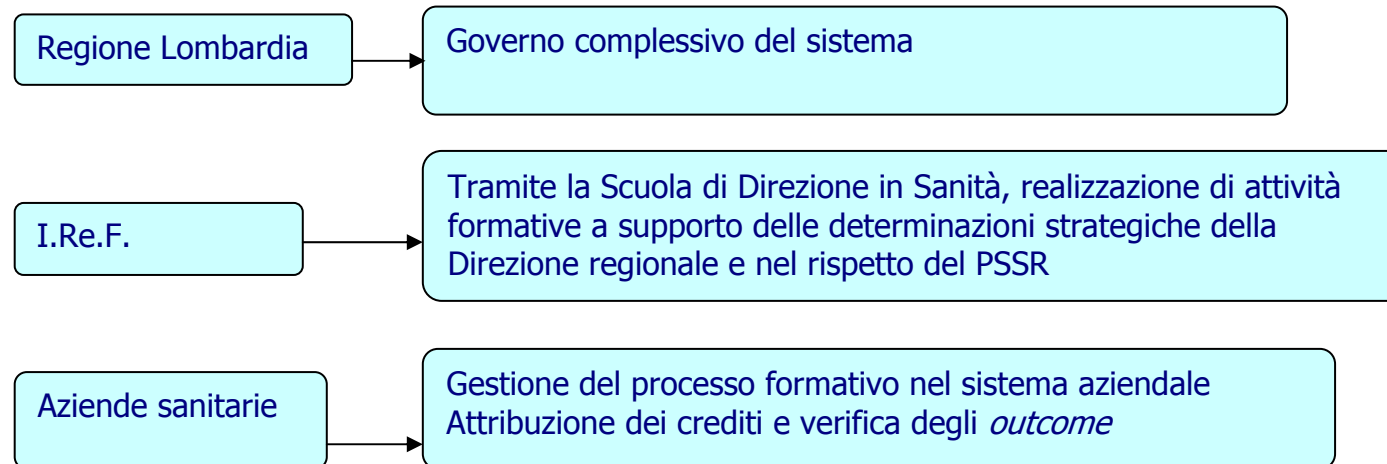
Organismi di supporto all'ECM



Sistema di accreditamento



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

- Passaggio dal sistema ECM al modello di Sviluppo professionale continuo (CPD) attraverso il riconoscimento della centralità del *provider* e del piano formativo.
Quest'ultimo, in particolare, comporta la necessità per i *provider* di integrare la programmazione formativa con le strategie dell'Ente e le politiche di gestione delle risorse umane e di programmare la formazione in sintonia e coerenza ai processi di cambiamento dell'Ente stesso. Di conseguenza, mentre un sistema ECM punta al rinnovamento del sapere "medico" (in considerazione del veloce *turn over* delle conoscenze), il modello del CPD si focalizza sull'evoluzione e sul miglioramento qualitativo della prestazione professionale di ogni professionista e sull'impegno ad adeguare la *performance* ai bisogni dell'assistito e del Servizio sanitario nazionale
- Cardini del sistema, ovvero:
 - Accredimento dei *provider* e non dei singoli eventi
 - Formazione finalizzata al progetto individuale di crescita professionale definito in modo libero e responsabile da ciascun professionista
 - Valorizzazione del connubio "sapere - sapere applicato" privilegiando la tipologia formativa "Formazione sul campo"
- Integrazione della formazione ECM/CPD nei sistemi di accreditamento istituzionale, nell'applicazione dei sistemi di certificazione sia di qualità che di eccellenza e nei processi di gestione delle risorse umane, fra cui, tra l'altro, la valutazione professionale per gli incarichi e le posizioni.
- Valorizzazione degli operatori e delle aziende di riferimento e superamento dell'attuale visione burocratico-formale della formazione continua.
- Formazione fortemente legata alle esigenze lavorative e all'ambito professionale che deve condurre nel tempo alla valutazione delle ricadute della formazione sulle *performance* professionali ("accredimento professionale").

Punti di debolezza

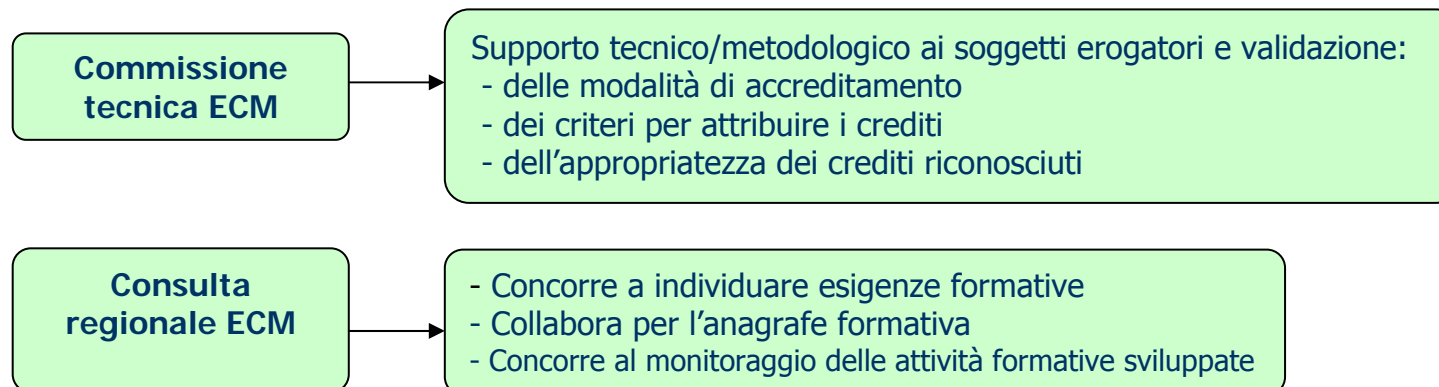
- Recente costituzione del sistema e conseguente necessità di addentrarsi in campi nuovi per la realtà lombarda e nazionale (ad esempio la FAD o la FSC).
- Livello non omogeneo degli Uffici formazione delle Aziende, che hanno un ruolo centrale nel sistema di ECM/CPD.

MARCHE

Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2005

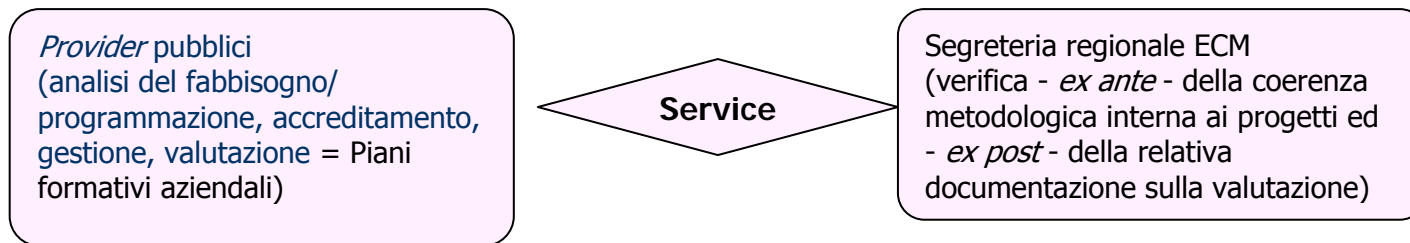
- Individuazione obiettivi formativi regionali e attivazione di un unico *server* su tutto il territorio regionale.
- Inserimento della variabile formazione nel processo di *budget*.
- Individuazione tipologie di eventi/PFA accreditabili (residenziale e sul campo) da parte dei *provider* pubblici.
- Esplicitazione crediti assegnabili in base a tre criteri: durata, numero partecipanti, metodologie didattiche.
- Sistema di autovalutazione da parte dei *provider* sull'attribuzione dei crediti.

Organismi di supporto all'ECM

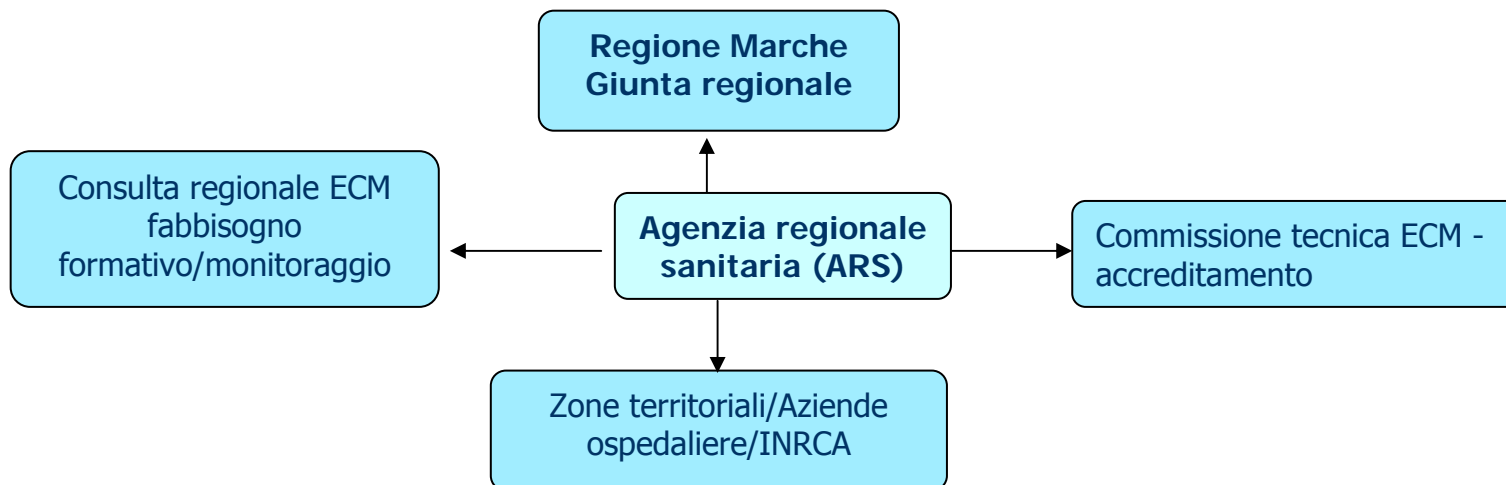


Sistema di accreditamento

Gestito dalla Azienda regionale sanitaria (ARS): coordinamento, fabbisogno formativo/accreditamento/monitoraggio



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

- Sistema informatizzato, ancorato all'anagrafica di tutti i dipendenti, che mette in rete le fasi del processo formativo e le attività formative realizzate tra Uffici formazione e ARS.
- Monitoraggio dell'attività semestrale/annuale e della dinamica della spesa per singole articolazioni organizzative e per aree contrattuali.
- Percorso metodologico per la definizione degli obiettivi formativi a supporto delle linee di indirizzo del Piano sanitario regionale e nazionale.
- Registrazione dei percorsi formativi di tutte le professionalità sanitarie del territorio regionale e possibilità del suo monitoraggio (dossier formativo individuale, predisposizione piattaforma per bilancio delle competenze).
- Incentivazione della formazione *blended*.
- Promozione del miglioramento degli standard qualitativi della formazione.

Punti di debolezza

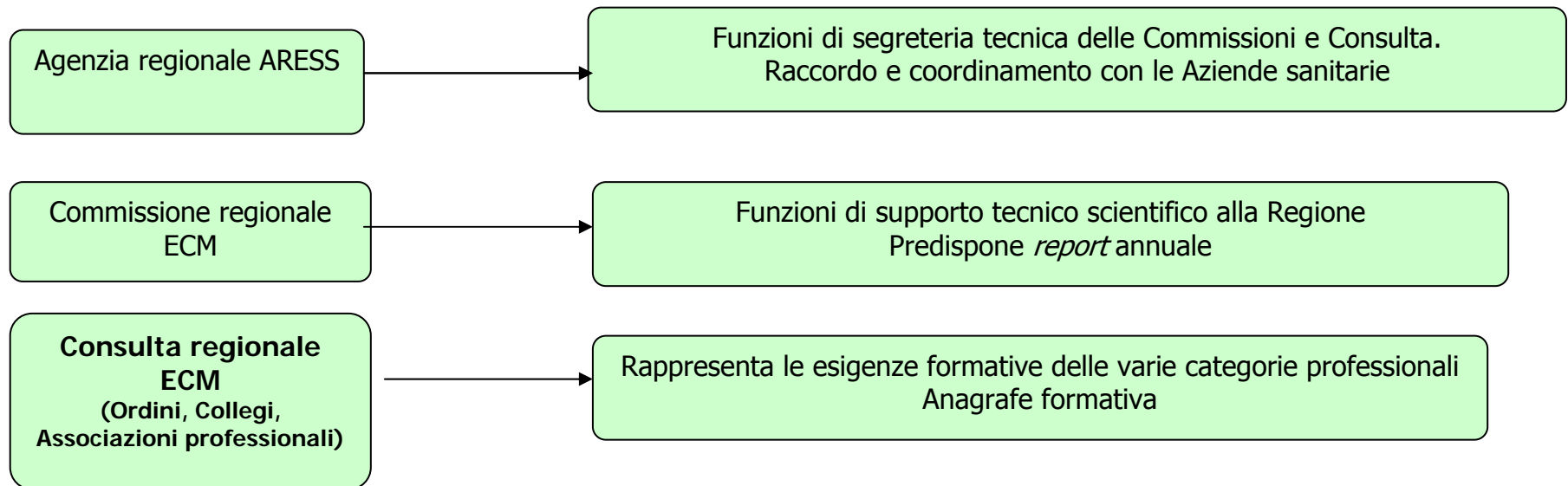
- Disomogeneità degli Uffici formazione relativamente ai requisiti per l'accreditamento dei *provider*.
- Carenza di risorse (umane) dedicate alla gestione delle procedure formative.
- Valutazione impatto formazione.

PIEMONTE

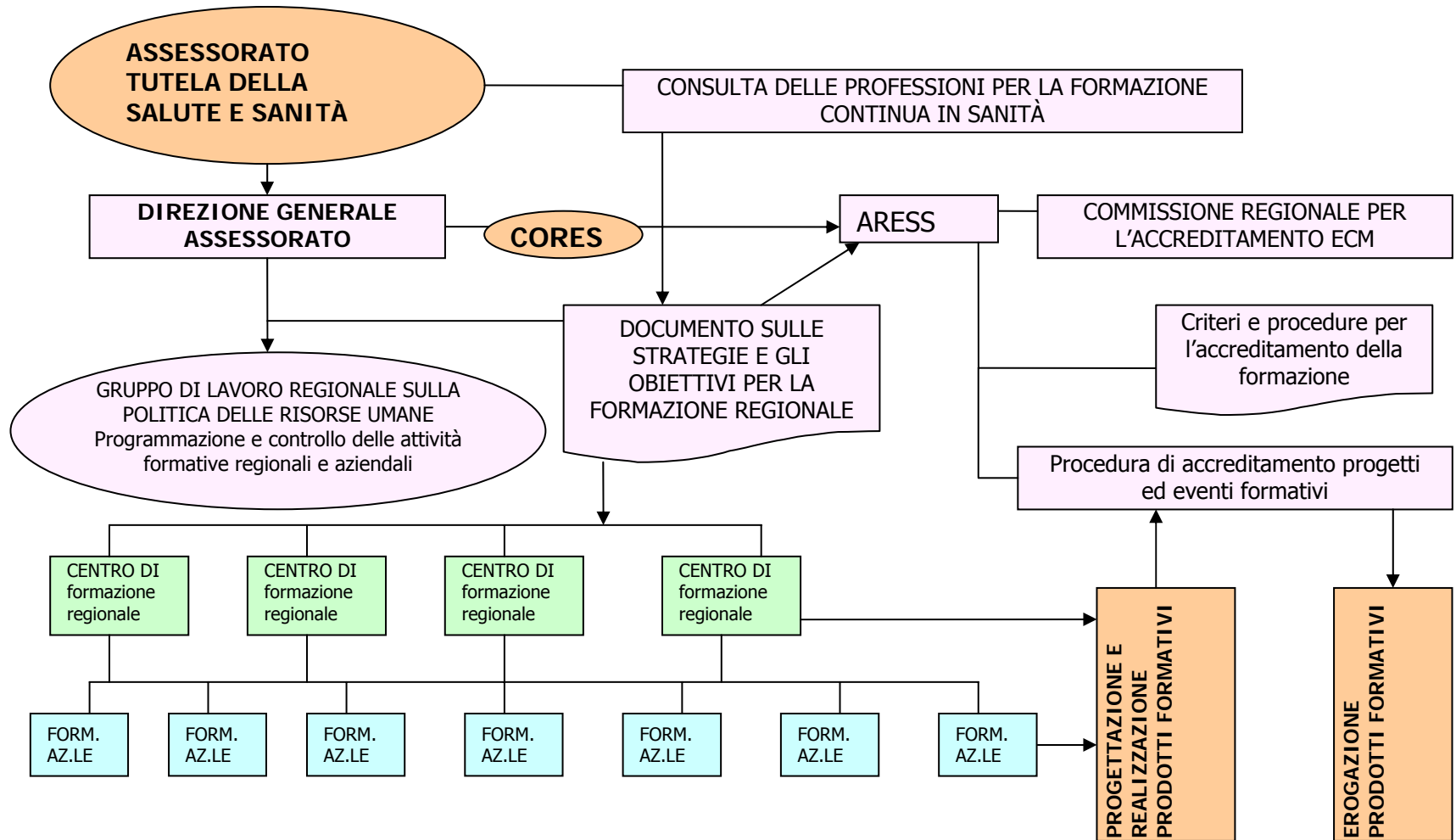
Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2007 (FASE SPERIMENTALE) 2008 (A REGIME)

- Accreditemento regionale *on line*
- Individuazione obiettivi formativi regionali
- Individuazione tipologie *provider* pubblici e criteri di accreditemento Centri di formazione regionali
- Sistema di autovalutazione da parte dei *provider* sull'attribuzione dei crediti
- Finanziamento pubblico (no sponsor)
- Sistema di accreditemento degli eventi senza *referee*

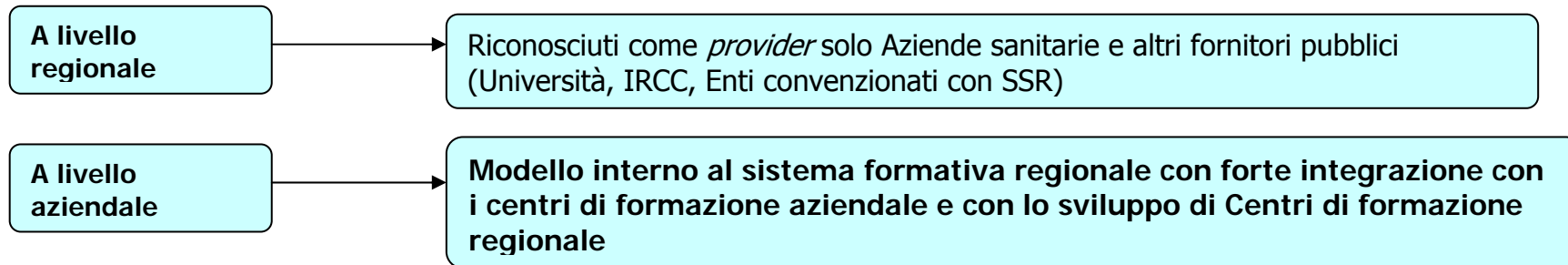
Organismi di supporto all'ECM



Sistema di accreditamento



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

- Processi strutturati di integrazione tra il sistema formativo regionale, il sistema di accreditamento ECM e il sistema dei *provider*.
- Sistema informativo/informatico a regime (anche per la diffusione delle offerte formative in rete).
- Implementazione di offerte formative "oltre l'aula" e con metodologie didattiche innovative (FAD e FSC).
- Accreditamento regionale FSC.
- Valorizzazione della funzione tutoriale nella FSC.
- Sperimentazioni FAD.
- Costruzione del portale regionale per l'*e-learning*.

Punti di debolezza

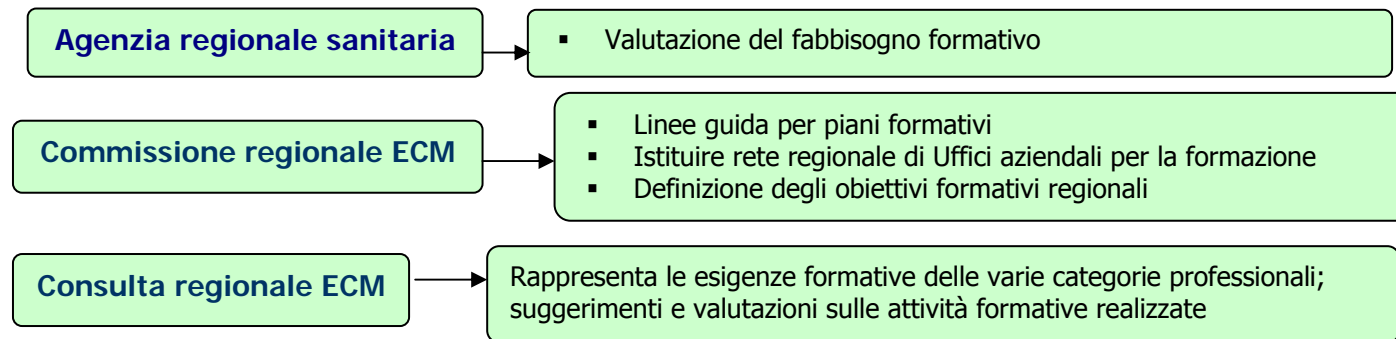
- Necessità di rendere visibile e riconosciuto nel sistema l'attività degli animatori/formatori.
- Cultura degli operatori che non colgono il "valore" della formazione e la interpretano come corsa ai punti.
- Valutazione impatto formativo nell'organizzazione tema di competenze acquisite(strumenti e metodi).

SARDEGNA

Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2005

- Due livelli di governo:
 - 1) Livello regionale = accreditamento progetti/eventi, predisposizione atti per la commissione regionale ECM e Consulta ECM, redazione report annuale
 - 2) Livello aziendale = identificazione bisogni formativi, predisposizione piano annuale formativo, procedure di richiesta ed erogazione attività formative, verifica efficacia, documentazione dei percorsi
- Accreditamento sperimentale *provider* pubblici.

Organismi di supporto all'ECM



GRUPPO TECNICO: individua i criteri di attribuzione dei crediti, assegna i crediti, determina i requisiti per l'accreditamento dei *provider*, definisce le modalità di registrazione dei crediti, definisce le modalità di utilizzo delle sponsorizzazioni, predisporre il rapporto annuale sull'ECM.

Sistema di accreditamento

NAZIONALE/Regionale (di transizione)

Organizzazione e reti della formazione continua

Commissione regionale per la formazione sanitaria

Laboratorio di costruzione del modello organizzativo dei servizi formazione delle Aziende sanitarie

Elementi qualificanti

- È stata istituita la commissione regionale per la formazione (16 aprile 2007).
- È in corso il Laboratorio di costruzione del modello organizzativo dei servizi formazione delle Aziende sanitarie: nel laboratorio i componenti dei servizi formazione delle Aziende stanno costruendo insieme il modello organizzativo dei loro servizi.
- Sono state deliberate dalla Giunta regionale le linee di indirizzo per la fase di transizione dal sistema ECM nazionale al sistema ECM regionale (27 marzo 2007), che ha preso avvio il 1° aprile 2007.

Punti di debolezza

- Non è ancora in uso il software per la gestione del sistema ECM.
- Non è stato ancora costituito il gruppo tecnico.
- Non è stata ancora istituita la Consulta.

TOSCANA

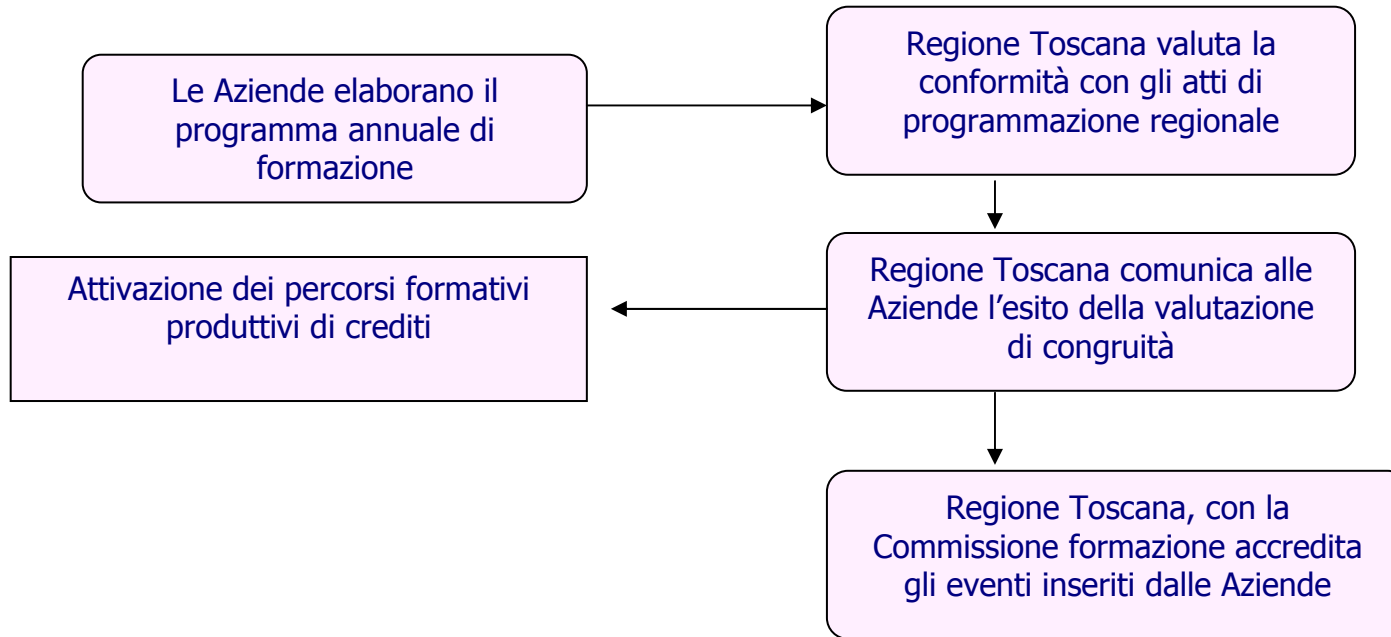
Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2002

- Costituzione di una rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua.
- Individuazione obiettivi formativi regionali.
- Accreditemento regionale on line di eventi di *provider* pubblici (Aziende sanitarie toscane e altri Enti del SSR).
- Accreditemento di tutte le tipologie di formazione (residenziale, sul campo, a distanza).
- Creazione di un'anagrafe formativa regionale.

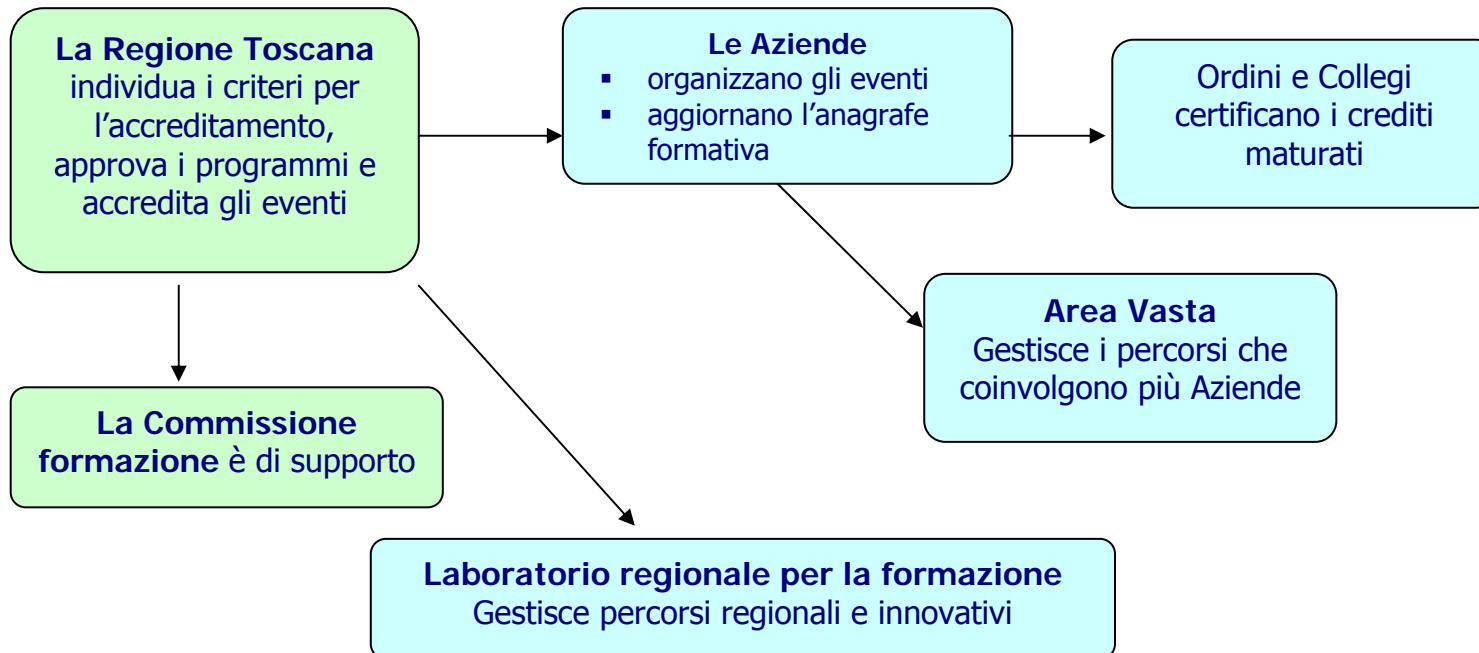
Organismi di supporto all'ECM



Sistema di accreditamento



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

- Accreditemento di tutte le tipologie formative compreso la formazione sul campo (attività di tirocinio o stage. *Audit* clinico, partecipazione a gruppi di miglioramento) e FAD.
- *Governance* del sistema delle sponsorizzazioni.
- Costruzione di una rete regionale di animatori di formazione.
- Crediti a docenti, tutor e animatori di formazione.
- Tutto il sistema informatizzato dall'accrreditamento alla diffusione dell'offerta formativa.

Punti di debolezza

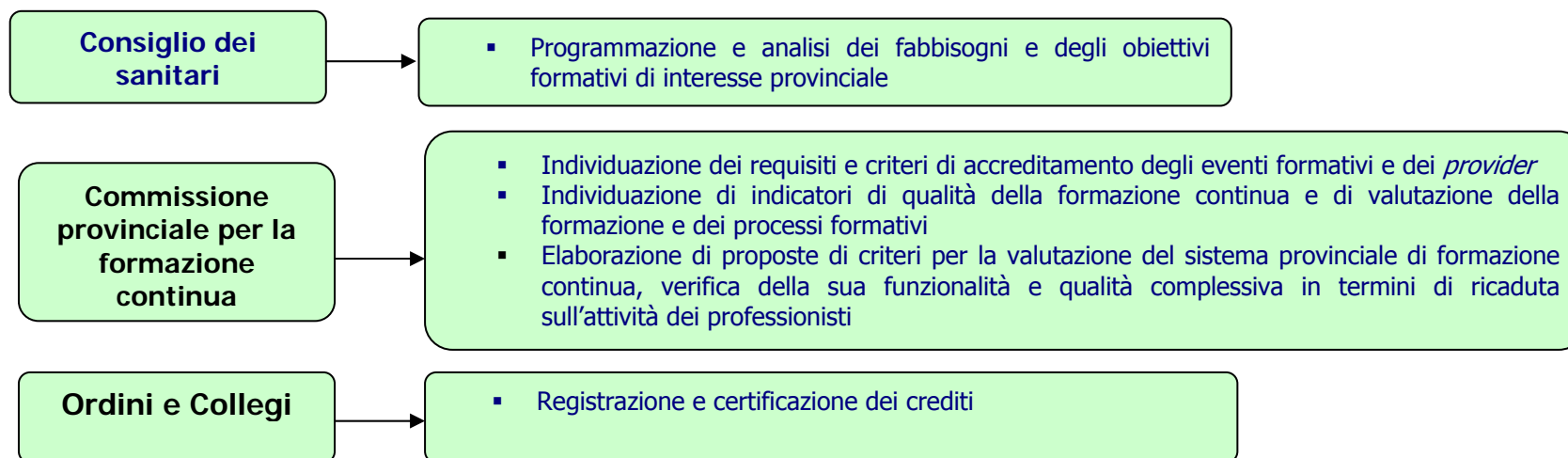
- Cultura delle Aziende e degli operatori che devono crescere nel comprendere il "valore" della formazione.
- Valutazione impatto formativo nell'organizzazione (strumenti e metodi).

TRENTO

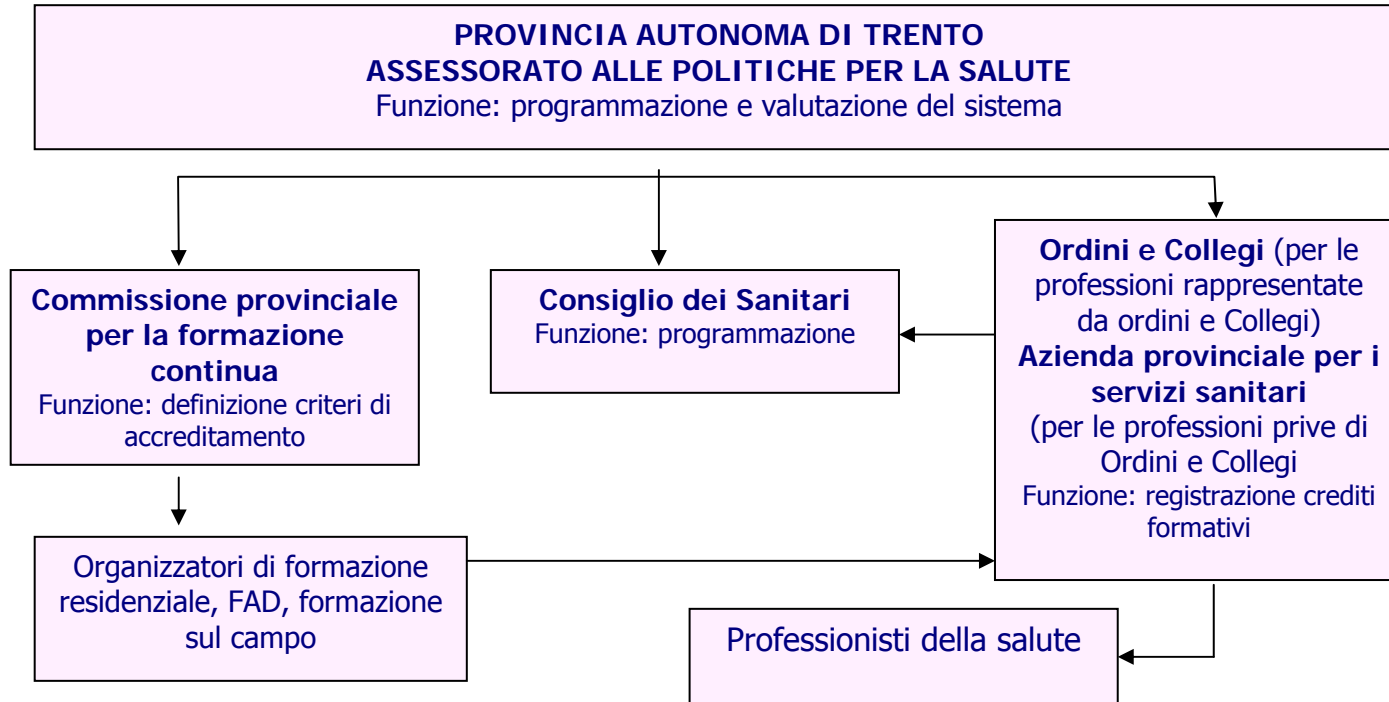
Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2002

- Accreditemento provinciale.
- Sistema informativo *on line*.
- Tipologie di attività formative accreditate: residenziale, FSC (Comitati, Commissioni, Gruppi di miglioramento, *audit*, stage e tirocini; discussione di casi clinici). In fase di definizione le procedure di accreditamento della formazione a distanza.
- Crediti assegnabili in base a: durata, numero partecipanti, congruenza tra obiettivi e metodologie didattiche, congruenza tra obiettivi e strumenti di valutazione dell'apprendimento.
- Registrazione e certificazione dei crediti ECM a cura degli Ordini e Collegi professionali tramite il sistema informativo *on line*.

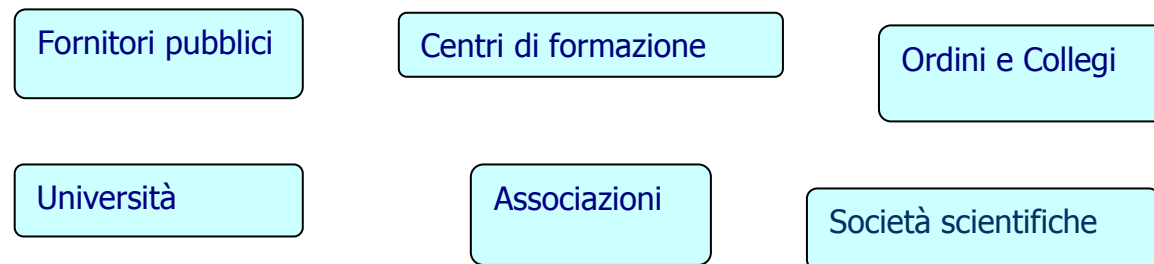
Organismi di supporto all'ECM



Sistema di accreditamento



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

- Gestione completamente informatizzata delle procedure di accreditamento delle tipologie formative residenziale e FSC (Comitati, Commissioni, Gruppi di miglioramento, *audit*, *stage* e tirocini; discussione di casi clinici), dall'inoltro della richiesta di accreditamento dell'evento alla stampa dei certificati ECM.
- Rilevazione informatizzata dei fabbisogni formativi (individuali e aziendali) dell'Azienda sanitaria e di tutte le RSA.
- Valutazione e monitoraggio costante *on line* da parte della Provincia autonoma di Trento di tutta la formazione continua accreditata e non accreditata ECM, erogata a favore degli operatori (sanitari e non) che prestano attività nell'ambito del sistema sanitario provinciale.
- Monitoraggio dei costi di formazione dell'Azienda sanitaria.
- Anagrafica on line di tutti i professionisti sanitari della Provincia autonoma di Trento, con evidenziata e aggiornata *on line* la loro situazione formativa (a tutt'oggi registrati più di 12.000 professionisti).

Punti di debolezza

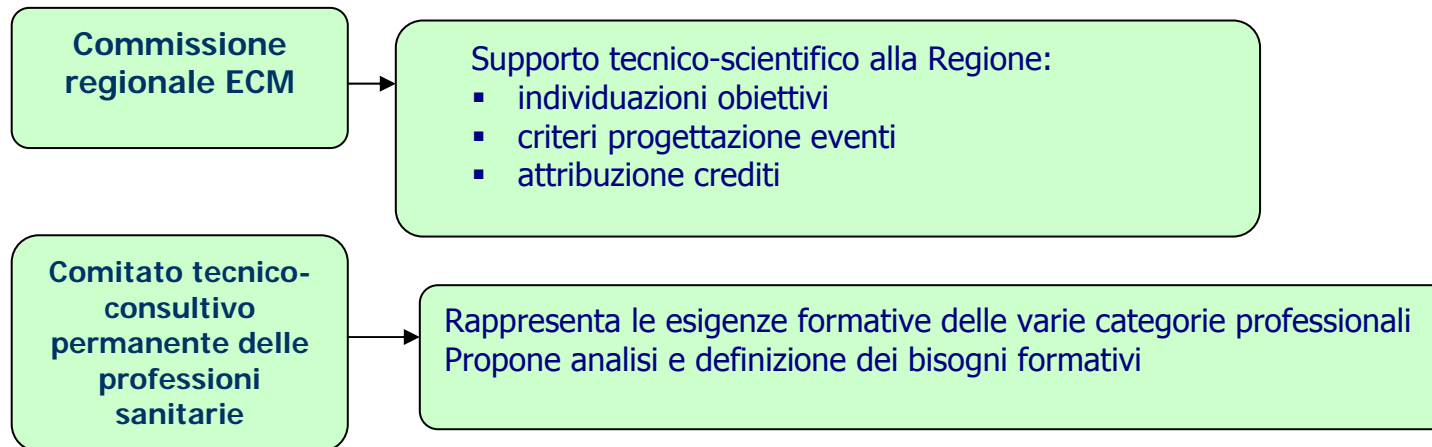
- Difficoltà tecniche di interfacciarsi con i sistemi ECM di altre Regioni e del Ministero.

UMBRIA

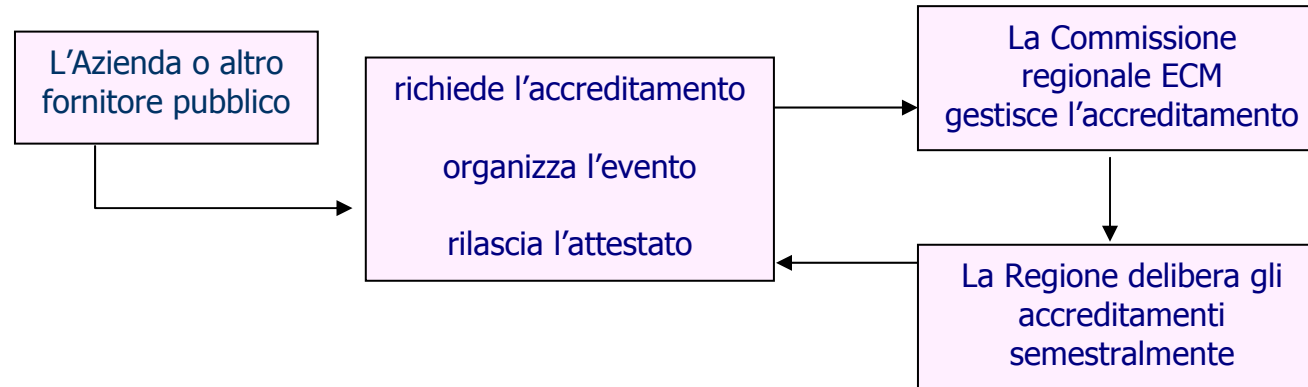
Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2002

- Accreditemento provvisorio *provider* pubblici.
- Criteri regionali per accreditemento formazione residenziale, FSC, FAD.
- Formazione ECM gratuita per i dipendenti a T.I. del SSR e modalità di accesso per altro personale con differenti contratti.
- Modalità di finanziamento (pubblico, sponsor).
- Sistema accreditemento regionale *on line*.
- Individuazione obiettivi formativi regionali.
- Sistema di autovalutazione da parte dei *provider* per l'attribuzione dei crediti senza *referee*.

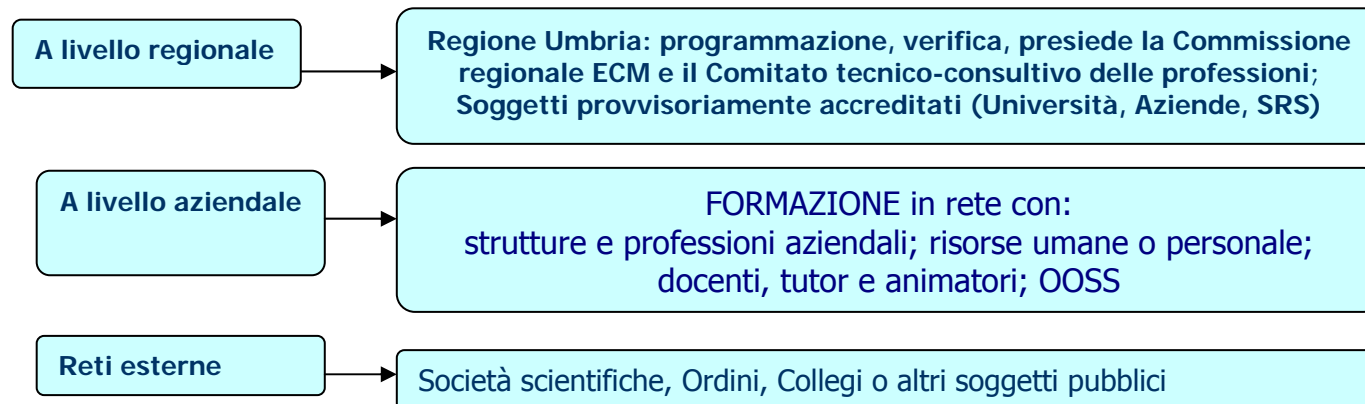
Organismi di supporto all'ECM



Sistema di accreditamento



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

- Gli obiettivi che la regione si era data con l'istituzione del Sistema regionale ECM sono stati formalmente e sostanzialmente raggiunti.
- Si sono strutturati processi di integrazione tra il sistema regionale ECM e le Aziende.
- I piani annuali di formazione presentano diversità metodologiche.
- Il sito per l'accREDITamento degli eventi funziona regolarmente.
- Il sistema funzionale con l'adesione di tutti i soggetti temporaneamente accreditati che hanno presentato il piano annuale di formazione eccetto l'Università degli studi di Perugia.
- I piani annuali di formazione mostrano l'implementazione dell'offerta formativa d'aula con metodologie didattiche innovative.

In progress

- Sono in fase di definizione le procedure relative all'auto accREDITamento da parte dei soggetti provvisoriamente accreditati da parte della Commissione regionale ECM.
- Sono in fase di sperimentazione procedure di accREDITamento della formazione mista (residenziale, FAD, FSC).

Punti di debolezza

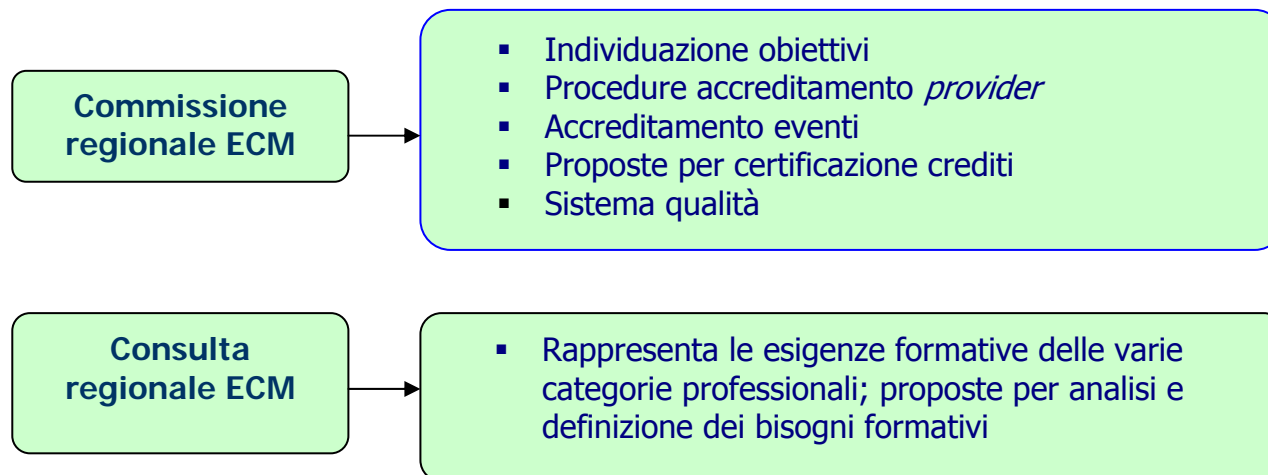
- Non è ancora sufficientemente visibile e riconosciuto nel sistema e tra gli operatori il "valore" della formazione superando la logica dei "punti".
- Non è misurabile l'impatto formativo nell'organizzazione delle competenze acquisite.
- Per garantire standard di qualità è necessario valorizzare la funzione di formatori e la funzione tutoriale soprattutto nella FSC/FAD.
- È ancora scarsa l'offerta formativa per professionalità poco diffuse o per competenze di eccellenza.
- Non è ancora attivo un sistema di valutazione e monitoraggio dei processi formativi e di accREDITamento da parte di singole Aziende.

VALLE D'AOSTA

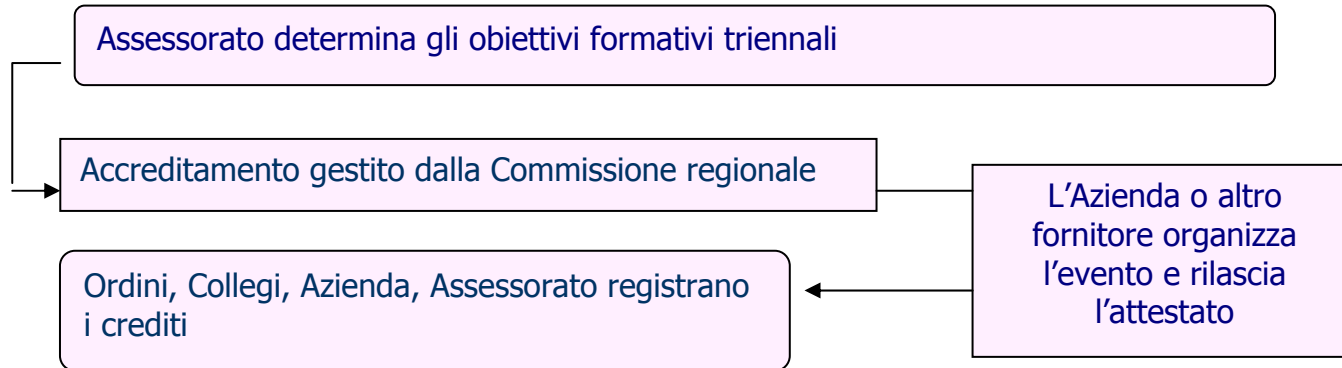
Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2004

- Sistema regionale anagrafe formativa in collaborazione con Ordini, Collegi, Associazioni professionali (ogni operatore è dotato di un libretto bilingue per la registrazione dei crediti in corso di sostituzione a seguito dell'avvio dell'informatizzazione dell'anagrafe crediti).
- Partenariato con Università delle Regioni limitrofe.
- Rilevanza a iniziative formative quali *stage*/frequenze (variabile dimensione territoriale).
- Raggiungimento del debito formativo in misura non inferiore al 50% con attività riferite a obiettivi regionali.
- Sistema di finanziamento misto (Regione, FSE, sponsor).
- Assente il sistema di valutazione con *referee*.

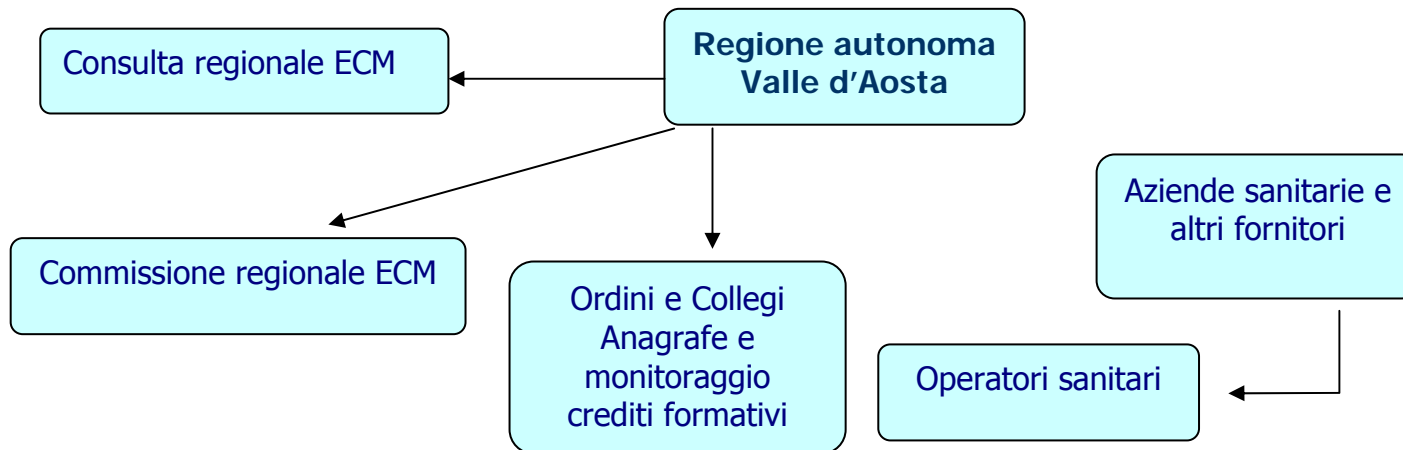
Organismi di supporto all'ECM



Sistema di accreditamento



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

- Implementare il sistema informatizzato avviato dal 1° gennaio 2007.
- Monitoraggio e controllo tra quanto dichiarato e quanto effettivamente attuato.
- Sperimentazione accreditamento FAD.
- Accredito regionale FSC (50% max del credito annuale).

Punti di debolezza

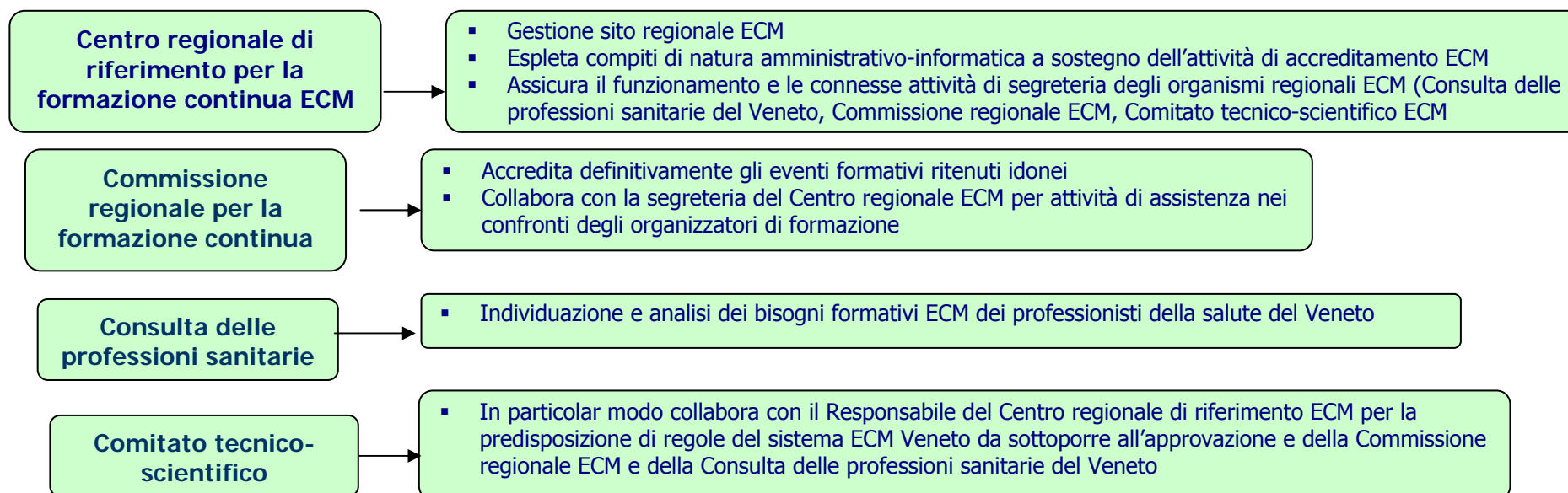
- Governo sulla qualità degli eventi erogati e sul ritorno in tema di competenze acquisite.

VENETO

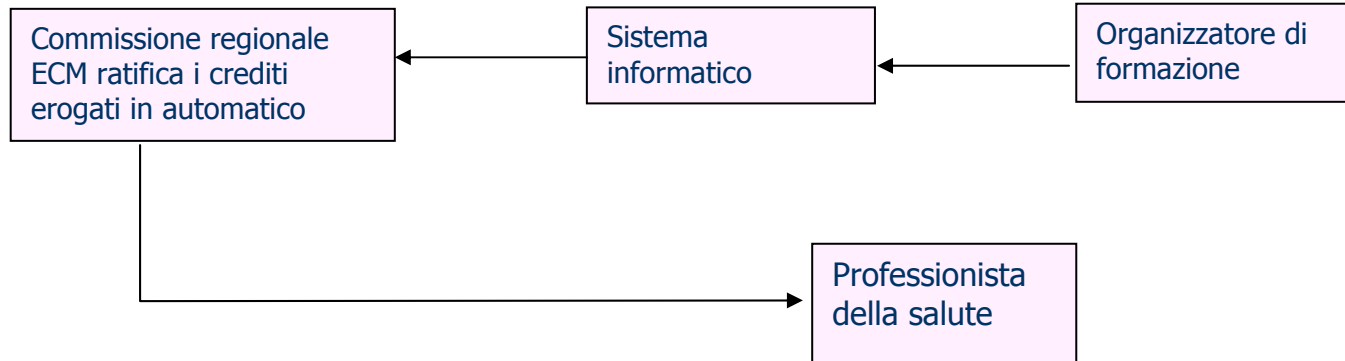
Modello ECM - ANNO DI AVVIO 2002

- Accreditalmento regionale delle attività formative ECM "residenziali" operativo dall'11 febbraio 2005, secondo i criteri di coerenza tra obiettivi, metodi e tempo/h.
- Accreditalmento regionale attività formative ECM "sul campo" (FSC) operativo dal 2006.
- Costituzione in rete degli organizzatori di formazione.
- Fabbisogni formativi delle professioni sanitarie che operano nella Regione Veneto rilevati.
- Attribuzione in automatico dei crediti formativi.

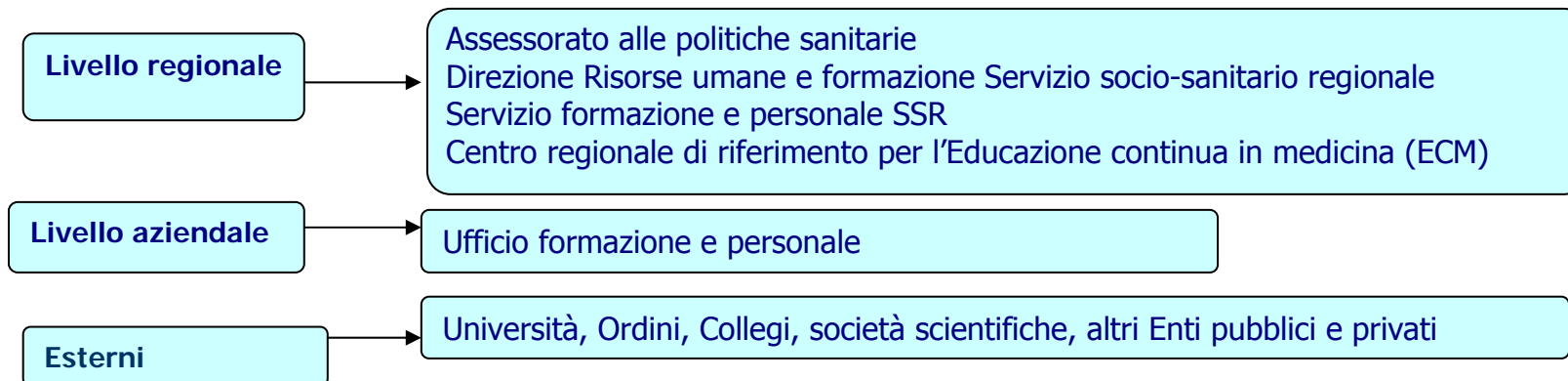
Organismi di supporto all'ECM



Sistema di accreditamento



Organizzazione e reti della formazione continua



Elementi qualificanti

- Sviluppo della tipologia di formazione "sul campo" (FSC).
- Gestione informatica dei flussi documentali attinenti all'accreditamento di eventi formativi ECM in fase di sviluppo.
- Attivazione del protocollo informatico ECM.
- La struttura organizzativa è adeguata e funzionale.
- Le diverse professioni sanitarie sono rappresentate all'interno dei vari organismi regionali ECM.
- Il sistema di accreditamento ECM è facilmente accessibile agli utenti.
- L'organizzazione in rete consente agli attori coinvolti di interagire facilmente con il sistema.

Punti di debolezza

- Carico di lavoro aumentato per le Aziende ULS e ospedaliere perché allo stato attuale mancano figure professionali specializzate, all'interno delle Aziende stesse, appositamente dedicate all'attività formativa ECM.
- Mancanza di un'anagrafica regionale formativa ECM dei professionisti della salute.

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. (*)

