

Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna

Rapporto 2004

Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna

Rapporto 2004

Formazione continua

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, settembre 2005

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Sistema comunicazione, formazione, documentazione

Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

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

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/collidoss/index.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.

Il *Rapporto ECM 2004* è stato predisposto dalla Commissione regionale per la formazione continua in medicina e per la salute, presieduta dall'Assessore alle politiche per la salute Giovanni Bissoni e composta da:

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

**in collaborazione con
la Consulta regionale per la formazione in sanità dell'Emilia-Romagna
e i Responsabili degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna e i loro collaboratori**

Lodovica Cavalli	Azienda USL di Piacenza
Monica Ziveri	Azienda USL di Parma
Angelo Cocconi	Azienda ospedaliera di Parma
Corrado Ruozzi	Azienda USL di Reggio Emilia
Barbara Curcio	Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
Francesca Novaco	Azienda USL di Modena
Paola Vandelli	Azienda ospedaliera di Modena
Anna Castellucci	Azienda USL di Bologna
Carolina Guerrieri	Azienda ospedaliera di Bologna
Orietta Valentini	Azienda USL di Imola
Gianna Paparella	Azienda USL di Ferrara
Loredana Gamberoni	Azienda ospedaliera di Ferrara
Emanuela Manzari	Azienda USL di Ravenna
Vittorio Fabbri	Azienda USL di Forlì
Paolo Sacchetti	Azienda USL di Cesena
Massimo Ferrari	Azienda USL di Rimini
Patrizia Suzzi	IOR

La stesura del *Rapporto* è stata curata da

Marco Biocca
Paola Ballabeni
Barbara Lelli
Manuela Righi
Marina Ventura
Vanessa Vivoli

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

Indice

Sommario	9
Introduzione	13
Prima parte.	17
Aspetti generali	
1. L'avvio dell'Educazione continua in medicina	19
1.1. La costruzione delle regole comuni	19
1.2. Il modello dell'Emilia-Romagna	22
2. Cosa è avvenuto nel 2004	25
2.1. Gli utenti	25
2.2. L'offerta complessiva di formazione	25
2.3. Le caratteristiche degli eventi	31
2.4. Le modalità di accreditamento	33
2.5. I costi della formazione per l'ECM	34
3. Due anni di sperimentazione di formazione sul campo	37
3.1. I presupposti	37
3.2. Analizzando la banca dati regionale	39
3.3. Attraverso le opinioni dei protagonisti	42
3.4. Apprendere attraverso il fare non è uguale al fare	44
4. I Piani annuali formativi delle Aziende sanitarie	47
4.1. Introduzione	47
4.2. I riferimenti della programmazione aziendale	48
4.3. Il processo di costruzione del Piano	49
4.4. La valutazione	52
4.5. Le metodologie formative	53

5.	Interessi commerciali in sanità e formazione per l'ECM	55
5.1.	Un principio e diverse pratiche	55
5.2.	Imprese farmaceutiche e formazione in Emilia-Romagna nel 2004	57
6.	Punti controversi e prospettive	61
6.1.	A livello nazionale	61
6.2.	In Emilia-Romagna	62
6.3.	Osservazioni della Consulta regionale per la formazione in sanità	64
	Seconda parte.	67
	Dalla parte degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie	
7.	L'Area vasta Emilia Nord	69
7.1.	I denominatori comuni	69
7.2.	Le aree prioritarie di formazione	70
7.3.	La formazione per l'ECM nell'Azienda USL di Parma	72
7.4.	Conclusioni	74
8.	"La mappa non è il territorio " e serve per orientare il cammino. Area vasta del Centro	77
8.1.	Introduzione	77
8.2.	La progettazione: una bussola per esplorare il territorio e per conoscere le diverse tribù professionali	77
8.3.	L'inversione di rotta: come si è modificato l'atteggiamento dei professionisti nei confronti della formazione	81
8.4.	L'isola ritrovata: come rendere visibile una formazione sommersa	83
9.	"Adempiere e/o orientare". Area vasta Romagna	87
9.1.	Il notaio e l'esploratore	87
9.2.	Bibliografia	91

10. La funzione formativa nelle Aziende ospedaliere	93
10.1. Premessa	93
10.2. Il modello organizzativo e il processo formativo	95
10.3. Lo scenario a medio e breve termine	96
Terza parte.	99
Allegati	
Allegato A.	101
Regione Emilia-Romagna. Delibera di Giunta 1217/2004 del 28 giugno 2004. Modifiche e integrazioni al Sistema di educazione continua in medicina (ECM) nella Regione Emilia-Romagna di cui alla DGR 1072/2002.	
Allegato B.	113
Gli atti regionali per il funzionamento del sistema ECM. Aggiornamento al 30 giugno 2005	

Sommario

Il 2004 è stato il terzo anno di vita del sistema di Educazione continua in medicina (ECM) che è ormai capillarmente diffuso in tutto il paese. Il *Rapporto ECM 2004* descrive in particolare ciò che è avvenuto in Emilia-Romagna. Tiene conto anche del contesto nazionale e delle prospettive di sviluppo alla luce della recente LR 29/2004 sul Sistema sanitario regionale. Questa legge introduce infatti mutamenti significativi nei processi di formazione continua degli operatori sanitari, valorizzando la funzione formativa delle organizzazioni, il ruolo del Collegio di direzione e le relazioni con l'Università.

I dati per la realizzazione del *Rapporto* provengono dal Ministero della salute (<http://ecm.sanita.it/>), dall'Agenzia italiana del farmaco (<http://agenziafarmaco.it/>), dalla Regione Emilia-Romagna (<http://ecm.regione.emilia-romagna.it/>) e dalle Aziende sanitarie della regione. Le analisi sono frutto di riflessioni e consultazioni che hanno coinvolto la Commissione regionale per la formazione continua in medicina e per la salute, gli Uffici formazione delle Aziende sanitarie e la Consulta regionale per la formazione in sanità dell'Emilia-Romagna.

Il volume si articola in tre parti:

- una prima che prende in esame in termini generali diverse dimensioni della valutazione dell'ECM;
- una seconda con contributi e riflessioni provenienti dagli Uffici formazione delle Aziende sanitarie;
- e, infine, in allegato sono riportati il testo della delibera regionale 1217/2004 e un quadro sinottico degli atti finora adottati dalle altre Regioni.

Il primo capitolo sintetizza le tappe dello sviluppo dell'ECM a livello nazionale, riassume le regole comuni e descrive le caratteristiche salienti del modello adottato per l'ECM in Emilia-Romagna.

Gli operatori sanitari interessati all'ECM in Emilia-Romagna nel 2004 erano complessivamente circa 61.000. Oltre 46.500 operavano per le Aziende sanitarie della regione e gli Istituti Ortopedici Rizzoli: circa 41.300 dipendenti (8.550 medici, 23.500 infermieri e 9.250 altre figure) e circa 5.400 medici con un rapporto di convenzione (3.370 medici di medicina generale; 540 pediatri di libera scelta; 550 medici di continuità assistenziale; 930 specialisti ambulatoriali).

Negli ospedali privati accreditati erano presenti circa 5.700 operatori sanitari, dipendenti e convenzionati (1.500 medici; 2.260 infermieri; 550 tecnici; 1380 altri addetti all'assistenza). In regione sono anche attive circa 1.115 farmacie, di cui 120 comunali, con circa 5.000 farmacisti (gli iscritti agli Ordini dei farmacisti dell'Emilia-Romagna sono 6.268). I dentisti iscritti agli Ordini nel 2004 erano quasi 4.200.

Nel 2004 sono stati complessivamente accreditati per l'ECM 11.687 eventi formativi proposti da organizzatori dell'Emilia-Romagna: rispettivamente 7.982 dalla Regione e 4.184 dal Ministero della salute. Nel 2003 erano stati rispettivamente 6.247 e 3.043, e nel 2002 1.800 e 1.340. Come è noto, sono possibili e hanno valore equivalente entrambi gli accreditamenti. L'incremento dell'offerta di eventi ECM è evidente, anche se il tasso di crescita si sta riducendo dopo una fase iniziale più vivace.

Il Ministero accetta per l'accREDITAMENTO proposte provenienti da enti di diverso tipo e ha registrato oltre 600 organizzatori di formazione dell'Emilia-Romagna (società scientifiche, ordini, collegi, case editrici, agenzie di vario tipo, ecc.). La Regione accetta invece solo proposte provenienti dalle Università (finora questo contributo è stato assai modesto), dagli Istituti scientifici del Sistema sanitario nazionale e dalle Aziende sanitarie della regione, da cui è venuta la grande maggioranza degli eventi accreditati.

L'offerta di crediti ECM proposta dalle Aziende sanitarie della regione nel 2004 per i propri operatori è stata, da sola, superiore alla domanda teorica (30 crediti ognuno) di circa il 50% e ha interessato tutte le figure professionali. Si stima che a livello regionale oltre 4 operatori su 5 abbiano conseguito almeno il minimo dei crediti richiesti: l'85% degli infermieri (era l'80% nel 2003) e l'81% dei medici (era il 77% nel 2003). È anche da notare che nel 2004 circa il 45% dei medici, dei veterinari e degli infermieri ha acquisito un numero di crediti superiore a quello richiesto. Non sembra, quindi, ormai attuale né il rischio di una insufficiente copertura del debito formativo né la necessità di una frenetica ricerca dei crediti.

Il 94% degli eventi accreditati in Regione aveva carattere residenziale e si è trattato soprattutto di corsi e seminari con finalità tecnico-professionali. I convegni e le tavole rotonde sono stati una minoranza. Circa il 20% delle iniziative è stato rivolto ad aspetti gestionali, relazionali e, in parte assai modesta, etici.

L'ECM in Emilia-Romagna si caratterizza anche per la possibilità di accreditare fin dal 2003 iniziative di formazione sul campo. Le esperienze realizzate sono state quasi 700 e stanno aumentando, hanno suscitato notevole interesse e sta crescendo nelle Aziende la capacità di utilizzare al meglio le opportunità esistenti.

Complessivamente le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna hanno investito nel 2004 per l'organizzazione di iniziative per l'ECM circa 9 milioni di Euro, a cui vanno aggiunti circa 4,6 milioni di Euro per il funzionamento degli Uffici formazione. La formazione che non rientra nell'ECM è costata quasi 1,5 milioni di Euro. Da queste cifre sono esclusi, tuttavia, i costi del tempo di lavoro del personale impegnato nell'attività formativa e quelli per le eventuali sostituzioni.

In media, quindi, si può stimare che per ogni operatore dipendente e convenzionato interessato all'ECM le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna hanno speso nel 2004 circa 324€. Ogni credito offerto è costato circa 5€ e per ogni ora di formazione, indipendentemente dalla tipologia dell'iniziativa, si sono spesi circa 144€.

Un capitolo del *Rapporto* è dedicato al problema del conflitto di interesse. L'Emilia-Romagna non prende in considerazione per l'accREDITAMENTO ECM iniziative direttamente finanziate da imprese con interessi commerciali nel campo sanitario e chiede agli

organizzatori di corredare le proprie proposte con un'autocertificazione. Recentemente la Regione ha però il Progetto Ricerca e innovazione, che è coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale e che include iniziative di formazione continua. Alle aziende farmaceutiche e di produzione di attrezzature e materiali sanitari è stato chiesto di concorrere al finanziamento del fondo regionale destinato alle attività di questo progetto.

I comportamenti relativi alle sponsorizzazioni a livello nazionale sono diversi. Nel 2004 oltre il 65% dei 4.184 eventi residenziali proposti da organizzatori dell'Emilia-Romagna e accreditati dal Ministero della salute risultano sponsorizzati e tra questi vanno segnalati anche 301 eventi inviati da Aziende sanitarie pubbliche.

Esistono anche situazioni paradossali in cui iniziative formative organizzate direttamente - o sponsorizzate - da aziende farmaceutiche per sostenere la diffusione di propri prodotti e autorizzate dall'Agenzia italiana del farmaco in base al DLgs 541/1992, modificato dalla Legge 326/2003, vengono anche accreditate per l'ECM. Dal 2004 le Regioni possono esprimere il proprio parere sulle autorizzazioni e accedere alle informazioni in possesso dell'AIFA. I primi dati mostrano investimenti privati rilevanti, prevalentemente finalizzati alla formazione dei medici, che hanno costi medi assai più alti di quelli sostenuti dalle Aziende sanitarie.

Il *Rapporto* esamina anche i Piani annuali formativi, che sono gli strumenti di pianificazione che le Aziende sanitarie utilizzano per definire strategie, costruire programmi, orientare investimenti ed effettuare scelte operative e che inviano alla Regione con le proposte di eventi da accreditare. Finora questi documenti erano solo stati utilizzati dalla Commissione regionale per confrontare le proprie scelte, mai erano stati esaminati in modo comparato.

La seconda parte del *Rapporto* contiene le analisi che sono state proposte dagli Uffici formazione delle Aziende sanitarie nel corso di un seminario regionale tenutosi il 6 aprile 2005. I contributi hanno carattere specifico e affrontano questioni diverse, ma sono stati orientati anche da un lavoro di confronto che ha preceduto il seminario e che è stato realizzato sulla base di aggregazioni di Area vasta. Le Aziende sanitarie della Romagna (Rimini, Ravenna, Forlì e Cesena), del Centro (Bologna, Ferrara e Imola) e dell'Emilia (Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza) stanno infatti sviluppando processi di integrazione funzionale e operativa che hanno ripercussioni anche sui programmi formativi.

Introduzione

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

La rapidità con cui si modificano le tecnologie e le organizzazioni, l'ampliamento del mercato del lavoro a una dimensione internazionale e anche i processi migratori e di mobilità delle persone, rendono sempre più anacronistico pensare che le competenze tecniche dei professionisti possano essere certificate una sola volta per tutte al momento dell'accesso alla professione, sulla base delle credenziali educative: il loro aggiornamento dovrebbe essere dimostrato e confermato nel tempo.

L'innovazione e l'apprendimento sono elementi centrali e inestricabili anche dello sviluppo di un servizio sanitario. Se per formazione continua in sanità si intende l'insieme delle attività, successive alla formazione iniziale, finalizzate al continuo adeguamento delle capacità di intervento rispetto allo sviluppo scientifico, tecnico e organizzativo dell'assistenza e al mutare della domanda di salute della popolazione, non c'è dubbio che siamo di fronte non solo a uno strumento fondamentale di cambiamento individuale, ma a una funzione specifica del servizio sanitario stesso, indispensabile a garantire nel tempo le sue prestazioni.

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

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

- si condividano un insieme di valori e di competenze di fondo;
- sia effettivo l'impegno a creare condizioni di lavoro adatte allo sviluppo delle competenze, sia in funzione della carriera individuale che dell'organizzazione;
- esistano le possibilità di accedere alla formazione in modo aperto e flessibile e senza discriminazioni;
- l'apprendimento sia riconosciuto, valutato e accreditato e sia condiviso tra gruppi e professioni diversi;

- la pianificazione e la valutazione della formazione faccia parte integrante dello sviluppo delle organizzazioni;
- vi sia possibilità di accedere alle necessarie risorse informative;
- le infrastrutture dedicate siano competenti, accessibili e davvero in grado di supportare l'apprendimento.

La novità sostanziale di questi ultimi anni è l'introduzione dell'obbligo per tutti gli operatori sanitari di partecipare a un processo di formazione chiamato Educazione continua in medicina (ECM). Questo processo, introdotto dal DLgs 229/1999, si basa sull'acquisizione di crediti formativi attraverso la partecipazione a iniziative accreditate per l'ECM e ha l'obiettivo di integrare le norme sull'accreditamento delle strutture sanitarie al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

L'ECM non esaurisce certamente le possibilità di apprendimento di un operatore sanitario, ma definisce le regole di quella parte di formazione che viene formalizzata per produrre le prove del suo aggiornamento.

Il sistema ECM è avviato ormai capillarmente in tutto il Paese. Si è, tuttavia, ancora in una fase sperimentale in cui le strategie generali sono in discussione, le strade regionali non sono sufficientemente armonizzate e persistono evidenti pericoli di deriva burocratica e commerciale.

Anche in Emilia-Romagna, con lo sviluppo dell'attenzione nelle strutture sanitarie ai processi di governo clinico, di gestione del rischio, di ricerca e di governo delle innovazioni e, in particolare, con la recente LR 29/2004 sul Sistema sanitario regionale, si stanno verificando mutamenti significativi che hanno profonde ripercussioni sul sistema formativo degli operatori sanitari.

Il 2004 è stato il terzo anno di vita del sistema di Educazione continua in medicina. Questo *Rapporto* descrive in particolare ciò che è avvenuto in Emilia-Romagna, tenendo conto anche del contesto e delle prospettive nazionali.

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

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

Le dimensioni della valutazione di un processo formativo così ampio e complesso sono necessariamente molteplici, per i punti di vista che rappresentano, per gli oggetti che vengono presi in considerazione e anche per i metodi e gli strumenti che possono essere utilizzati. Questo *Rapporto* esamina la situazione della formazione continua in Emilia-Romagna nel 2004. Segue le linee di sviluppo utilizzate per il primo *Rapporto 2003*, pubblicato lo scorso anno, ma le amplia anche con più approfonditi confronti diacronici e con nuovi capitoli.

Il volume si articola, quindi, in tre parti:

- una prima dedicata ad analisi di carattere generale,
- una seconda con contributi e riflessioni provenienti dagli Uffici formazione delle Aziende sanitarie;
- e, infine, in allegato il testo della delibera regionale 1217/2004 e un quadro sinottico degli atti finora adottati dalle altre Regioni.

In particolare il Capitolo 1 del *Rapporto* ripercorre sinteticamente le tappe salienti dello sviluppo dell'ECM, dai primi passi della fase sperimentale del 2000-2002 all'Intesa raggiunta il 23 marzo 2005 dalla Conferenza Stato-Regioni. Sono riassunte le regole generali comuni in base alle quali si sta sviluppando il processo e che spiegano i meccanismi, anche molto particolari, che regolano il sistema. Gli addetti ai lavori sicuramente conoscono già questi aspetti, ma vengono ribaditi perché rappresentano comunque il terreno principale su cui occorre misurarsi per garantire il necessario sviluppo armonico a livello nazionale. In questo capitolo sono anche descritte le caratteristiche salienti del modello adottato per l'ECM in Emilia-Romagna.

Il secondo capitolo descrive in dettaglio ciò che è avvenuto in Emilia-Romagna nel 2004, con riferimenti agli anni precedenti. Vengono proposti dati sulla dimensione della domanda e dell'offerta, sulle caratteristiche degli eventi accreditati, sul funzionamento dei meccanismi di accreditamento, sui costi sostenuti dal sistema sanitario regionale.

Il terzo capitolo analizza le sperimentazioni di formazione sul campo che sono state realizzate nell'arco di due anni (2003-2004) e che l'Emilia-Romagna ha fortemente incentivato, le modalità adottate, i punti critici incontrati e i pareri degli esperti coinvolti.

Nel quarto capitolo vengono presi in esame i Piani annuali formativi (PAF), che sono gli strumenti strategici di pianificazione che le Aziende sanitarie utilizzano per definire strategie, costruire programmi, orientare investimenti ed effettuare scelte operative e che inviano alla Regione con le proposte di eventi da accreditare. Finora questi documenti erano solo stati utilizzati dalla Commissione regionale per confrontare le proprie scelte, mai erano stati esaminati in modo comparato.

Il quinto capitolo affronta il problema dell'impegno economico delle imprese con interessi commerciali in sanità nell'ECM. Si tratta di dati ancora parziali, ma utili a descrivere meglio un fenomeno diffuso e tuttora assai poco conosciuto. Queste prime analisi sono state possibili anche grazie alla Legge 326/2003 che, tra l'altro, prevede il parere delle Regioni nel processo di autorizzazione da parte dell'Agenzia italiana del farmaco alle iniziative formative organizzate, o sponsorizzate da imprese farmaceutiche.

La Prima parte del Rapporto si chiude con una valutazione conclusiva dei punti critici e delle prospettive della formazione continua in sanità, anche alla luce delle indicazioni della nuova legge sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna che riconosce esplicitamente alle strutture sanitarie un ruolo di ricerca e di formazione.

La seconda parte del Rapporto contiene le analisi che sono state proposte dagli Uffici formazione delle Aziende sanitarie nel corso di un seminario regionale tenutosi il 6 aprile 2005. I contributi hanno carattere specifico e affrontano questioni diverse, ma sono stati orientati anche da un lavoro di confronto che ha preceduto il seminario e che è stato realizzato sulla base di aggregazioni di Area vasta. Le Aziende sanitarie della Romagna (Rimini, Ravenna, Forlì e Cesena), del Centro (Bologna, Ferrara e Imola) e dell'Emilia (Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza) stanno, infatti sviluppando processi di integrazione funzionale e operativa che hanno ripercussioni anche sui programmi formativi.

Prima parte.

Aspetti generali

1. L'avvio dell'Educazione continua in medicina

1.1. La costruzione delle regole comuni

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.

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

Tabella 1. Gli attori principali del sistema ECM

Utenti	Sono gli operatori sanitari a cui è destinata l'offerta formativa: i dipendenti del SSN e delle strutture private accreditate e i liberi professionisti convenzionati. Anche se la formazione continua è un dovere deontologico per tutti coloro che operano nella sanità, l'ECM non riguarda direttamente gli altri dipendenti del SSN e i liberi professionisti che non operano per il SSN.
Organizzatori di formazione di interesse per l'ECM (<i>provider</i>)	Sono in primo luogo le Aziende sanitarie, le università, e le società scientifiche, ma potenzialmente potrebbero essere anche molti altri, ordini e collegi, case editrici, centri di formazione, ecc. Il Ministero della salute ne ha registrati circa 11.000, di cui oltre 700 solo in Emilia-Romagna. Dovranno essere accreditati sulla base di criteri condivisi a livello nazionale che tuttora non sono stati definiti. L'Emilia-Romagna provvisoriamente riconosce solo alle Aziende sanitarie e alle Università della regione e agli istituti scientifici del Servizio sanitario nazionale la possibilità di presentare proposte di eventi da accreditare.
Enti accreditanti e valutatori	L'ECM in Italia ha carattere istituzionale e i promotori e i garanti di tale processo che devono accreditare e valutare gli organizzatori e le attività formative sono il Ministero della salute e le Regioni. Hanno, quindi, funzioni di promozione del sistema, di garanzia della qualità e di accreditamento degli eventi formativi. Per evitare conflitti di ruolo è interdetta la possibilità di organizzare direttamente attività di formazione ECM.
Ordini e Collegi professionali	Rappresentano gli utenti e devono garantire che il sistema si sviluppi in modo coerente e adeguato. Sono peraltro direttamente interessati anche a svolgere un ruolo attivo nella certificazione dell'acquisizione dei crediti e a promuovere la formazione sugli aspetti etici e deontologici.

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

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

Il contesto istituzionale in cui si adottano le decisioni che riguardano l'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 del 2001 è stato firmato, quindi, 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 finora sono sintetizzate nella Tabella 2.

Tabella 2. Principali regole approvate con gli Accordi nazionali ECM adottati 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 deve acquisirne 150 in modo progressivo (10 nel 2002, 20 nel 2003, fino a 50 nel 2006 a regime). Si noti, che per il 2005 sono stati confermati 30 crediti invece dei previsti 40.</p> <p>I crediti acquisiti partecipando ad eventi accreditati dal Ministero della salute o dalle Regioni hanno lo stesso valore.</p>
Ruolo della Commissione nazionale per la formazione continua in medicina	<p>La Commissione nazionale, che è stata integrata nel 2002 con rappresentanti delle Regioni, delle Società scientifiche, degli Ordini e delle Associazioni professionali, ha funzioni propositive nei confronti della Conferenza e di consulenza per l'accREDITAMENTO da parte del Ministero della salute.</p>

(continua)

Obiettivi formativi nazionali	<p>Nel 2002 è stato approvato un elenco di obiettivi nazionali, in parte comuni a tutte le categorie professionali, aree e discipline e in parte specifici. In effetti più che l'identificazione di alcuni obiettivi prioritari si tratta piuttosto di un elenco di argomenti che copre una gamma assai ampia di problemi medici e assistenziali.</p> <p>Gli obiettivi formativi nazionali vanno correlati al Piano sanitario nazionale. Con l'Intesa del 23 marzo 2005 è stato definito anche un Piano nazionale della prevenzione che contiene alcuni indirizzi specifici.</p>
Obiettivi formativi regionali	<p>Le Regioni elaborano gli obiettivi formativi di interesse regionale e possono decidere in quale misura (fino a un massimo del 50%) gli operatori sanitari debbano soddisfare il proprio debito annuale attraverso attività che perseguano tali obiettivi. Sono poche le Regioni che li hanno identificati.</p>
Criteri per la valutazione degli eventi residenziali	<p>Per il momento sono stati definiti solo i criteri per la valutazione degli eventi residenziali, quelli cioè che si realizzano in una sede dedicata, come corsi, seminari, convegni, ecc. Questi si basano su tre elementi:</p> <ul style="list-style-type: none">• la coerenza degli obiettivi formativi perseguiti con le priorità, definite a livello nazionale e regionale, e con gli interessi prevalenti delle figure specifiche professionali a cui sono rivolte le iniziative;• la qualità della didattica, cioè l'appropriatezza del metodo adottato e l'efficacia nel raggiungere i risultati;• la durata in ore. <p>A ogni ora di formazione documentata di un processo completato corrisponde circa 1 credito (da un minimo di 0,75 a un massimo di 1,25 crediti).</p>
Valutazione della formazione sul campo e della formazione a distanza	<p>Non ci sono ancora criteri condivisi.</p> <p>Le iniziative di formazione sul campo e di formazione a distanza possono per il momento essere accreditate dal Ministero della salute e dalle Regioni solo in via sperimentale al fine di valutarne l'efficacia e di definirne criteri di accreditamento da proporre alla Conferenza Stato-Regioni.</p>
Valutazione della qualità	<p>Il Ministero della salute e 10 Regioni hanno firmato una convenzione per realizzare un progetto di Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM che è stato avviato nel maggio 2005. La Regione Emilia-Romagna ha la responsabilità scientifica e di coordinamento del progetto.</p>

Il sistema di accreditamento ECM è multipolare perché realizzato sulla base di criteri condivisi dal Ministero della salute e dalle Regioni.

Gli organizzatori di formazione che desiderano accreditare le proprie proposte possono rivolgersi al Ministero della salute, registrandosi e inviandole secondo un formato definito attraverso un sistema informatizzato accessibile tramite internet. La proposta viene valutata da *referee* e successivamente vengono attribuiti i crediti eventualmente dovuti. In base alla legge finanziaria 2001 per questo accreditamento l'organizzatore paga al Ministero della salute una specifica tariffa.

La maggior parte delle Regioni ha ormai adottato atti formali e iniziative concrete per avviare l'ECM (vedi *Allegato B*). In alcuni casi si tratta ancora di prime linee di indirizzo alle Aziende sanitarie e della costituzione di Commissioni tecniche, ma diverse Regioni sono già pienamente attive anche se i modelli adottati meritano una seria analisi comparata. Le regole adottate dall'Emilia-Romagna sono descritte nel paragrafo seguente.

È bene ricordare che a livello nazionale ancora non sono state decise alcune questioni rilevanti e, in particolare, come:

- coordinare maggiormente le attività e le decisioni delle Regioni e del Ministero della salute (nell'Intesa del marzo 2005 esiste la proposta di un Centro nazionale per l'educazione continua in medicina);
- accreditare gli organizzatori di formazione (una specifica Commissione del Ministero della salute ha presentato una proposta nel luglio 2004);
- valutare i crediti acquisibili attraverso la partecipazione a iniziative di formazione sul campo e attraverso l'autoapprendimento (una specifica Commissione del Ministero della salute ha predisposto una prima proposta nel dicembre 2004).

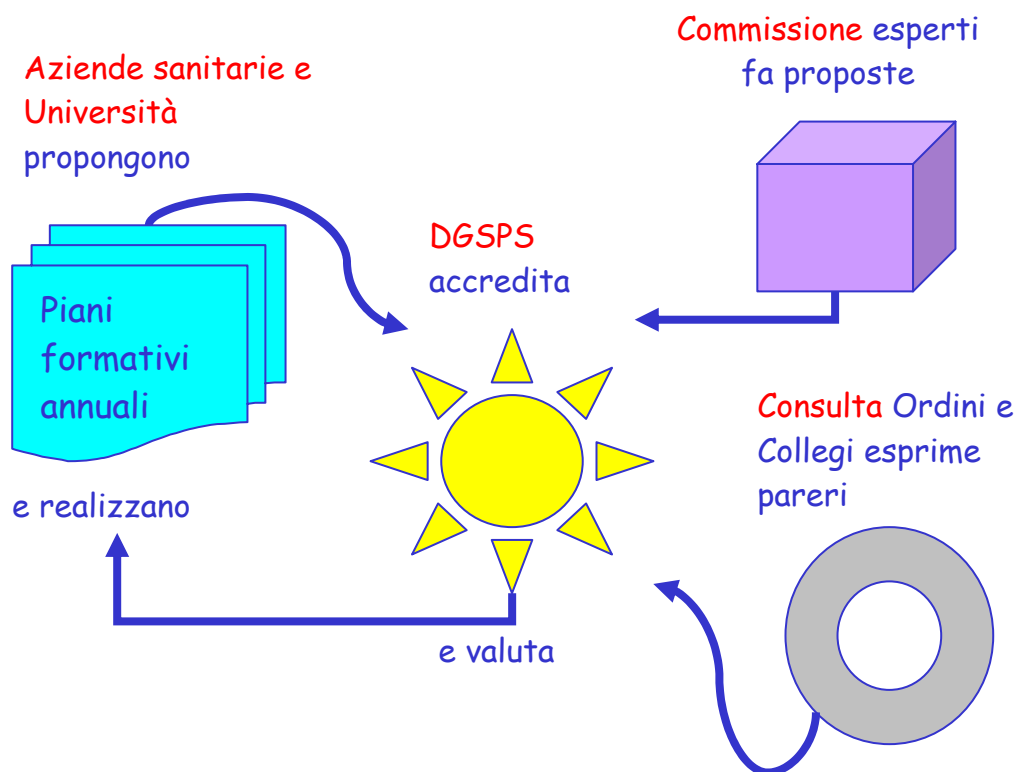
1.2. Il modello dell'Emilia-Romagna

Il modello di accreditamento ECM in Emilia-Romagna è regolato da due Delibere della Giunta regionale (nn. 1072/2002 e 1217/2004). La seconda, che aggiorna la situazione, è acclusa in allegato (*Allegato A*). Nella Figura 1 è schematizzato il meccanismo procedurale previsto.

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

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

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



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

Le Aziende sanitarie, a conferma della loro responsabilità primaria nella pianificazione dell'offerta, devono predisporre propri Piani annuali formativi che siano l'espressione di una valutazione completa dei diversi bisogni formativi e delle scelte di sviluppo anche per le collaborazioni locali. I PAF vengono completati con le schede dei singoli eventi formativi da proporre per l'accREDITAMENTO.

Le schede devono comprendere le informazioni necessarie per la loro valutazione e il numero di crediti ipotizzato da attribuire all'evento. In tal modo si è anticipata, attraverso una fase sperimentale controllata, la piena responsabilità degli organizzatori accREDITATI nell'attribuire i crediti alle loro iniziative.

La delibera regionale richiede, inoltre, agli organizzatori di corredare le proposte di accreditamento con una autocertificazione che assicuri che per la loro realizzazione non siano state utilizzate fonti di finanziamento dirette (anche parziali) provenienti da organizzazioni che abbiano interessi commerciali nel campo sanitario.

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

La formazione sul campo è stata inclusa esplicitamente nelle attività accreditabili per l'ECM secondo regole che sono descritte nella delibera regionale 1217/2004 allegata e che vengono esaminate anche nel quinto capitolo.

Un sistema informatizzato, accessibile tramite internet, messo a punto con l'Università di Bologna e col CINECA, permette di gestire le procedure di accreditamento in linea. Esso permette anche di diffondere informazioni agli utenti e potrà, successivamente, facilitare l'integrazione informativa con il sistema nazionale e con gli altri sistemi regionali. Il sito *web* sull'ECM dell'Emilia-Romagna è <http://ecm.regione.emilia-romagna.it>.

2. Cosa è avvenuto nel 2004

2.1. Gli utenti

Gli operatori sanitari interessati all'ECM in Emilia-Romagna nel 2004 erano complessivamente circa 61.000. I dati hanno un certo margine di approssimazione perché le fonti disponibili non sono del tutto precise e la situazione è evidentemente molto dinamica.

Nelle Aziende sanitarie e negli Istituti Ortopedici Rizzoli operavano complessivamente circa 46.700 persone interessate all'ECM. Tra questi circa 41.300 erano dipendenti (8.550 medici, 23.500 infermieri e 9.250 altre figure) e circa 5.400 medici avevano un rapporto di convenzione (3.370 medici di medicina generale; 540 pediatri di libera scelta; 550 medici di continuità assistenziale; 940 specialisti ambulatoriali).

Negli Ospedali privati accreditati dalla Regione Emilia-Romagna, inoltre, erano presenti circa 5.700 operatori sanitari, dipendenti e convenzionati (1.500 medici; 2.270 infermieri; 550 tecnici; 1380 altri addetti all'assistenza).

In regione sono anche presenti circa 1.115 farmacie, di cui 120 comunali, con circa 5.000 farmacisti.

I dentisti iscritti agli Ordini nel 2004 erano 4.179 e la maggior parte esercita la professione come libero professionista.

2.2. L'offerta complessiva di formazione

Nel 2004 sono stati complessivamente accreditati per l'ECM 11.687 eventi formativi (*Figura 2*): 7.982 dalla Regione e 4.184 dal Ministero della salute. L'incremento dell'offerta di eventi ECM continua in modo evidente, anche se il tasso di crescita si sta riducendo.

Figura 2. Corsi accreditati per l'ECM in Emilia-Romagna negli anni 2002-2004

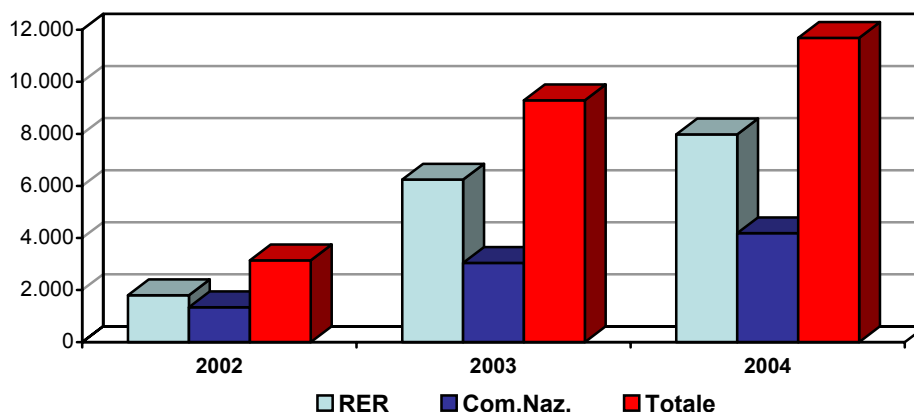
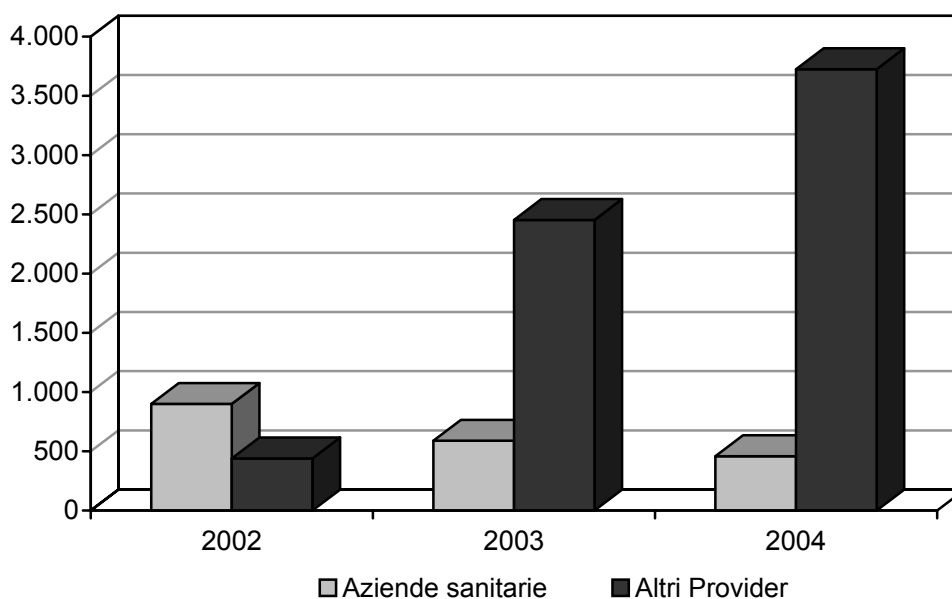


Figura 3. Eventi per l'ECM realizzati in Emilia-Romagna accreditati dal Ministero della salute negli anni 2002-2004



La Figura 3 mostra gli eventi proposti in Emilia-Romagna e accreditati dal Ministero. Nell'anno 2004 sono stati 411 eventi proposti da Società scientifiche, 113 di Ordini e Collegi, ma soprattutto di 3.201 proposti da altri *provider*. Pur tenendo conto di chi si è registrato più volte e chi lo ha fatto solo per provare, presso il Ministero risultano registrati oltre 700 organizzatori di formazione residenti in Emilia-Romagna che rappresentano un numero molto elevato per poter offrire una garanzia di qualità e questo sottolinea la necessità di attivare verifiche appropriate.

In questo panorama il contributo dell'Università è rimasto decisamente contenuto: nel 2004 sono stati solo 58 gli eventi accreditati presso la Regione e 83 presso il Ministero.

Molto significativa è invece la quota di eventi organizzati dalle Aziende sanitarie della regione. Una piccola quota (circa il 10%), peraltro in diminuzione, è stata inviata per l'accREDITAMENTO al Ministero, mentre oltre il 90 % è stato inviato alla Regione. È importante sottolineare che i dati che vengono presentati di seguito si riferiscono solo a questi ultimi e sono stati ricavati dalla banca dati costruita presso il CINECA e con la quale si gestiscono le procedure di accREDITAMENTO. Quando è stato possibile sono stati effettuati confronti con il 2003, mentre quelli con il 2002 sono stati evitati perché si era in una fase di prima sperimentazione partita, peraltro, nel secondo semestre dell'anno con diversi elementi di contesto ancora incerti.

La Tabella 3 mostra il numero degli eventi accreditati, delle ore di formazione erogate e degli operatori interessati nelle diverse Aziende sanitarie. La crescita è stata significativa e trainata da due fattori principali: l'aumento del numero di crediti che ogni operatore doveva acquisire (20 nel 2003 e 30 nel 2004) e il miglioramento nella capacità organizzativa.

Le figure professionali interessate all'ECM sono 32, 18 delle quali tuttavia sono presenti con meno di 100 operatori in tutta la Regione. Superano le mille unità solo gli infermieri, i medici, i veterinari, i tecnici di laboratorio, i tecnici di radiologia e i fisioterapisti. La Tabella 4 mostra il peso relativo degli eventi offerti a ogni professione sul totale degli eventi accreditati.

Tabella 3. Distribuzione degli eventi accreditati dalla Regione Emilia-Romagna, ore erogate e personale destinatario di crediti ECM negli anni 2003-2004 nelle Aziende sanitarie della regione

<i>Provider</i>	2003			2004		
	eventi	ore erogate	operatori ECM	eventi	ore erogate	operatori ECM
Az. osp-univ. Bologna	419	4.249	4.052	561	7.287	3.674
Az. osp-univ. Ferrara	249	3.289	1.576	335	4.262	1.751
Az. osp-univ. Modena	193	1.965	1.869	252	2.881	1.793
Az. osp-univ. Parma	262	3.791	2.224	311	3.472	2.452
Az. osp. Reggio Emilia	264	2.959	1.725	442	3.888	1.707
Azienda USL Cesena	185	2.144	2.035	335	3.396	2.080
Azienda USL Bologna	-	-	-	806	9.539	6.962
Azienda USL Bologna Città	396	4.452	3.816	-	-	-
Azienda USL Bologna Nord	179	2.284	1.678	-	-	-
Azienda USL Bologna Sud	323	2.964	1.378	-	-	-
Azienda USL Ferrara	384	3.703	2.380	480	4.012	2.520
Azienda USL Forlì	330	2.370	1.849	314	1.972	1.805
Azienda USL Imola	205	2.069	1.198	232	1.956	1.265
Azienda USL Modena	883	7.641	5.279	1.055	9.028	5.209
Azienda USL Parma	145	1.392	2.220	144	1.432	2.224
Azienda USL Piacenza	337	3.363	2.448	298	3.466	2.722
Azienda USL Ravenna	467	3.934	3.624	483	4.277	3.797
Azienda USL Reggio Emilia	470	5.438	3.340	632	5.819	3.171
Azienda USL Rimini	518	3.912	2.778	681	4.371	2.828
Istituti Ortopedici Rizzoli	13	114	688	87	804	721
<i>Totale</i>	<i>6.222</i>	<i>62.033</i>	<i>46.157</i>	<i>7.448</i>	<i>71.862</i>	<i>46.681</i>

Tabella 4. Distribuzione del peso percentuale degli eventi di formazione residenziale per figure professionali cui sono rivolti, rispetto alla presenza nel corpo professionale

Professione	Peso % degli eventi per professione	Peso % delle professioni
Assistente sanitario	4,4%	1,08%
Biologo	3,5%	0,85%
Chimico	2,5%	0,12%
Dietista	2,8%	0,24%
Educatore professionale	3,0%	1,16%
Farmacista	3,0%	0,39%
Fisico	1,9%	0,15%
Fisioterapista	4,2%	2,72%
Igienista dentale	1,2%	-
Infermiere	11,1%	50,33%
Infermiere pediatrico	3,6%	0,14%
Logopedista	3,0%	0,56%
Medico chirurgo	10,0%	18,33%
Odontoiatra	2,0%	0,02%
Odontotecnico	1,3%	-
Ortottista	2,5%	0,16%
Ostetrica/o	4,0%	1,77%
Ottico	1,2%	-
Podologo	1,2%	-
Psicologo	3,1%	0,87%
Tecnico audiometrista	2,5%	0,11%
Tecnico audioprotesista	1,4%	0,01%
Tecnico della prevenzione	2,7%	1,74%
Tecnico di neurofisiopatologia	2,5%	0,18%
Tecnico edu. e riabilitazione psichica e psicosociale	1,8%	-
Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria	2,3%	0,20%
Tecnico ortopedico	1,4%	-
Tecnico sanitario di laboratorio	4,0%	2,98%
Tecnico sanitario di radiologia medica	4,1%	3,14%
Terapista della neuro e psicomotricità	1,6%	0,01%
Terapista occupazionale	1,0%	-
Veterinario	1,6%	1,21%

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

La maggioranza (74%) degli eventi accreditati erano rivolti esclusivamente agli operatori della stessa Azienda proponente. Nel restante 26% dei casi gli eventi erano aperti anche a operatori esterni e nel 12% dei casi (era il 6% nel 2003) provenienti da fuori regione. Più della metà delle Aziende sanitarie ha aperto a partecipazioni esterne almeno un evento su quattro.

Considerando il numero di crediti che ogni operatore doveva acquisire (30) e moltiplicando questo valore per il numero di operatori sanitari dipendenti o convenzionati con il SSN dell'Emilia-Romagna, per coprire interamente la domanda sarebbe stata necessaria un'offerta complessiva di almeno 1.400.000 crediti (nel 2003 dovevano essere 900.000). Possiamo grossolanamente dire che questa è la dimensione quantitativa della domanda imposta dalle regole ECM.

Conoscendo il numero di crediti assegnato a ogni evento accreditato in Regione dalle Aziende sanitarie e moltiplicando questi valori per il numero di partecipanti previsti è stato possibile stimare la dimensione teorica dell'offerta. La Tabella 5 descrive la distribuzione nelle diverse Aziende nei due anni in confronto con la domanda teorica di crediti necessaria a soddisfare il debito formativo previsto dagli operatori sanitari di quell'Azienda, dipendenti o convenzionati.

Questa stima da un lato sopravvaluta l'offerta, perché include anche quegli eventi che sono stati accreditati ma non realizzati, ma dall'altro la sottovaluta, perché non include i crediti acquisiti con eventi accreditati presso la Commissione nazionale o acquisiti con iniziative esterne. Si può notare come l'offerta accreditata in regione supera significativamente la domanda teorica in tutte le Aziende e anche negli IOR, che comunque accreditano diverse iniziative presso la Commissione nazionale. Va notato che l'eccesso di offerta nel 2003 era superiore al doppio in media, tanto che si è parlato di "febbre da credito", ma che nel 2004 si è ridimensionato, anche in parte per l'aumento della domanda, raggiungendo valori forse fisiologici.

Tabella 5. Distribuzione della domanda e dell'offerta di crediti ECM nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna negli anni 2003-2004 (accreditamento regionale)

<i>Provider</i>	2003			2004		
	crediti offerti	crediti necessari	offerta/ domanda	crediti offerti	crediti necessari	offerta/ domanda
Az. osp-univ. Bologna	134.702	81.040	1,66	139.034	110.220	1,26
Az. osp-univ. Ferrara	71.586	31.520	2,27	102.415	52.530	1,95
Az. osp-univ. Modena	70.903	37.380	1,90	84.764	53.790	1,58
Az. osp-univ. Parma	113.315	44.480	2,55	127.097	73.560	1,73
Az. osp. Reggio Emilia	91.310	34.500	2,65	101.744	51.210	1,99
Azienda USL Cesena	70.953	40.700	1,74	97.443	62.400	1,56
Azienda USL Bologna	-	-		296.455	208.860	1,42
Azienda USL Bologna Città	138.047	76.320	1,81	-	-	
Azienda USL Bologna Nord	61.946	33.560	1,85	-	-	
Azienda USL Bologna Sud	95.212	27.560	3,45	-	-	
Azienda USL Ferrara	98.923	47.600	2,08	100.075	75.600	1,32
Azienda USL Forlì	91.064	36.980	2,46	62.779	54.150	1,16
Azienda USL Imola	39.513	23.960	1,65	59.297	37.950	1,56
Azienda USL Modena	216.736	105.580	2,05	249.706	156.270	1,60
Azienda USL Parma	73.158	44.400	1,65	68.215	66.720	1,02
Azienda USL Piacenza	107.465	48.960	2,19	111.904	81.660	1,37
Azienda USL Ravenna	149.066	72.480	2,06	162.456	113.910	1,43
Azienda USL Reggio Emilia	141.075	66.800	2,11	140.307	95.130	1,47
Azienda USL Rimini	104.172	55.560	1,87	122.981	84.840	1,45
Istituti Ortopedici Rizzoli	4.700	13.760	0,34	24.659	21.630	1,14
<i>Totale</i>	<i>1.873.846</i>	<i>923.140</i>	<i>2,03</i>	<i>2.051.331</i>	<i>1.400.430</i>	<i>1,46</i>

È stato anche chiesto alle Aziende sanitarie di stimare - sulla base delle informazioni in loro possesso - la copertura del debito dei propri dipendenti. Queste stime sono difficili e, comunque, tendono a sottovalutare il fenomeno perché spesso non tengono conto dei crediti acquisiti in iniziative esterne alle Aziende. Complessivamente, 4 operatori su 5 hanno acquisito almeno il minimo richiesto per il 2004 cioè 15 crediti (nel 2003 i valori erano stati leggermente più bassi). Questo grado di copertura è simile tra le diverse figure professionali: raggiunge in media l'85% per gli infermieri (era l'80% nel 2003) e l'81% per i medici (era il 77% nel 2003).

È importante anche notare che nel 2004, il 45% degli infermieri, il 43% dei medici e il 45% dei veterinari si stima che abbia superato il tetto dei 30 crediti.

2.3. Le caratteristiche degli eventi

Nella Figura 4 è descritta la distribuzione degli eventi accreditati presso l'Emilia-Romagna in base al numero di crediti previsti. Prevalgono, ovviamente, e sono anche in crescita le iniziative brevi (con 3-4 crediti equivalenti a mezza giornata o 7-8 crediti equivalenti a una giornata intera). Va comunque segnalato che nel 2004 sono stati accreditati 250 eventi con oltre 30 crediti (corrispondente all'intero debito annuale) e 100 eventi con 50 crediti (il massimo attribuibile per un evento).

Nella Tabella 6 vengono riportati i dati relativi alla finalità degli eventi accreditati. Si riferiscono solo agli eventi per i quali viene evidenziata una sola finalità e che nel 2003 erano circa il 72% mentre sono saliti quasi all'86% nel 2004. In generale prevalgono (circa il 64%) gli eventi con finalità tecnico-professionali e sono peraltro in aumento. Gli altri sono in leggera flessione: il 24% sono stati rivolti agli aspetti organizzativo-gestionali, l'11% agli aspetti comunicativo-relazionali e solo una piccolissima parte ai temi etici.

Tabella 6. Distribuzione degli eventi accreditati per l'ECM dalla Regione Emilia-Romagna in base alla finalità

Finalità dell'evento	2003			2004		
	eventi residenziali	eventi di formazione sul campo	totale eventi	eventi residenziali	eventi di formazione sul campo	totale eventi
tecnico-professionale	3.767	71	3.838	5.042	290	5.332
organizzativo-gestionale	519	29	548	839	113	952
comunicativo-relazionale	304	4	308	536	24	560
etica	6	-	6	14	-	14

La grande maggioranza degli eventi accreditati in regione (7.982 in totale) ha avuto carattere residenziale (7.506). Nella Figura 5 sono descritte le diverse tipologie di tali eventi: i convegni e le tavole rotonde sono stati una minoranza rispetto ai corsi e ai seminari; i corsi teorico-professionali sono diminuiti mentre quelli pratico-tecnici sono aumentati.

Figura 4. Distribuzione degli eventi accreditati per l'ECM dalla Regione Emilia-Romagna negli anni 2003 e 2004 in funzione del numero di crediti

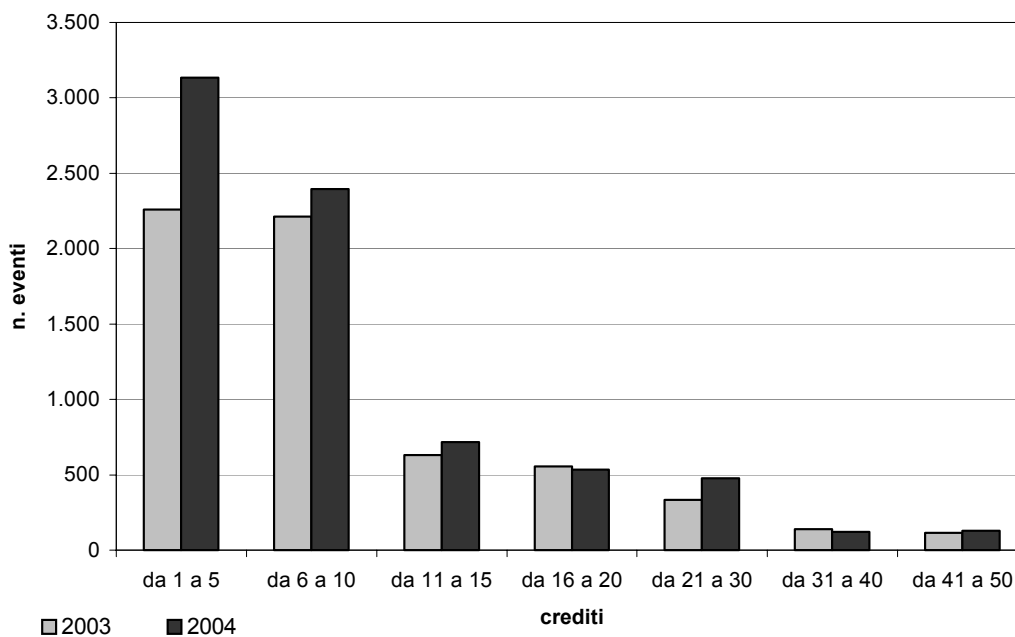
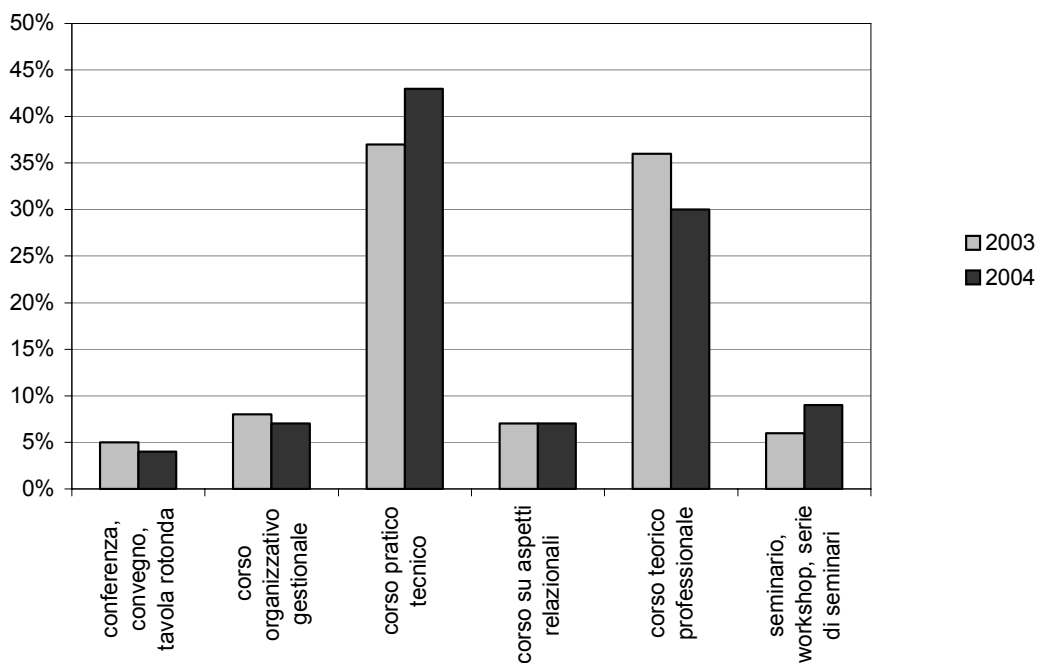


Figura 5. Distribuzione percentuale degli eventi accreditati per l'ECM dalla Regione Emilia-Romagna negli anni 2003-2004 in funzione della tipologia



Gli organizzatori hanno segnalato anche che avrebbero distribuito copia delle relazioni o dei lucidi utilizzati dai docenti rispettivamente nel 26% e nel 46% degli eventi. Nel 36% dei casi è stato previsto di distribuire linee guida, ipertesti o esercizi. Nel 39% è stata prevista una documentazione bibliografica.

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

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

Un questionario per la valutazione dell'apprendimento è stato previsto nel 78% dei casi. Questo approccio è utilizzato soprattutto per eventi brevi, convegni o seminari. La sua validità è modesta e spesso risulta imbarazzante anche per i partecipanti che lo devono compilare. Nel 29% dei casi la valutazione di apprendimento è stata effettuata con una prova pratica e nel 9% con una prova orale o scritta. Nel 10% dei casi è stato usato un test di ingresso con verifica finale.

2.4. Le modalità di accreditamento

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

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

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

Il sistema di gestione informatizzata delle procedure dell'Emilia-Romagna contiene anche un meccanismo di verifica della qualità formale dei progetti proposti che permette un primo *screening*. La Commissione ha rivisto in dettaglio tutti gli eventi proposti che prevedevano un numero maggiore di 20 crediti e quelli in cui la proposta degli organizzatori si discostava dalla valutazione del sistema di 2 crediti o più. Questi ultimi sono diminuiti dal 2003 al 2004 dal 20% al 13%, nel 28% dei quali i promotori avevano proposto un numero di crediti minore di quanto avrebbero dovuto.

Anche se alcuni aspetti potrebbero essere perfezionati, quindi, si conferma che il meccanismo di autovalutazione degli organizzatori, supportato dal sistema di gestione in linea dell'accreditamento, sembra dare sufficienti garanzie di attendibilità. Il passaggio dall'accreditamento degli eventi a quello degli organizzatori, quindi, non dovrebbe porre

problemi rilevanti in Emilia-Romagna, almeno per gli organizzatori finora riconosciuti dalla Regione che sono le Aziende sanitarie e le Università. Problemi diversi si potrebbero porre con gli altri organizzatori potenziali.

2.5. I costi della formazione per l'ECM

Complessivamente, la spesa diretta sostenuta dalle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna nel 2004 per l'ECM, sia per l'organizzazione degli eventi e sia per inviare gli operatori a iniziative esterne, è di circa 9 milioni di Euro a cui vanno aggiunti circa 4,6 milioni per gli Uffici formazione (*Tabella 7*).

È importante ricordare che da questa cifra sono esclusi i costi per il pagamento del tempo di lavoro del personale che è impegnato nell'attività formativa e quelli eventuali per sostituzioni.

La formazione realizzata nelle Aziende sanitarie nel 2004 che non rientra nell'ECM è costata circa 1.460.000 €.

Mediamente e contando anche le spese degli Uffici formazione, per ogni operatore dipendente o convenzionato interessato all'ECM si sono spesi circa 324 Euro. Si nota una certa variabilità fra le Aziende che va da un minimo di 241 a un massimo di 529 Euro.

In generale la spesa per organizzare iniziative formative all'interno delle Aziende è ormai largamente superiore a quella utilizzata per inviare gli operatori a corsi e convegni esterni. Ciò non è vero in tutte le situazioni e, comunque, le strategie in questo ambito presentano una più marcata variabilità.

Dividendo la cifra complessiva impegnata per l'ECM dalle Aziende sanitarie per il numero di crediti teoricamente offerti si ottiene un valore di costo medio per credito di 5 €, con un minimo di 2,7 € per l'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna e un massimo di 7,3 € per l'Azienda USL di Rimini.

Il costo medio per offrire un'ora di formazione ECM è stato di 144 €, con un minimo anche qui per l'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna di 52 € e un massimo per l'Azienda USL di Imola di 273 €. Questa stima è stata ottenuta suddividendo la spesa complessiva per l'organizzazione di iniziative ECM e il funzionamento degli Uffici formazione per il numero di ore di formazione erogate.

Tabella 7. I costi per la formazione ECM nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna nel 2004

Aziende sanitarie	Costi formazione interna dipendenti	Costi formazione esterna dipendenti	Costi per l'Ufficio formazione	Costi totale	n. dipendenti	Spesa media per l'ECM per ogni dipendente interessato	Rapporto tra costi per la formazione interna ed esterna dei dipendenti	Peso in percentuale dei costi per l'Ufficio formazione sui costi totali per la formazione ECM
Az. osp-univ. Bologna	193.445	502.709	188.161	884.315	3.674	241	0,38	21
Az. osp-univ. Ferrara	358.101	109.044	311.294	778.439	1.751	445	3,28	40
Az. osp-univ. Modena	280.975	113.570	283.942	678.486	1.793	378	2,47	42
Az. osp-univ. Parma	246.424	141.790	325.741	713.955	2.452	291	1,74	46
Az. osp. Reggio Emilia	511.853	112.647	174.500	799.000	1.707	468	4,54	22
Azienda USL Cesena	161.638	199.888	122.687	484.213	1.840	263	0,81	24
Azienda USL Bologna	813.020	530.429	654.251	1.997.700	5.773	346	1,53	32
Azienda USL Ferrara	245.813	8.198	226.571	480.582	2.056	234	29,98	44
Azienda USL Forlì	139.500	134.000	100.500	374.000	1.584	236	1,04	26
Azienda USL Imola	270.311	66.365	250.000	586.676	1.109	529	4,07	42
Azienda USL Modena	603.206	290.213	237.656	1.131.075	4.340	261	2,08	20
Azienda USL Parma	55.500	190.000	219.000	464.500	1.615	288	0,29	44
Azienda USL Piacenza	237.143	177.789	233.220	648.152	2.429	267	1,33	36
Azienda USL Ravenna	281.460	167.703	366.400	815.563	3.350	243	1,68	45
Azienda USL Reggio Emilia	456.376	363.686	351.617	1.171.679	2.626	446	1,25	29
Azienda USL Rimini	491.294	138.593	410.588	1.040.475	2.479	420	3,54	39
Istituti Ortopedici Rizzoli	171.996	41.000	135.061	348.057	721	483	4,20	39
<i>Totale</i>	<i>5.518.056</i>	<i>3.287.624</i>	<i>4.591.188</i>	<i>13.396.868</i>	<i>41.299</i>	<i>324</i>	<i>1,68</i>	<i>34</i>

3. Due anni di sperimentazione di formazione sul campo

3.1. I presupposti

È opinione largamente condivisa che la formazione sul campo offra le migliori opportunità per favorire l'apprendimento negli adulti di competenze professionali e di comportamenti organizzativi. Ciò è determinato dalle motivazioni personali che accende e dal collegamento con le ragioni del lavoro e dell'organizzazione.

La possibilità di utilizzare per l'apprendimento direttamente le strutture sanitarie, le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali e le occasioni di lavoro costituiscono non solo un terreno assai fertile per la formazione, ma anche un ottimo strumento per il miglioramento dei processi assistenziali e del funzionamento dei servizi. Le modalità di apprendimento nelle diverse circostanze possibili sono simili tra loro, anche se cambiano i contesti e le finalità (ricerca e organizzazione di documentazione, lettura e discussione in gruppo, analisi di casi, redazione, presentazione e discussione di elaborati, impegno operativo diretto con supervisione, ecc.).

Poiché questo approccio, nonostante le potenzialità che offre, era relativamente poco utilizzato e non riconosciuto tra le regole condivise dell'accreditamento per l'ECM, in Emilia-Romagna fin dal 2002 si è operato per:

- identificare e definire le opportunità effettivamente praticabili nel contesto organizzativo delle strutture sanitarie e, in particolare, i periodi di addestramento, la partecipazione a gruppi di miglioramento, a commissioni, ad *audit* e a ricerche;
- precisare i requisiti per l'accreditamento delle diverse tipologie di formazione sul campo;
- scegliere una scala di valutazione compatibile col sistema di crediti del processo di ECM;
- definire le modalità per la valutazione includendo anche gli aspetti riguardanti il tutoraggio.

Dopo una prima sperimentazione nel 2003, la Giunta regionale ha definito le regole per l'accreditamento con la delibera 1217/2004 che è riportata interamente in allegato e che viene qui brevemente riassunta.

Come previsto per le attività formative residenziali anche per le attività di apprendimento sul campo valgono i medesimi requisiti perché possano rientrare nel sistema di accreditamento e, in particolare, devono essere:

- organizzate e proposte nell'ambito dell'Azienda sanitaria;
- realizzate senza che si determinino condizioni di conflitto di interesse;
- corredate da una documentazione del progetto completa e valutabile.

È importante, inoltre, che l'attività di apprendimento sul campo che si intende accreditare sia adeguatamente progettata e formalizzata e nella delibera è riportato un elenco dettagliato degli elementi essenziali per la stesura del progetto. Così come la documentazione relativa a tutti gli aspetti del processo formativo, e in particolare della valutazione, deve essere a disposizione anche di osservatori esterni.

Per la valutazione ai fini dell'Educazione continua in medicina delle attività di apprendimento sul campo sono stati considerati tre aspetti principali:

- la rilevanza dell'iniziativa per l'organizzazione che la propone;
- la complessità e la durata dell'iniziativa;
- l'impegno individuale richiesto.

Poiché è difficile tradurre in ore di impegno - salvo che nel caso dell'addestramento - il tempo necessario per iniziative di apprendimento sul campo, i responsabili dell'Azienda e dell'iniziativa didattica hanno anche il compito di definirne il valore all'interno di limiti definiti (vedi *Tabella A.1* della delibera, *Allegato A*). Il numero di crediti attribuibili a ogni singola iniziativa, che è stato innalzato rispetto alla prima sperimentazione, può andare ora da un minimo di 3 a un massimo di 15. Per le attività di addestramento viene invece utilizzato un criterio temporale più stringente attribuendo 1 credito ogni 4 ore fino a un massimo di 15 crediti.

Così come per le attività di formazione tradizionale e a distanza, ancora più per l'apprendimento sul campo è spesso necessario associare al responsabile del processo formativo il sostegno di persone (*tutor*) che abbiano una funzione di orientamento, di supervisione, di formazione e di valutazione dei partecipanti. Il loro contributo va considerato in modo analogo a ciò che avviene per i docenti nei corsi ECM. A condizione che l'incarico sia di almeno un mese all'anno, esso dovrà dare diritto a un numero di crediti da 3 a 15 ogni anno, da valutare in funzione del grado di livello di impegno previsto. Il numero di crediti acquisiti in tal modo non potrà comunque essere superiore alla metà di quelli previsti per l'anno.

In molte situazioni esistono, inoltre, reti di operatori che svolgono funzioni simili di promozione e sostegno della formazione, ma anche in quello della qualità, della documentazione e della ricerca con denominazioni diverse (*tutor*, formatori, animatori, facilitatori o anche valutatori). Quando queste attività sono comparabili con quelle effettuate ai fini dell'ECM, l'operatore coinvolto può essere esentato dall'obbligo di acquisire i propri crediti per una misura pari a quanti ne avrebbe acquisiti se avesse svolto attività di tutoraggio ECM.

Sono state confermate le medesime procedure per l'accREDITamento, anche prevedendo l'adeguamento del sito *web* per la gestione in linea. L'unica sostanziale differenza è stata quella di avere pienamente responsabilizzato gli organizzatori nell'attribuire il numero di crediti previsto per ogni iniziativa senza prevedere interventi della Commissione regionale che non può avere elementi più precisi e validi degli organizzatori per formulare un giudizio. La proposta è stata inviata alla Commissione nazionale e diffusa pubblicamente. Alcuni elementi di valutazione possono essere tratti dopo due anni di sperimentazione.

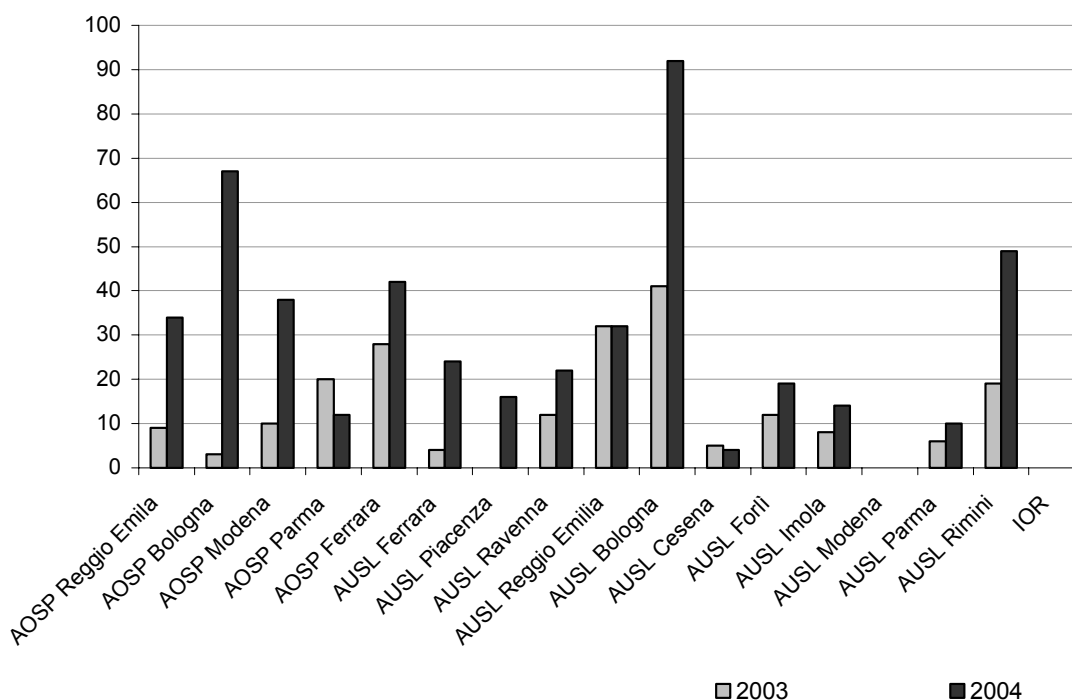
3.2. Analizzando la banca dati regionale

Le iniziative di FSC sono state accreditate attraverso il sistema di gestione in linea già in uso per gli eventi residenziali appositamente adattato e da cui sono stati tratti i dati che vengono qui riportati.

Nei due anni sono state accreditate 685 iniziative (209 nel 2003 e 476 nel 2004) pari al 3% e al 6% del totale degli eventi. Complessivamente sono un numero forse modesto in termini relativi, anche se è raddoppiato in un anno, ma rilevante in termini assoluti e che permette di osservare uno spettro ampio di situazioni.

La Figura 6 mostra la distribuzione delle iniziative tra le Aziende sanitarie. Ve ne sono alcune che hanno significativamente aumentato l'impegno nel 2004 rispetto al 2003, mentre in altre si stenta ancora, anche se ne viene riconosciuta l'importanza e l'utilità e alcuni progetti sono attualmente in via di realizzazione.

Figura 6. Distribuzione degli eventi di formazione sul campo proposti dalle Aziende sanitarie e accreditati dalla Regione Emilia-Romagna negli anni 2003-2004¹



¹ Nel 2004 le Aziende USL di Bologna Città, Bologna Nord e Bologna Sud si sono unificate nell'Azienda USL di Bologna; per facilitare il confronto, le 3 Aziende sono state considerate come una unica (Azienda USL Bologna) anche per il 2003.

Nella Tabella 8 le iniziative realizzate sono distribuite secondo la loro tipologia. Tutte le tipologie sono state utilizzate anche se prevalgono i periodi di addestramento e la partecipazione a progetti di miglioramento.

Tabella 8. Distribuzione degli eventi di formazione sul campo accreditati per l'ECM in Emilia-Romagna negli anni 2003 e 2004 in funzione della tipologia

Tipologie	2003	2004
Attività di addestramento	71	170
<i>Audit</i> - Sistemi di <i>audit</i>	43	48
Partecipazione a commissioni o comitati	8	20
Partecipazione a progetti di miglioramento	79	218
Partecipazione a ricerche	8	20
<i>Totale</i>	<i>209</i>	<i>476</i>

La partecipazione a ricerche e la partecipazione a commissioni o comitati sono le modalità meno utilizzate, probabilmente anche perché le opportunità si presentano con minore frequenza e sono meno conosciute. Inoltre va considerato che queste attività sono svolte soprattutto dai medici, i quali hanno dimostrato minore interesse ad acquisire crediti con la FSC e non hanno utilizzato affatto la categoria dell'addestramento.

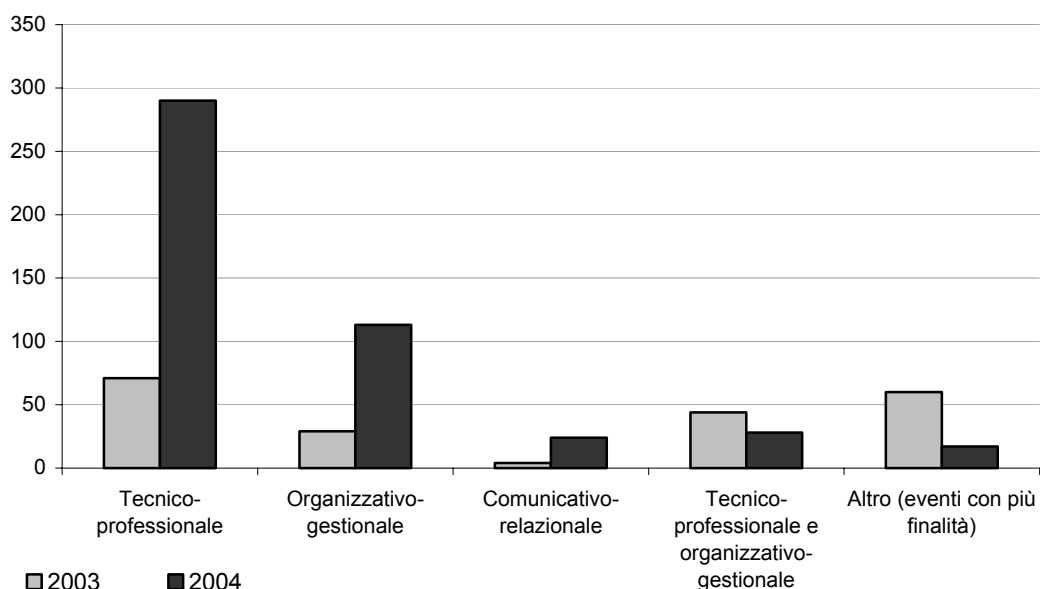
L'addestramento, invece, è stato molto utilizzato dagli infermieri, che hanno mostrato in generale di apprezzare la FSC. Le ragioni sono probabilmente diverse, in parte legate alla impostazione della formazione di base e in parte all'organizzazione del lavoro e alle minori opportunità di utilizzare offerte esterne di quanto non abbiano i medici.

Le attività di FSC sono state utilizzate per circa il 50% per iniziative rivolte a una sola figura professionale: il 70% per gli infermieri, il 46% per i medici e poi l'11% per gli assistenti sanitari e il 10% per gli psicologi. In minor numero, ma comunque presenti, le iniziative rivolte alle altre professioni sanitarie.

È opportuno comunque sottolineare che quasi la metà delle iniziative sono state rivolte a più figure professionali insieme, a dimostrare il legame con la realtà operativa e l'utilità per azioni di integrazione.

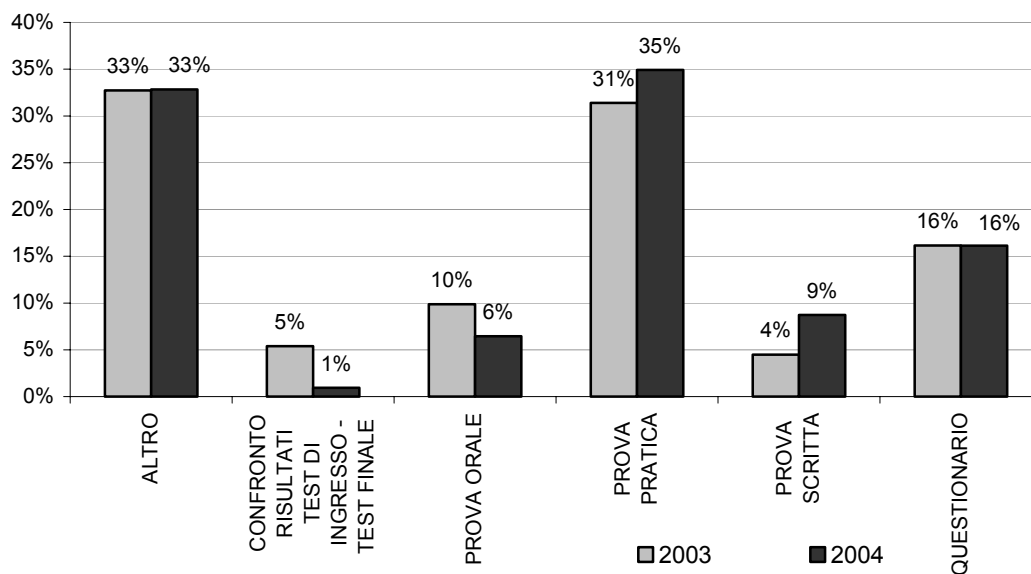
Le iniziative accreditate nel 2003 erano state rivolte alle diverse finalità, mentre nel 2004 hanno prevalso nettamente quelle tecnico-professionali, con l'obiettivo di migliorare le abilità pratiche e quelle organizzativo-gestionali (*Figura 7*).

Figura 7. Distribuzione degli eventi di formazione sul campo accreditati per l'ECM in Emilia-Romagna negli anni 2003-2004 in base alla finalità



Coerentemente con il fatto che lo scopo principale degli eventi realizzati è stato quello di sviluppare abilità pratiche, lo strumento di valutazione dell'apprendimento maggiormente utilizzato è stata la prova pratica, ma sono state utilizzate anche le altre modalità (Figura 8).

Figura 8. Distribuzione percentuale degli eventi di formazione sul campo accreditati in Emilia-Romagna negli anni 2003-2004 in base al tipo di valutazione dell'apprendimento utilizzato



Sono state anche utilizzate modalità di valutazione dell'apprendimento che non erano previste esplicitamente dalla scheda di registrazione ma che sono state segnalate dagli organizzatori. Tra queste vale sottolineare in ordine di preferenza:

- l'esito del monitoraggio svolto attraverso griglie e schede compilate dai *tutor*;
- la relazione finale del *tutor* o del responsabile del corso o comunque la loro valutazione basata anche sull'osservazione del comportamento dei partecipanti;
- la produzione di documenti (manuali, protocolli, linee guida, ecc.);
- l'esito di esercitazioni (o simulazioni);
- il colloquio con il *tutor* o con il responsabile dell'evento;
- la verifica dell'adesione a protocolli o linee guida nei casi che prevedevano questi obiettivi;
- le valutazioni del gruppo basate sul confronto tra i partecipanti, sul confronto dei risultati ottenuti e discussioni collegiali;
- il *follow up*.

3.3. Attraverso le opinioni dei protagonisti

L'esperienza è troppo complessa per potere essere descritta solo attraverso le elaborazioni dei dati quantitativi ricavati dalle registrazioni degli accreditamenti. Sono state quindi effettuate interviste ai responsabili e agli operatori degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie. Questo ha permesso di arricchire il quadro con informazioni di tipo soggettivo che consentono anche di leggere il senso (inteso come direzione e significato) del fenomeno studiato.

I colloqui hanno puntato in particolare a mettere in evidenza:

- cosa sia avvenuto nelle Aziende con l'introduzione dell'accREDITAMENTO delle attività di FSC;
- quali siano stati i principali problemi incontrati;
- se la FSC sia risultata utile e funzionale alle necessità di apprendimento e formazione delle Aziende;
- se le procedure di accREDITAMENTO siano risultate efficienti, le tipologie identificate esaustive, ecc.;
- come sia effettivamente avvenuta la valutazione dell'apprendimento;
- quale sia stato il ruolo dei *tutor*;
- se vi fossero proposte di miglioramento.

L'introduzione dell'accREDITAMENTO della formazione sul campo è stata accolta generalmente con favore dagli esperti degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie che le riconoscono una funzione di volano per dare una struttura metodologica finora inesistente a questo genere di attività e un'occasione di crescita per l'organizzazione.

I vantaggi di tipo economico e organizzativo sono percepiti soprattutto dalle Direzioni sanitarie delle Aziende, che hanno apprezzato non solo la maggiore correlazione con gli obiettivi aziendali, ma anche la possibilità di non dovere distaccare il personale (meno problemi rispetto all'organizzazione dei turni e meno ore di straordinario) e anche una riduzione dei costi per i docenti.

È emerso anche che nelle strutture sanitarie esistono ampie opportunità, tuttora da esplorare, di traduzione in attività di FSC formalizzabili.

Per l'importanza che riveste e per le differenze con la formazione residenziale è stato anche esaminato in dettaglio il ruolo svolto dai *tutor* che, praticamente, sono stati inclusi in tutti gli eventi di formazione sul campo.

Prevale una funzione emancipativa del *tutor* e non solo normativa di controllo: è il *tutor* che aiuta e accompagna nell'elaborazione dell'esperienza, che sostiene le capacità dei soggetti nell'osservazione e nella comprensione delle pratiche e del contesto in cui si svolgono, che favorisce la riflessione sul senso dell'esperienza.

Il suo ruolo non solo è sempre meno marginale e sempre più interconnesso e sovrapposto con quello del docente, ma si pone come un "dispositivo chiave" a supporto dell'acquisizione dell'imparare a imparare (vedi anche O. Scandella. "Pensare alla tutorship. Riflessioni su una funzione emergente". *Adulità*. 2004).

Guardando al futuro, il sostegno delle attività di FSC all'interno delle organizzazioni sanitarie dovrà probabilmente passare anche dal sostegno e dall'attenzione alla *tutorship*, la cui qualità sicuramente ha un peso rilevante sulla qualità dell'evento formativo.

Senza entrare nella specificità dei problemi delle singole Aziende, che in alcuni casi dipendono da riorganizzazioni interne e ristrutturazione della rete dei referenti per la formazione, è possibile analizzare alcuni punti critici comuni che hanno caratterizzato l'atteggiamento verso l'introduzione della formazione sul campo e, soprattutto: la cautela, la concorrenza della formazione residenziale e le resistenze verso la novità.

La proposta è stata infatti sì colta molto favorevolmente, ma avendo carattere di sperimentazione si è preferito puntare su un numero limitato di eventi in attesa che si definissero più chiaramente le regole. Una svolta è venuta dalla nuova delibera regionale del 2004 che ha aggiornato il sistema dei crediti e dato maggiore chiarezza sulle caratteristiche che un'attività deve avere per poter essere considerata un evento accreditabile.

Rimangono comunque dubbi che meritano approfondimenti, su quali attività abbiano, e sia utile riconoscere effettivamente, valenza formativa accreditabile. In generale si è preferito puntare inizialmente solo su quelle che già venivano svolte in maniera organizzata e strutturata e per le quali la tipologia fosse facilmente riconoscibile. È stata lasciata alle reti dei referenti per la formazione la scelta di proporre le situazioni più interessanti, ma senza particolari sollecitazioni.

In tutte le Aziende sono state comunque realizzate iniziative di sensibilizzazione sia attraverso le riunioni periodiche della rete sia con seminari dedicati rivolti ai referenti o ad altre figure, per il loro ruolo considerate centrali per lo sviluppo di questo tipo di formazione (vedi ad esempio il percorso formativo per coordinatori sanitari realizzato dall'Azienda USL di Ferrara descritto nel *Paragrafo 8.4*).

La cautela è stata anche dettata da considerazioni di carattere sindacale sulla possibile confusione nella utilizzazione del tempo di lavoro e di formazione.

L'ampia offerta formativa di tipo tradizionale che permette agli operatori - soprattutto ai medici - di acquisire in modo per certi versi più facile i crediti, ha esercitato un'azione concorrente non indifferente. Come si è visto nel capitolo precedente, le Aziende hanno prodotto infatti un'offerta di formazione residenziale ampiamente sufficiente a soddisfare da sola la domanda, a cui si aggiungono le proposte di convegni e corsi esterni.

A questo si aggiunga, soprattutto per il 2003, il relativamente basso numero di crediti acquisibili con la FSC rispetto all'impegno richiesto per la progettazione e la partecipazione e in confronto con le iniziative residenziali. Con la delibera regionale del 2004 si è almeno parzialmente ridotto lo scarto, ma è stata richiesta una maggiore elasticità dei criteri di valutazione per premiare maggiormente i progetti particolarmente impegnativi o rilevanti.

L'introduzione di una novità genera sempre resistenze. In questo caso il freno è stato esercitato dalla convinzione che le attività svolte in un tempo e in un luogo dedicato, magari in situazioni privilegiate all'esterno, abbiano un maggiore valore anche con connotati simbolici (e di *status*) più appetibili.

L'introduzione di una novità è anche difficile e faticosa. Il problema si è posto con particolare evidenza per le attività meno strutturate e in quelle che richiedono più sforzi di integrazione tra le figure professionali. Dove, invece, le modalità erano già diffuse e definite e dove, in definitiva, era sufficiente chiederne l'accreditamento come l'addestramento tra gli operatori del comparto ad esempio, il problema si è posto con minore intensità.

La FSC è stata maggiormente promossa e realizzata in quelle aree e in quei servizi che già lavoravano in modo interprofessionale con un'abitudine al confronto e un'attenzione ai processi oltre che ai contenuti. Per quelle organizzazioni che sono in grado di coglierne l'opportunità, il riconoscimento della FSC può anzi facilitare la valutazione di ciò che effettivamente viene fatto e, in alcuni casi, di raccogliere indicatori significativi sulla qualità dell'assistenza.

3.4. Apprendere attraverso il fare non è uguale al fare

In conclusione, probabilmente per imparare a fare FSC occorre non solo tempo, ma anche metodo e competenze nuove che rendano possibile trasformare una pratica di lavoro in evento formativo.

Affinché l'apprendimento sul campo si sviluppi in maniera efficace è necessario avere più consapevolezza di come avviene l'apprendimento nei singoli contesti, avere gli strumenti e le metodologie per poterli leggere, per potere cogliere le risorse di cui si dispone, occorre imparare a costruire la conoscenza in cooperazione.

È importante non sottovalutare che la FSC interferisce nella normale prassi lavorativa perché dà rilievo e spazio a momenti di riflessione e rielaborazione dell'esperienza per capitalizzare le competenze che si costruiscono dentro a un'organizzazione di lavoro.

Si tratta di un salto culturale importante che impone di ripensare le pratiche non solo in funzione dei contenuti e degli esiti che producono, ma anche e soprattutto dei processi che si attivano: i ruoli, i tempi, le ricadute organizzative. Da questo punto di vista la formazione sul campo è scomoda e faticosa, e si comprendono meglio le resistenze. Si capisce meglio, per esempio, perché in alcuni casi viene rigettata con l'accusa di essere solo l'ennesimo orpello burocratico che costringe chi lavora a produrre inutili scartoffie.

Forse, se fosse solo burocrazia sarebbe molto più semplice. Il problema vero è più probabilmente la difficoltà ad accompagnare al fare un'attività riflessiva: imparare a narrare il senso dell'esperienza per renderla fruibile, trasmissibile - e quindi patrimonio comune - dei singoli e dell'organizzazione.

Riconoscere le attività di formazione sul campo nell'ambito dell'Educazione continua in medicina significa rendere esplicito il fatto che l'interazione quotidiana è occasione di creazione e scambio di conoscenza e significa evidenziare l'opportunità, e la necessità, di utilizzare in maniera funzionale ai singoli e all'organizzazione, i processi di apprendimento che avvengono nelle pratiche quotidiane di lavoro. Contribuisce inoltre a rendere consapevole che esistono luoghi e momenti in cui comunque avviene apprendimento e che la qualità e la direzione che questo prende può essere parzialmente indirizzata, nel senso che l'organizzazione può facilitare e dare legittimità a tali pratiche, sostenendone gli esiti.

Tuttavia, occorre tenere presente che per trasformare una pratica lavorativa in un evento formativo è necessario uno sforzo metodologico: l'apprendimento è infatti frutto di un processo intenzionale e quindi anche l'apprendere attraverso il fare, come tutte le strategie formative, implica una metodologia, un'organizzazione intenzionale del processo che ha come scopo l'apprendimento (vedi anche S. Mariotti. "Apprendere attraverso il fare: solo una metodologia?" *Adulità*. 2004).

È necessario cioè sgombrare il campo dall'equivoco epistemologico secondo cui apprendere attraverso il fare è uguale al fare. È l'esercizio della riflessione sull'esperienza che distingue l'apprendere dal fare dal semplice fare.

Un contesto lavorativo è un luogo di risorse per l'apprendimento, ma non è necessariamente un contesto di apprendimento: il problema è come organizzare e strutturare queste risorse per sostenere e non inibire l'apprendere nel contesto. Questo significa che se il contesto non viene progettato da un punto di vista formativo, l'apprendimento che avviene in quel contesto è casuale e potrebbe non corrispondere affatto alle abilità e competenze necessarie.

Se non si parte da questa consapevolezza metodologica, il riconoscimento dell'apprendimento sul campo nell'ambito dei programmi ECM, risulta un'operazione demagogica, una scorciatoia per accumulare crediti a buon mercato.

In questo senso le procedure necessarie per l'accreditamento dell'ECM possono dare un contributo metodologico molto importante se considerate come uno strumento a sostegno della progettazione degli eventi e per la capitalizzazione delle esperienze. La costruzione di un progetto per l'accreditamento di un'attività di formazione sul campo non è solo un atto burocratico necessario per il riconoscimento dei crediti, ma rappresenta la prima tappa del percorso necessario a trasformare una pratica in evento formativo, rappresenta l'attivazione intenzionale di un processo che ha come obiettivo l'apprendimento.

4. I Piani annuali formativi delle Aziende sanitarie

4.1. Introduzione

Il Piano annuale formativo è il principale strumento di programmazione delle attività formative delle Aziende sanitarie. Esso è stato previsto nella delibera 1072 del 2002. Deve descrivere le strategie adottate a livello aziendale, in particolare per l'ECM, e le caratteristiche delle attività promosse. La delibera inoltre specifica che il PAF deve essere elaborato sulla base degli obiettivi formativi nazionali e regionali, delle indicazioni di priorità nel Sistema sanitario della Regione e delle analisi dei bisogni formativi condotte a livello locale. È uno strumento che può permettere il monitoraggio della coerenza delle attività con le necessità dell'organizzazione e della copertura dei bisogni formativi e di ECM esistenti.

I PAF del 2003 e 2004 sono stati regolarmente inviati dalle Aziende alla Regione con allegate le proposte di eventi da accreditare, ma non erano stati ancora mai adeguatamente esaminati.

Ogni PAF è costituito da una parte introduttiva, in cui vengono esplicitate le strategie utilizzate per l'elaborazione e una seconda in cui sono raccolte le schede degli eventi o la descrizione delle attività programmate. Ogni Azienda ha sviluppato in maniera autonoma i diversi ambiti e, in alcuni casi, ha dato anche spazio ad altri elementi, come per esempio la descrizione del programma ECM, oppure riflessioni di tipo metodologico.

La lettura che viene qui proposta ha la finalità di descrivere le caratteristiche salienti dei PAF, anche al fine di avviare un confronto per metterne in evidenza gli elementi di forza e gli aspetti da migliorare. L'analisi si è concentrata sulle parti introduttive e di presentazione delle strategie anche se si presentano alquanto diverse ed è difficile una valutazione comparata. La descrizione, inoltre, non restituisce sempre la complessità e l'originalità dei singoli materiali esaminati.

In particolare sono stati esaminati i punti qualitativamente più rilevanti previsti dalla delibera regionale:

- quali riferimenti sono stati utilizzati;
- come è stato costruito;
- come viene affrontata la valutazione;
- se e quali metodologie formative vengono proposte.

4.2. I riferimenti della programmazione aziendale

Riferimenti espliciti nei PAF agli obiettivi nazionali per l'ECM approvati dalla Conferenza Stato-Regioni nell'Accordo del dicembre 2001 sono rari (solo in 7 PAF) e quasi rituali, anche perché quell'elenco è generico e non indica priorità.

La Regione Emilia-Romagna non ha ancora definito una lista di propri obiettivi regionali per l'ECM. Ha invece rinviato alle priorità aziendali e, più recentemente, al contributo che la formazione continua può offrire alla ricerca e alle innovazioni nel sistema sanitario. Peraltro esistono diversi documenti in cui sono delineate le priorità del Servizio sanitario regionale, dal Piano sanitario regionale ai documenti regionali annuali di indirizzo alle Aziende. Nei PAF, in effetti, questi aspetti sono colti con difficoltà e questo potrebbe forse essere considerato un indizio dei problemi che esistono nel legare la programmazione formativa allo sviluppo strategico del sistema sanitario.

Il riferimento principale dei PAF - teorico e concreto - sono gli indirizzi strategici dell'Azienda che vengono poi tradotti in obiettivi formativi.

A titolo di esempio si riporta uno stralcio del PAF 2003 dell'Azienda USL Bologna Città, in cui l'obiettivo strategico regionale del governo clinico viene recepito come priorità aziendale e declinato poi in obiettivi formativi specifici.

L'efficacia clinica e l'appropriatezza degli interventi sanitari sono diventati i valori di riferimento dei recenti documenti programmatici e normativi del nostro Sistema sanitario nazionale e regionale. (...) La politica aziendale della formazione sarà dunque tesa a potenziare la capacità dei professionisti di farsi garanti della qualità clinica delle prestazioni e delle risorse utilizzate. (...)

Gli obiettivi.

- 1. sviluppare le competenze dei professionisti sanitari sulla raccolta delle informazioni prodotte dalla ricerca clinica (EBM) e clinico-organizzativa (EBHC);*
- 2. sviluppare le competenze dei professionisti sull'analisi critica e sulla qualità dei risultati che la ricerca clinica rende disponibile in letteratura (critical appraisal);*
- 3. sviluppare le competenze dei professionisti sanitari sulla valutazione di trasferibilità dei risultati che la ricerca produce nella pratica clinica (produzione e analisi delle linee guida);*
- 4. sviluppare le competenze dei professionisti sanitari all'analisi tra pari dei percorsi assistenziali, alla valutazione di efficacia e qualità dell'assistenza rispetto a indicatori di riferimento (audit clinico strutturato);*
- 5. sviluppare le competenze dei professionisti sanitari relative all'analisi dei percorsi assistenziali per la gestione del rischio clinico (prevenzione delle complicanze, gestione degli errori, farmacovigilanza, ecc.);*
- 6. promuovere l'autonomia e la responsabilità di intervento sul paziente delle diverse figure professionali all'interno di percorsi di cura integrati e condivisi;*
- 7. far conoscere e adottare metodi di definizione di raccomandazioni di consenso tra pari sulla base dell'esperienza e delle migliori prove disponibili sugli argomenti e sulle pratiche controversi.*

In alcuni casi il riferimento è soprattutto alle Linee guida al *budget*, come nel PAF 2004 dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia che riporta chiaramente le linee di azione di riferimento a tutti i livelli (dal nazionale al locale) e gli obiettivi da perseguire in relazione alle risorse disponibili. Rimangono tuttavia impliciti gli obiettivi formativi connessi alle strategie di azione.

4.3. Il processo di costruzione del Piano

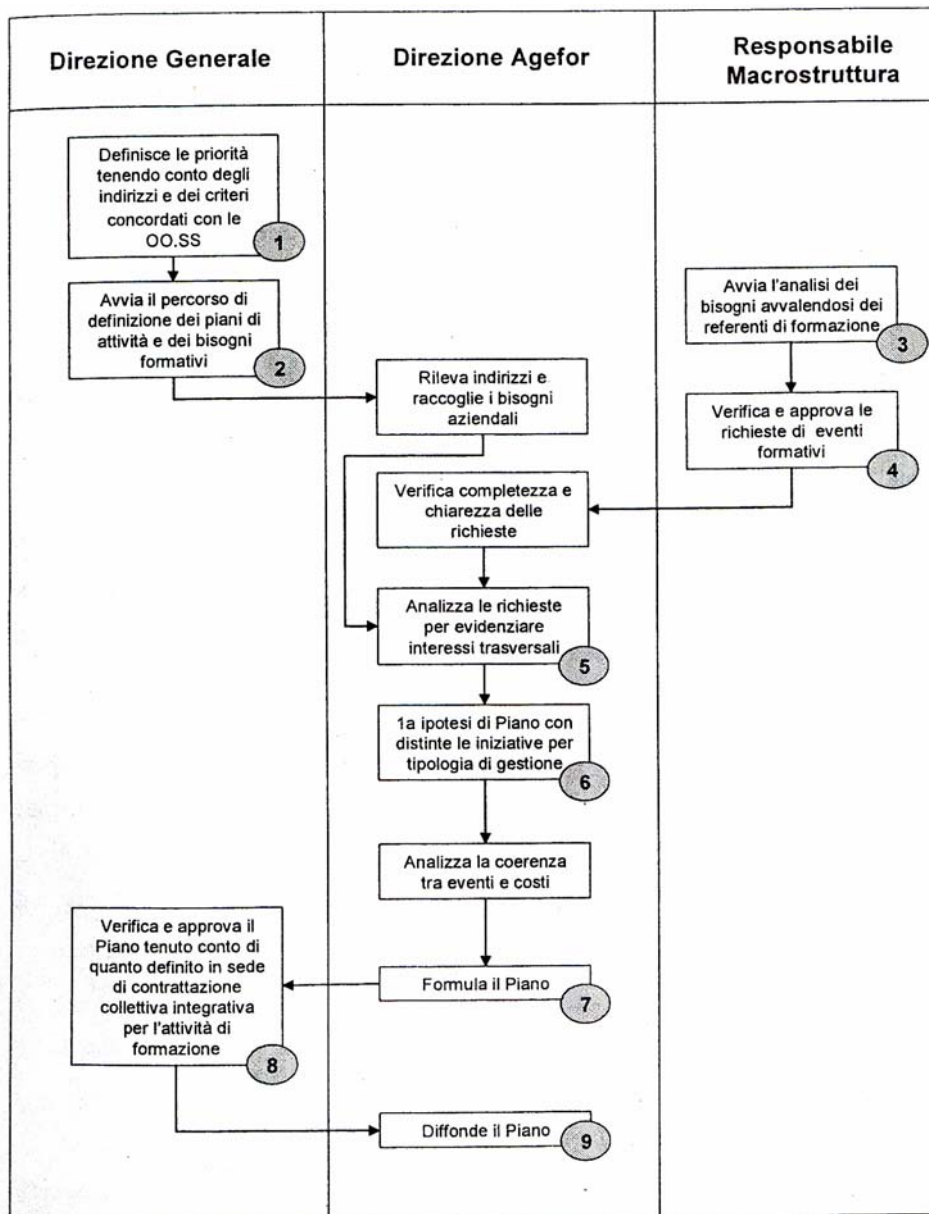
Il processo attraverso il quale gli obiettivi strategici, i vincoli posti dal *budget* e le necessità di crescita professionale individuale vengono tradotti in proposte formative è descritto dai vari PAF in modo più o meno dettagliato.

In generale, comunque, la programmazione e la gestione degli eventi è compito degli esperti dell'Ufficio formazione. In tutti emerge un'analisi del fabbisogno formativo che parte dalle esigenze espresse dagli operatori e l'esistenza di una "Rete di referenti della formazione" (o animatori) presenti in ogni Dipartimento o articolazione operativa che collabora con l'Ufficio formazione.

In genere si utilizzano strumenti standardizzati per la rilevazione dei bisogni che a volte sono inclusi nella scheda di *budget*, a volte sono compilabili in linea. In alcuni casi la scheda di rilevazione viene integrata da interviste, colloqui e riunioni tecniche.

Il percorso dell'Agenzia formativa dell'Azienda USL di Modena (Agefor) descritto nella Figura 9 è un esempio del modo in cui vengono governati i diversi passaggi che devono coniugare le priorità aziendali con le esigenze e i bisogni formativi espressi a livello di macro struttura aziendale.

Figura 9. Rappresentazione schematica del processo di costruzione del PAF nell'Azienda USL di Modena



L'importanza della Rete dei referenti nella raccolta dei bisogni formativi e nell'elaborazione delle proposte è sottolineata in molti PAF. In alcuni casi il ruolo di tale Rete è più ampio, come per esempio nell'Azienda USL di Ferrara che nel 2004 ha introdotto la figura del "Referente dipartimentale di formazione" da affiancare ai "Responsabili dipartimentali della formazione" per rendere il processo formativo

più flessibile e aderente alla dinamicità dell'organizzazione con riferimento soprattutto alla pianificazione della formazione attraverso un'analisi approfondita dei bisogni formativi in un'ottica di trasparenza e coinvolgimento attivo di tutte le Unità operative di tutti gli operatori del sistema.

Le Rete dei referenti viene sostenuta con incontri periodici di aggiornamento e iniziative di formazione per rafforzarne le competenze e le capacità. Questo elemento, che è emerso soprattutto dalle interviste fatte ai Responsabili degli Uffici formazione (vedi il *Capitolo 3* sulla formazione sul campo), è costante ed è considerato un punto di forza.

In alcuni PAF il processo è descritto in modo più dettagliato e la lettura dei documenti mostra alcune differenze significative.

Alcune Aziende infatti sembrano perseguire una sorta di *devolution*: la periferia (ad esempio i Dipartimenti) analizza il fabbisogno formativo ed elabora programmi formativi, mentre il centro (Ufficio formazione) mantiene un ruolo prevalentemente di consulenza e controllo rispetto alla congruenza e alla sostenibilità delle proposte da inserire nel PAF. È ancora il caso dell'Azienda USL di Ferrara, che ha una robusta organizzazione a livello dipartimentale e riceve le proposte formative già a un elevato livello di definizione:

Secondo la procedura, le Unità operative hanno elaborato le proposte formative con la collaborazione dei Referenti e le hanno trasmesse ai Responsabili dipartimentali della formazione; sono poi state elaborate le graduatorie di priorità, poi sottoposte all'approvazione dei Comitati di dipartimento. Le proposte approvate sono state inserite dall'Ufficio formazione nel PAF 2004, previa verifica della congruenza con gli obiettivi aziendali e della compatibilità economica.

In altre, invece, si adotta una strategia diametralmente opposta perché il processo di progettazione è centralizzato e la Rete dei referenti agisce come elemento sensore e sollecitatore. Un esempio è costituito dall'Azienda ospedaliera di Modena in cui l'Ufficio formazione conduce direttamente sia l'analisi dei bisogni, attraverso le schede di rilevazione per una fase preliminare e successivamente incontrando tutti i Comitati di dipartimento per una valutazione complessiva del bisogno. La progettazione della formazione

è stata centralizzata dallo staff formazione per quanto riguarda le aree trasversali (...) mentre per quanto riguarda la componente tecnica e scientifica è stata affidata al referente scientifico dell'iniziativa (...) con la supervisione metodologica dello staff di formazione.

Ci sono altri casi in cui è messa in evidenza soprattutto la ricorsività del processo, caratterizzato dalla negoziazione e dall'intermediazione tra gli obiettivi aziendali, le necessità delle articolazioni operative e la disponibilità economica. Per esempio, nell'Azienda USL di Cesena una molteplicità di soggetti sono coinvolti sia nella costruzione che nella valutazione del PAF.

(...) La raccolta e l'analisi del bisogno formativo secondo gli obiettivi espressi nelle Linee guida Budget 2004, era stata fatta precedentemente dai referenti della "Rete dei Referenti aziendali della formazione" nelle varie Unità operative e/o Aree organizzative aziendali. (...)

Tali rilevazioni e analisi erano state trasformate - con la collaborazione dei Direttori di Unità operative, Coordinatori del comparto sanitario, Direttori degli eventuali corsi, ecc. - in "Proposte di formazione" codificate in una apposita scheda già predisposta e utilizzata nella pianificazione del PAF 2003.

Successivamente i Direttori di Dipartimento e/o Macroarea hanno vagliato e classificato in ordine di priorità (rispetto a obiettivi negoziati a livello di Unità operativa, di Dipartimento e aziendale) i vari corsi proposti afferenti alle loro strutture organizzative.

Il Responsabile delle politiche aziendali per la formazione e l'aggiornamento ha quindi predisposto la stesura del PAF verificandone la coerenza dei progetti con gli obiettivi strategici e la compatibilità con le disponibilità economiche concordate in sede di negoziazione di budget.

Il PAF 2004 veniva così presentato alla Commissione paritetica sulla formazione per il "comparto" e nelle linee sue essenziali al Tavolo della Trattante sindacale del "comparto".

Dopo questi passaggi il Responsabile del progetto per le politiche aziendali per la formazione/aggiornamento ha sottoposto il PAF 2004 al vaglio accurato della Direzione strategica e quindi del Collegio di Direzione. La Direzione strategica, preso atto del positivo completamento delle valutazioni effettuate nelle vari sedi tecniche e verificata la compatibilità con le disponibilità economiche negoziate, ha licenziato definitivamente il PAF.

Nell'Azienda USL di Reggio Emilia il processo di costruzione del PAF è seguito con particolare attenzione ed è legato strettamente allo sviluppo organizzativo e delle competenze professionali.

4.4. La valutazione

Circa la metà dei PAF (17) contiene un capitolo dedicato a ciò che è avvenuto nell'anno precedente. In alcuni casi si tratta piuttosto di un rendiconto di quanto è stato fatto in rapporto agli obiettivi prefissati; in altri si mettono in luce i punti di forza e di debolezza, riservando quindi più spazio alla riflessione critica. Ad esempio, nel PAF 2003 dell'Azienda USL di Reggio Emilia il primo capitolo è dedicato a "L'esperienza del PAF 2002" e descrive l'attività svolta sia sul piano quantitativo sia su quello qualitativo. Il secondo capitolo "Valutazione generale sull'esperienza del PAF 2002" evidenzia invece i punti di forza come "il rapporto fra attività formativa prodotta e risorse investite" e "la qualità dell'offerta", e gli aspetti di maggiore criticità come "il ritardo dell'avvio del sistema informativo" o "il ritardo fra organizzazione del lavoro e tempi della formazione".

In alcuni PAF la valutazione riguarda invece l'attuazione del Piano stesso attraverso il monitoraggio periodico della realizzazione degli eventi programmati al fine di garantire la risposta al fabbisogno, oppure di riconvertire quote di *budget* non utilizzate. Nell'Azienda USL di Imola per esempio

nel corso dell'anno, nell'ambito del coordinamento sistematico della rete dei referenti, sono programmati momenti di monitoraggio e verifica dell'andamento attrattivo del PAF con report trimestrali e con analisi di fattibilità dei restanti corsi programmati. Qualora emergesse [...] il non utilizzo di quote di budget assegnate, queste [...] saranno ridistribuite tra le articolazioni ...

Anche la valutazione dell'apprendimento e del gradimento viene affrontata: sia intesa semplicemente come opportunità che il programma di ECM offre per rafforzare la cultura della valutazione in ambito formativo, sia come riflessione più approfondita sulle metodologie e sugli strumenti utilizzati. In alcuni casi costituisce un obiettivo strategico da sviluppare anche attraverso progetti sperimentali, come per esempio nell'Azienda ospedaliera di Modena in cui, per il 2004, è stata progettata un'attività valutativa centrata sugli esiti del processo di apprendimento a diversi livelli: "gradimento della didattica, apprendimento dei contenuti, impatto dell'attività formativa sul lavoro quotidiano".

Infine, il processo stesso di costruzione di un PAF è in parte un processo di valutazione. Alcune Aziende hanno esplicitato infatti nei loro Piani i criteri che sono stati utilizzati per selezionare le iniziative da includere tra quelle proposte al termine della rilevazione dei bisogni. In genere i criteri riguardano la congruenza con gli obiettivi strategici, la ricaduta assistenziale e la compatibilità economica.

4.5. Le metodologie formative

La formazione sul campo viene citata come obiettivo della programmazione in 20 PAF, anche se raramente vengono descritte le strategie che saranno utilizzate per sostenerne lo sviluppo. Si veda a questo proposito ad esempio il percorso formativo sperimentato dall'Azienda USL di Ferrara per animatori aziendali della formazione sul campo rivolto ai coordinatori delle figure sanitarie (*Paragrafo 8.4*).

Emerge, inoltre, frequentemente e in modo piuttosto esplicito la considerazione per le metodologie formative che coinvolgono i discenti con modalità interattive, anche fuori dall'aula. Il Policlinico di Modena ha, per esempio, anche utilizzato tecniche teatrali applicate alla formazione per la gestione del conflitto.

Una crescente, anche se ancora cauta, attenzione si sta sviluppando per l'*e-learning*. Sono state proposte sperimentazioni di formazione a distanza, di preparazione dei *tutor* (per esempio il progetto dell'Azienda USL di Piacenza), di programmi di autoapprendimento integrati con reti informative e banche dati (si veda il progetto dell'Azienda USL di Reggio Emilia).

5. Interessi commerciali in sanità e formazione per l'ECM

5.1. Un principio e diverse pratiche

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.

Un requisito essenziale delle iniziative di Educazione continua in medicina è l'indipendenza da interessi commerciali nel campo sanitario. Un evento o un programma didattico può essere accreditato per l'ECM solo se l'organizzatore è in grado di garantire che l'informazione e l'attività formativa che offre è obiettiva e non influenzata da interessi diretti o indiretti che ne possano pregiudicare l'esclusiva finalità educativa.

Nell'ambito del sistema di ECM, 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:

1. chi ha il ruolo di accreditatore/valutatore possa anche svolgere attività di organizzatore di formazione per l'ECM e viceversa (valutatore/valutato) (si veda tra l'altro il primo Accordo nazionale ECM del 20 dicembre 2001);
2. 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 (si veda tra l'altro la Legge 326/2003 che richiede ai relatori e agli organizzatori di eventi formativi per l'ECM di produrre una dichiarazione sull'eventuale conflitto di interessi);
3. un evento o un programma per l'ECM possa essere sostenuto attivamente da chi ha interesse a orientarne l'andamento per proprie finalità commerciali.

Le interpretazioni e le applicazioni pratiche del principio che vieta i conflitti di interesse di quest'ultimo scenario, relativo alla possibile influenza di imprese con interessi commerciali in campo sanitario sull'organizzazione di eventi da accreditare per l'ECM, tuttavia, differiscono sensibilmente e si possono verificare almeno quattro possibili situazioni:

1. l'evento non è finanziato direttamente, ma eventualmente esistono altre forme di supporto più di carattere generale per l'attività formativa dell'organizzazione;
2. l'evento è finanziato direttamente ma un contratto esplicito regola le modalità della sponsorizzazione e rende trasparenti le responsabilità;
3. il finanziamento esiste, ma viene gestito in modo ambiguo e senza una formalizzazione;
4. l'evento accreditato è finanziato proprio per sostenere un determinato prodotto.

La Regione Emilia-Romagna, con la delibera 1072/2002 che ha avviato il sistema di accreditamento per l'ECM regionale, ha deciso di non prendere in considerazione iniziative direttamente finanziate da imprese con interessi commerciali nel campo sanitario. Per questo motivo è richiesto agli organizzatori di corredare le proprie proposte con un'autocertificazione che escluda l'uso di fonti di finanziamento dirette (anche parziali) provenienti da organizzazioni che abbiano interessi commerciali nel campo sanitario.

Il contributo alle attività di formazione delle Aziende sanitarie da parte di imprese farmaceutiche o di altre aziende con interessi commerciali in campo sanitario è eventualmente possibile, ma solo se riguarda il complesso del Piano annuale formativo e non singoli specifici eventi.

Recentemente, inoltre, la Regione ha proposto alle aziende farmaceutiche e di produzione di attrezzature e materiali sanitari di concorrere assieme al finanziamento di un fondo regionale unico destinato al Progetto Ricerca e innovazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna (PRI E-R) che è coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale. La proposta ha suscitato notevole interesse e con le risorse raccolte vengono ora sostenute le attività di ricerca, informazione e formazione continua necessarie allo sviluppo dei diversi filoni di studio previsti (dall'assistenza allo *stroke* alla valutazione di farmaci in campo oncologico, alla radioterapia intraoperatoria nel tumore della mammella, ecc.).

L'*Accreditation Council for Continuing Medical Education* (ACCME <http://www.accme.org>), che negli Stati Uniti da molto tempo si occupa dell'accREDITAMENTO dei *provider*, ha nello scorso ottobre aggiornato la propria posizione in merito alle sponsorizzazioni pubblicando un documento dettagliato di regole e procedure (*2004 Updated ACCME Standards for Commercial Support*).

Il Ministero della salute italiano non riconosce alle imprese farmaceutiche la possibilità di presentare direttamente proposte di accREDITAMENTO di eventi, ma accetta di prendere in considerazione eventi con sponsorizzazioni se presentati da altri organizzatori di formazione. Per valutare tali proposte, i *referee* utilizzano alcune raccomandazioni della Commissione nazionale per l'ECM. Le regole non sono evidentemente molto chiare e si sono osservati casi di comportamenti non omogenei.

Nel 2004 oltre il 65% dei 4.184 eventi residenziali proposti da organizzatori dell'Emilia-Romagna e accREDITATI dal Ministero aveva sponsorizzazioni. Tra questi vanno segnalati anche 301 eventi inviati da Aziende sanitarie pubbliche che non sarebbero stati presi in considerazione per un eventuale accREDITAMENTO regionale.

In questo ambito è importante ricordare la legge 326/2003 perché, oltre a imporre la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi ai docenti che partecipano a eventi per l'ECM, modifica il DLgs 541/1992 cioè la norma che regola la pubblicità dei medicinali secondo gli indirizzi della Direttiva CEE 28/1992. Vengono definiti tra l'altro anche i vincoli (art. 12) per le iniziative formative (convegni, congressi, seminari, ecc.) che le imprese farmaceutiche organizzano direttamente o sponsorizzano con l'esplicito obiettivo di diffondere un proprio prodotto. Sono definiti anche alcuni vincoli alle spese come

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

La legge 326/2003 impone anche alle imprese farmaceutiche interessate a organizzare direttamente o a sponsorizzare un'iniziativa formativa, di chiedere una specifica autorizzazione al Ministero della salute, ora all'Agenzia italiana del farmaco.

Con l'introduzione della normativa sull'ECM, praticamente per tutti questi eventi, che sono organizzati o sponsorizzati direttamente da imprese farmaceutiche con l'esplicita ragione di propagandare un proprio prodotto, viene richiesto l'accreditamento per l'ECM.

Il DLgs 541/1992 era antecedente all'introduzione dell'ECM e ora avviene che per lo stesso evento l'impresa farmaceutica richiama l'autorizzazione all'AIFA, e l'ente o l'organizzazione che riceve il finanziamento richiama l'accreditamento ECM al settore competente del Ministero. L'evento, il finanziatore e l'interlocutore sono gli stessi, ma le strade sono due e apparentemente non si incontrano.

Con le modifiche introdotte dalla legge 326/2003, se l'iniziativa si svolge in Italia e l'investimento non supera 25.000 €, l'autorizzazione può essere concessa solo dopo avere sentito il parere - ancorché non vincolante - della Regione in cui si dovrà tenere l'evento. In Emilia-Romagna sono state utilizzate queste informazioni anche per chiarire meglio le caratteristiche di tale fenomeno apparentemente paradossale.

5.2. Imprese farmaceutiche e formazione in Emilia-Romagna nel 2004

Il Ministero della salute ha iniziato a inviare nel 2004 anche alla Regione Emilia-Romagna i documenti relativi alle richieste di autorizzazione di eventi formativi che rientrano nell'ambito di quanto previsto dal DLgs 541/1992 modificato dalla legge 326/2003, provenienti dalle imprese farmaceutiche.

Oggi il flusso è gestito dall'AIFA attraverso un sistema informativo accessibile in linea, ma nel 2004 doveva essere organizzato e di conseguenza i dati sono stati frammentari e parziali. In pratica, è stato possibile esaminare solo le richieste pervenute tra l'1 e il 20 gennaio e tra l'1 aprile e il 18 giugno 2004 (complessivamente circa 100 giorni). Le informazioni così ricevute sono effettivamente assai parziali e limitate, ma rappresentano comunque una delle poche fonti attendibili sulle attività di carattere informativo e formativo realizzate dalle imprese farmaceutiche in Emilia-Romagna.

La documentazione che viene trasmessa dal Ministero è raccolta in una scheda con dati generali sull'azienda richiedente, con il titolo, la sede e la data dell'evento, i destinatari, le relazioni tra il tema trattato e la produzione dell'azienda. Nella scheda è segnalata anche l'eventuale richiesta di crediti ECM. Alla scheda sono inoltre allegati il preventivo

analitico delle spese e il programma dell'evento con informazioni anche relative alla qualificazione scientifica dei relatori. Nel caso di eventi organizzati o sponsorizzati da più imprese farmaceutiche, viene anche trasmessa una scheda cumulativa.

Nel 3% delle schede ricevute, le informazioni sono risultate incomplete relativamente al programma dell'evento o alle spese preventivate e per questo sono state utilizzate solo per avere il quadro complessivo degli eventi.

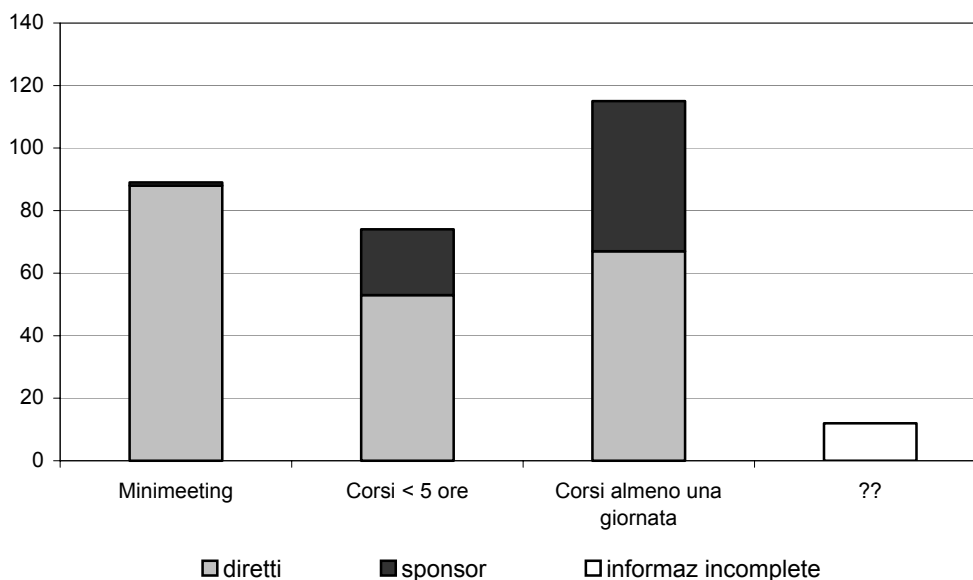
Gli eventi sono stati classificati in tre gruppi principali:

- mini-meeting - iniziative di poche ore realizzate alla sera (che sono state in seguito escluse dal Ministro della salute);
- iniziative brevi - non superiori a mezza giornata;
- corsi e convegni - più impegnativi, almeno di una giornata.

In funzione del ruolo sostenuto dall'impresa farmaceutica, sono stati distinti gli eventi organizzati direttamente da quelli sponsorizzati ad altri, che sostanzialmente sono Aziende sanitarie, Università e Associazioni scientifiche.

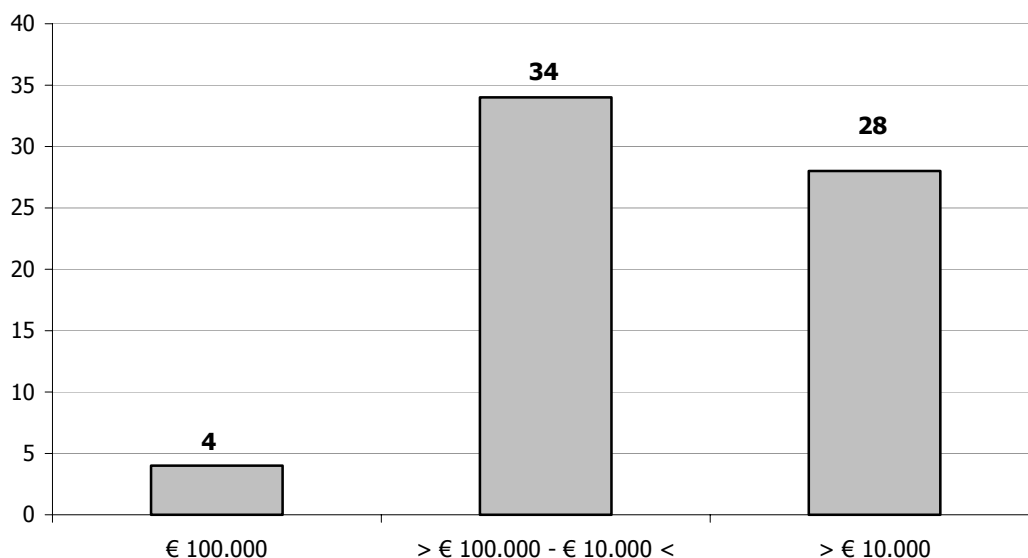
Complessivamente si tratta di richieste per 290 eventi da parte di 67 imprese farmaceutiche. Un quadro sinottico delle informazioni è descritto nella Figura 10, da cui si nota tra l'altro che circa il 40% sono corsi o convegni, circa il 20% iniziative brevi e il restante 30% ha le caratteristiche dei cosiddetti mini-meeting.

Figura 10. Distribuzione degli eventi finanziati da imprese farmaceutiche e realizzati in Emilia-Romagna nel 2004, in base alla tipologia



L'investimento complessivo delle aziende farmaceutiche nei circa 3 mesi esaminati è stato di quasi 2,5 milioni di Euro, con contributi variabili da poche migliaia a diverse centinaia di migliaia di Euro (si veda anche *Figura 11*). È una cifra comparabile con gli investimenti sostenuti nel 2004 dalle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna per la formazione, che per l'intero anno sono stati di circa 9 milioni di Euro.

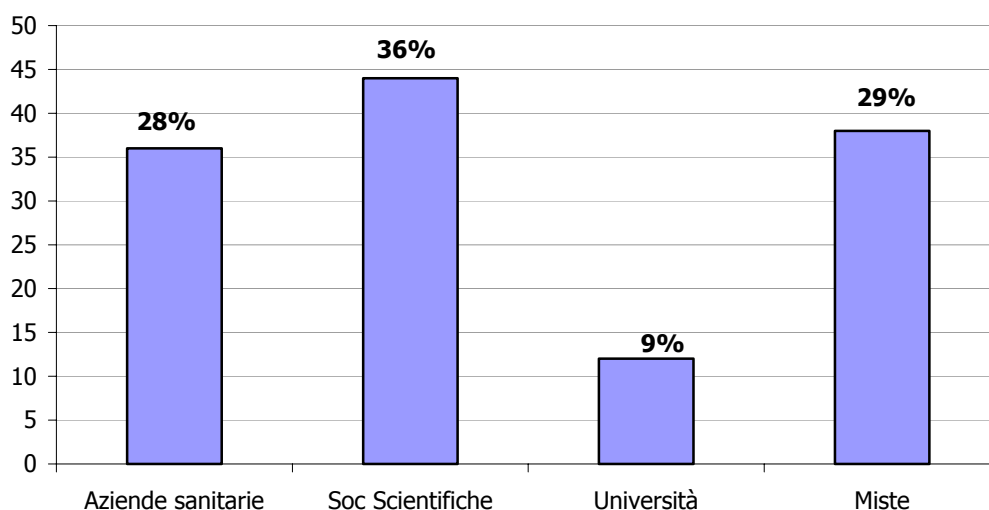
Figura 11. Distribuzione delle imprese farmaceutiche che hanno sponsorizzato od organizzato iniziative formative in Emilia-Romagna in funzione delle risorse spese



Il 60% delle iniziative è stato organizzato direttamente dalle imprese farmaceutiche e tra queste sono compresi tutti i mini-meeting e la maggior parte delle iniziative brevi. Le sponsorizzazioni riguardano soprattutto i corsi o i convegni più impegnativi (80%). Complessivamente hanno interessato 130 eventi di cui il 19% è stato sponsorizzato contemporaneamente da più aziende farmaceutiche.

I principali destinatari delle sponsorizzazioni sono state le Società scientifiche, seguono le Aziende sanitarie e le Università (Figura 12).

Figura 12. Distribuzione percentuale delle sponsorizzazioni di eventi formativi da parte di aziende farmaceutiche in Emilia-Romagna suddivise per i diversi destinatari



Con le informazioni disponibili è difficile entrare nel merito della qualità delle iniziative. Può forse essere interessante valutare il rapporto tra spesa e durata degli eventi: per quelli direttamente organizzati, in media le imprese farmaceutiche hanno speso per un'ora di corso circa 1.270 €; questo rapporto si abbassa a circa 700 € per le sponsorizzazioni realizzate da un'unica impresa; supera i 2.500 € quando un evento è sponsorizzato da più imprese farmaceutiche. Si ricorda che il costo orario medio di un'ora erogata dalle Aziende sanitarie era stato nel 2004 di 144 € (si veda *Capitolo 3*). Nel 2005, come si è detto, la situazione non si è modificata, ma contando sulla completezza della banca dati dell'AIFA sarà possibile valutare il fenomeno più in dettaglio.

6. Punti controversi e prospettive

Il 2004 è stato principalmente un anno di assestamento per l'ECM, ma ha lasciato aperte molte questioni che rischiano di diventare gravi. Vengono qui proposte alcune considerazioni in modo alquanto schematico che dovrebbero servire di traccia alla discussione e al confronto che si intende avviare con questo *Rapporto*.

6.1. A livello nazionale

Il Ministero della salute e le Regioni con l'Accordo del 20 maggio 2004 avevano convenuto di trovare una soluzione congiunta al problema dell'accreditamento dei *provider*. Presso il Ministero della salute ne sono registrati circa 11.000 ed è evidente che molti tra questo sono, nella migliore delle ipotesi, solo agenzie per l'organizzazione di eventi e non centri di formazione qualificati. Al fine di definire requisiti e criteri per la valutazione e, quindi, l'accreditamento dei *provider*, era stata nominata una Commissione ristretta presso il Ministero della salute, composta anche da esperti della Commissione nazionale per la formazione continua e delle Regioni. Il documento prodotto da questa Commissione nel luglio 2004 ha ottenuto un largo consenso, ma è rimasto in un cassetto. Simile sorte è toccata al documento prodotto dalla stessa Commissione ristretta, con il quale si propone un sistema organico di pesatura dei crediti che tiene conto delle diverse modalità di formazione, residenziale, sul campo e in autoapprendimento.

Finora in 16 Regioni sono stati avviati concretamente sistemi di accreditamento come descritto anche nell'Allegato B che contiene il quadro sinottico degli atti formali più significativi. Nonostante l'emanazione degli atti formali, tuttavia, le Regioni davvero in grado di realizzare concretamente i processi di accreditamento sono poche e il Ministero riceve ancora una grande quantità di eventi da accreditare che mettono a dura prova le capacità operative esistenti. Occorre registrare anche che alcune Regioni hanno adottato soluzioni che si distinguono decisamente dalle modalità condivise, come ad esempio la Lombardia (deliberazione n. VII/18576 del 5 agosto 2004).

In questa situazione, molti si chiedono se il sistema multipolare di accreditamento che è stato impostato, soprattutto alla luce delle difficoltà nel rendere praticabili e operative le linee guida di comune indirizzo, sia davvero in grado di garantire uno sviluppo armonico e coordinato dell'ECM su scala nazionale. L'esigenza condivisa di avere maggiore coordinamento e collaborazione fra le Regioni e con il livello nazionale ha portato nell'ultima Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2005 alla proposta di un Centro nazionale per l'ECM, un organismo centralizzato a carattere sia tecnico che politico cogestito. I mutamenti politici recenti rendono ancora più aperta la situazione.

Più avanti è andato invece il progetto pilota finalizzato alla costruzione di un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM. Il Ministero della salute ha affidato alla Regione Emilia-Romagna con una Convenzione l'incarico di coordinare i lavori, a cui hanno aderito anche la Campania, il Lazio, la Lombardia, le Marche, le Puglia, la Toscana, la Provincia di Trento, la Val d'Aosta e il Veneto. Il progetto prevede che venga impostato un sistema di valutazione su quattro dimensioni:

- la coerenza tra i progetti accreditati e l'effettiva realizzazione;
- la qualità degli organizzatori di formazione da valutare sia attraverso il modo con cui viene gestita l'aula negli eventi residenziali, sia attraverso l'analisi dell'uso che viene fatto dei sistemi di valutazione;
- la qualità di alcuni processi formativi di larga diffusione;
- l'analisi comparata dei modelli regionali di accreditamento e di formazione continua.

A livello nazionale vanno anche citati i nuovi contratti collettivi di lavoro degli operatori del SSN sia dell'area del comparto sia della dirigenza e anche quelli che riguardano i medici di medicina generale e i medici specialisti ambulatoriali. Andranno meglio approfonditi, ma il tema della formazione continua è presente in tutti come obbligo sia per gli operatori a parteciparvi sia per le Aziende a creare le condizioni perché ciò avvenga. Sembra anche che ci sia una maggiore attenzione all'integrazione dei programmi formativi.

6.2. In Emilia-Romagna

In Emilia-Romagna il sistema di accreditamento è ormai sufficientemente rodato e l'attenzione andrebbe rivolta prevalentemente ai problemi della valutazione della qualità della formazione e allo sviluppo di processi di formazione continua coerenti e utili con il miglioramento del governo dell'assistenza e l'attenzione alle innovazioni tecnologiche e organizzative.

L'offerta di crediti ECM, almeno quella governata dalle Aziende sanitarie, è sufficiente sul piano della quantità pur senza configurarsi come una febbre da crediti ECM come era stato nel 2003.

Il numero di iniziative accreditate di apprendimento sul campo non è stato piccolo (675 tra il 2003 e il 2004), anche se in termini percentuali è ancora modesto (circa il 6%). Ciò è stato determinato soprattutto dalle migliori capacità di progettazione che si sono intanto sviluppate e anche dal maggiore numero di crediti che è possibile ottenere con una singola iniziativa (il tetto è stato portato da 7 a 15).

La discussione degli anni passati sulle potenzialità della formazione a distanza si è fortemente ridimensionata perché le sperimentazioni avviate - in particolare quella coordinata dalla FIASO e quelle promosse dalla Commissione nazionale - non hanno finora portato indicazioni significative. Le difficoltà denunciate a suo tempo, e tra queste la completezza della rete informatica, la compatibilità dei *software*, le competenze e gli

atteggiamenti dei discenti, l'adeguatezza dei cataloghi di prodotti didattici, la presenza e la preparazione di *tutor*, si sono dimostrate del tutto realistiche e non facili da superare. Anche a livello regionale le sperimentazioni sono state modeste.

La novità principale del 2004, tuttavia, è stata la Legge regionale 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del SSR" per i cambiamenti profondi che introduce in particolare riguardo alla formazione. Nel testo si riconosce, infatti, che il Servizio sanitario regionale - per poter sviluppare le proprie funzioni di assistenza, al livello di complessità e di qualità richiesto - è necessariamente anche sede di funzioni di ricerca e di formazione permanente che coinvolgono tutte le strutture e gli operatori.

Anche al fine di governare meglio questi aspetti viene istituito un nuovo organo aziendale, il Collegio di direzione, tra le cui funzioni c'è quella di presiedere all'elaborazione del programma aziendale di formazione permanente. In questo modo viene enfatizzato ancor più lo stretto collegamento che esiste tra gli strumenti del governo clinico e della formazione. Anche le riflessioni sulle modalità e sulle competenze per la formulazione e per la valutazione del Piano annuale formativo (*Capitolo 4*) assumono una rilevanza nuova alla luce di questa situazione.

Integrato con questi aspetti è poi il problema delle innovazioni nel sistema sanitario e della necessità di sviluppare capacità e programmi che siano in grado di verificare l'efficacia clinica, le implicazioni organizzative e le necessità formative che possono condizionarne la piena utilizzazione. Il Programma regionale di Ricerca e innovazione (PRI E-R) coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale, avviato con la finalità generale di introdurre la funzione di ricerca e di innovazione fra le attività ordinarie, sistematiche e continuative delle Aziende sanitarie, sta muovendo i primi passi. Il PRI E-R non è un tradizionale programma che produce bandi e offre opportunità di ricerca, avendo i ricercatori come propri destinatari primari. Rappresenta un'opportunità per trasformare le strutture del SSR - e le diverse professioni che in esso operano - da partecipanti a protagonisti di un processo nel quale ricerca e innovazione sono parte integrante dell'operatività del sistema ed elementi di riconversione e ripensamento degli assetti organizzativi e gestionali.

Le tecnologie sanitarie sono intese nel senso più generale, dagli interventi sanitari alle modalità organizzative. A seconda del problema affrontato, saranno sostenute sperimentazioni cliniche allargate, valutazioni e monitoraggi della diffusione e dell'appropriatezza d'uso di una tecnologia o di un programma di intervento, o anche programmi formali di *technology assessment*. Tutte queste attività di ricerca dovranno essere necessariamente integrate con programmi di formazione continua inclusi nel sistema dell'Educazione continua in medicina.

L'Educazione continua in medicina assume in questo nuovo contesto una dimensione e una prospettiva che va ben oltre il meccanismo di accreditamento dei singoli eventi e si inserisce nel quadro della formazione continua degli operatori del Servizio sanitario. È necessario quindi anche da parte del sistema ECM uno sforzo per contribuire a condurre i diversi filoni della formazione degli operatori sanitari a una visione unitaria, sistemica, dinamica e in grado di affrontare le importanti sfide che si presentano.

Su queste basi diventa ancora più importante lo sviluppo della collaborazione con l'Università, che per quanto riguarda l'Educazione continua in medicina è rimasta a livelli decisamente insufficienti. Il contesto dell'Emilia-Romagna ha bisogno di nuove regole e di adeguati stimoli, ma - soprattutto dopo l'approvazione della citata legge 29/2004 - offre eccellenti probabilità di produrre iniziative in grado di valorizzare sia la continuità del processo formativo, dalla laurea ai diversi livelli di specializzazione e aggiornamento sul lavoro, sia la forza dell'integrazione di risorse, sedi e opportunità di costruire esperienze.

6.3. Osservazioni della Consulta regionale per la formazione in sanità

La Consulta regionale per la formazione in sanità della Regione Emilia-Romagna (vedi anche *Paragrafo 1.2*) è composta dai rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni degli operatori sanitari che hanno l'obbligo dell'ECM e ha la funzione di raccogliere e formulare giudizi e suggerimenti in merito allo sviluppo dei processi di Educazione continua in medicina.

I membri della Consulta hanno condiviso questo *Rapporto*, ma nell'esaminarlo hanno anche sottolineato alcune considerazioni rilevanti, in merito soprattutto a tre aspetti: il riconoscimento dei crediti, la copertura dell'obbligo di ECM e le possibilità di collaborazione con il Servizio sanitario regionale nella produzione di offerte formative importanti.

È stata riconosciuta in modo unanime l'ampiezza e la qualità dell'impegno delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna nel campo dell'ECM, ma è stato anche rilevato che in alcuni casi la trasmissione degli attestati con i crediti ai partecipanti subisce ritardi cospicui.

In questo contesto è stato anche considerato il tema dell'anagrafe generale dei crediti, confermando la necessità che venga costituita presto in modo da offrire garanzie istituzionali alla continuità del processo di ECM. La realizzazione dell'anagrafe, alla quale sta lavorando da anni la FNOMCeO, si dovrebbe aggiungere al *portfolio* personale dei crediti che ogni professionista dovrebbe avere e alle informazioni sui propri operatori necessarie per l'accredimento delle strutture sanitarie.

La normativa sull'ECM riguarda solo i professionisti della sanità che hanno rapporti di lavoro, anche indiretto, con il Servizio sanitario nazionale. Questa condizione, che caratterizza il modello italiano, suscita discussioni soprattutto in alcune Associazioni sull'opportunità di estendere l'obbligo a tutti gli iscritti. Nei codici deontologici di tutte le professioni sanitarie, tuttavia, è incluso esplicitamente un richiamo all'obbligo della formazione continua. Il problema dell'estensione dell'obbligo assume però una rilevanza particolare nel settore dell'assistenza socio-sanitaria, che in questi anni sta subendo rilevanti trasformazioni, e per il quale è stata sottolineata l'opportunità di riesaminare la normativa in materia.

Si è convenuto a livello nazionale che agli Ordini e ai Collegi - che hanno un ruolo fondamentale nella valutazione della formazione degli operatori - sia riconosciuta anche la possibilità di organizzare direttamente iniziative didattiche attinenti agli aspetti

deontologici. Pur comprendendo le ragioni di questa scelta limitata, nella Consulta sono state sottolineate le competenze culturali che esistono negli Ordini, nei Collegi e nelle Associazioni e l'importanza di un loro maggiore coinvolgimento, soprattutto in quei processi formativi che affrontano il ruolo degli operatori e il funzionamento delle organizzazioni sanitarie. È stata quindi auspicata, anche in base a quanto previsto dalla delibera della Giunta regionale sull'ECM, una maggiore collaborazione con le Aziende sanitarie e una presenza più significativa nei Piani annuali di formazione e nella progettazione e organizzazione di iniziative didattiche da accreditare presso la Regione. In particolare sono stati citati come campi di possibile sviluppo la formazione dei *tutor* e il sostegno formativo nella sperimentazione di innovazioni dei modelli assistenziali. È stato anche proposto il coinvolgimento negli studi di valutazione della qualità della formazione che saranno promossi dalla Commissione regionale per l'ECM.

Seconda parte.

Dalla parte degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie

7. L'Area vasta Emilia Nord

7.1. I denominatori comuni¹

La formazione del personale nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, a partire dalle riforme avviate in sanità con la Legge 502 del 1992 e seguenti, ha assunto la struttura e le caratteristiche di strumento strategico per lo sviluppo delle competenze degli operatori e per la valorizzazione di un patrimonio di conoscenze e competenze professionali, relazionali e organizzative finalizzate al conseguimento degli obiettivi principali.

Avere radici storico-legislative comuni e partecipare a un tavolo regionale che ha stimolato nel tempo lo sviluppo del sistema, ha contribuito a far adottare, pressoché in tutte le Aziende, principi/fondamenti comuni così sintetizzabili:

- forte collegamento della formazione ai processi di lavoro, che si è concretizzato attraverso l'implementazione di processi di analisi del fabbisogno e la costruzione di percorsi formativi compartecipati e condivisi, e in un forte investimento nella formazione interna;
- coinvolgimento e negoziazione con i professionisti, richiamando le dimensioni del diritto e del dovere che la formazione aziendale rappresenta;
- coerenza del Piano formativo con il Piano strategico aziendale da cui si estrapolano i valori che orientano e connotano le competenze trasversali.

Anche le dimensioni strutturale e organizzativa esprimono questo modello di riferimento: la funzione formazione è collocata in *staff* alla Direzione generale, più o meno contigua, ma comunque sempre collegata al Sistema Qualità aziendale, e con una chiara vocazione gestionale a fianco di quella più tradizionale.

Dal punto di vista organizzativo, in tutte le Aziende sono presenti - a fianco della struttura organizzativa centralizzata - reti più o meno formalizzate di referenti e/o animatori a confermare una preoccupazione costante di coinvolgimento ai diversi livelli di tutti gli operatori presenti e aventi diritto all'aggiornamento.

I processi principali che sottendono le attività fanno sostanzialmente capo a:

- costruzione del Piano annuale formativo, che comprende l'analisi di fabbisogno sul fronte dei professionisti e l'individuazione degli obiettivi strategici aziendali da perseguire/sostenere sul fronte della Direzione;
- progettazione e gestione dei percorsi formativi in Azienda e loro valutazione finale;
- supporto ai Dirigenti dei centri gestionali che contraggono obiettivi nel *budget* annuale.

¹ Lodovica Cavalli, Azienda USL di Piacenza.

A partire dal 2002 la formazione del personale delle Aziende sanitarie è stata oggetto di attenzione e riflessione da parte del livello ministeriale e del livello regionale: è stata infatti applicata la legge sull'accreditamento delle strutture sanitarie ed è stata varata quella sull'Educazione continua in medicina che definisce per ciascun anno solare un numero di crediti formativi da acquisire da parte di tutti gli operatori sanitari per garantire l'aggiornamento delle competenze specifiche e l'acquisizione di nuove conoscenze scientifiche, tecnologiche e organizzative. Le funzioni preposte dell'Azienda si sono riorganizzate per assumere le nuove regole, supportare i responsabili e mettere tutti gli operatori nelle condizioni di accedere a iniziative accreditate.

In particolare, l'attuazione del modello regionale di accreditamento delle strutture ha comportato il rinforzo dei processi di comunicazione e partecipazione dei professionisti, la messa a regime dei percorsi di inserimento dei nuovi assunti e ha richiesto un maggiore investimento nei processi di valutazione e analisi della ricaduta operativa, questioni queste ultime oggetto di discussioni, ma fino ad ora poco praticate.

Per supportare il processo di accreditamento delle strutture è stato inoltre notevolmente incrementato l'investimento sull'area del governo clinico.

L'avvento dell'Educazione continua in medicina ha invece determinato la necessità di acquisire il ruolo di *provider* e per qualcuno la certificazione di qualità con un impegno improrogabile nella riformulazione dei processi, ma soprattutto ha significato un forte incremento delle attività nelle sue diverse tipologie:

- formazione strategica,
- formazione a supporto delle competenze trasversali,
- formazione di specifico professionale.

Nell'ambito della valorizzazione di nuovi approcci e introduzione di innovazioni sperimentali per un ampliamento dell'apporto specifico, si è investito sostanzialmente in:

- impulso alla formazione interna e valorizzazione del know how aziendale;
- implementazione della formazione sul campo;
- sperimentazione congiunta della formazione a distanza sostenuta dal "Fondo di modernizzazione" regionale.

7.2. Le aree prioritarie di formazione²

Per il triennio 2002-2004, aree tematiche di formazione prioritarie e coerenti con il Piano delle azioni regionali, sono state la gestione del rischio clinico, la formazione sugli aspetti multiculturali ("Dune, prendersi cura nelle diverse etnie"), la formazione per l'emergenza urgenza e la formazione nelle cure primarie.

Il percorso sulla gestione del rischio clinico è composto da sei tipologie differenti di eventi: prevede una formazione orientata all'acquisizione di conoscenze di base e all'adozione di atteggiamenti culturali facilitanti questa attività nella propria Unità

² Francesca Novaco, Azienda USL di Modena.

operativa, momenti formativi sugli aspetti metodologici e un addestramento all'uso degli strumenti specifici. Sono state organizzate 28 edizioni per un totale di 285 ore di formazione con il coinvolgimento di 867 operatori. Ad oggi, è avviato un sistema di gestione del rischio attraverso la metodologia dell'*incident reporting* in tre Dipartimenti aziendali.

Il percorso "Dune, prendersi cura nelle diverse etnie" prevede un corso base e una serie di seminari di approfondimento su tematiche specifiche, quali la salute della donna immigrata, del neonato e del bambino, le problematiche della seconda generazione, la profilassi delle malattie infettive e la relazione di cura con le vittime di tortura. Nel corso delle 27 edizioni proposte, per 550 ore di formazione sono stati coinvolti 879 operatori. È previsto nel corso del 2005 lo sviluppo di nuovi percorsi formativi su determinati aspetti del tema e sulle caratteristiche culturali e sociali delle etnie di più recente diffusione sul territorio.

Alla formazione sull'emergenza-urgenza si sono avuti 6.417 partecipanti per un totale di 3.559 ore di formazione, distribuite in 452 edizioni. Sono previsti su questa tematica 11 tipologie di eventi che vanno dal corso di base, al corso pediatrico a quelli di tipo di avanzato. Lo scopo di questa formazione è giungere a un miglioramento globale dell'assistenza in tutte le situazioni di emergenza, a un miglioramento dell'assistenza ai gravi traumatizzati in fase acuta (con la rilevazione di indicatori delle morti precoci, di quelle tardive e delle morti evitabili), per poter avere procedure condivise e omogenee all'interno della rete *Hub and spoke*.

Nell'ambito della formazione nelle cure primarie si sono definiti protocolli operativi specifici con MGFORM e PEDIAFORM, le reti di formazione dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS). Lo scopo di questi accordi è:

- organizzare e coordinare la formazione per la medicina generale e la pediatria di libera scelta integrandola nel piano formativo aziendale anche ai fini dell'accREDITAMENTO ECM;
- valutare la pertinenza delle iniziative formative con i bisogni dei MMG e PLS e i piani di sviluppo aziendale;
- promuovere, coordinare e indirizzare la realizzazione di programmi di formazione dei MMG e PLS;
- rilevare i bisogni formativi e di supporto connessi al cambiamento organizzativo in atto per l'integrazione delle diverse professionalità;
- progettare le attività formative ECM a sostegno delle cure primarie utilizzando in tutte le fasi del processo formativo sinergie con gli attori più significativi.

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

In questa ottica si è avviato un corso di *management* socio-sanitario con la finalità di far acquisire e sviluppare competenze manageriali in chi deve ricoprire nuovi ruoli nei processi di erogazione dell'assistenza primaria, facilitando percorsi di integrazione con l'ospedale, con altre articolazioni territoriali e con i Comuni, con obiettivi di integrazione ospedale-territorio, territorio-territorio e socio-sanitaria secondo i modelli organizzativi in corso di definizione.

7.3. La formazione per l'ECM nell'Azienda USL di Parma³

I percorsi formativi intrapresi dall'Azienda USL di Parma si sono sviluppati, nel triennio 2002-2004, nel contesto di una costruzione di sistema favorevole allo scambio di informazione col territorio provinciale e a supporto della caratterizzazione propria dello stesso territorio provinciale, con riguardo alla collaborazione e integrazione con le realtà istituzionali, produttive e sociali.

Coerentemente ai suddetti principi ispiratori, le aree didattiche sviluppate sono state focalizzate soprattutto nelle seguenti specialità:

- sicurezza alimentare,
- alcolismo e tossicodipendenze,
- prevenzione e cura dei tumori femminili: Mammotool.

Il "sistema Parma", rappresentato in particolare dalle note filiere agroalimentari del prosciutto e del parmigiano reggiano, e della filiera produttiva generale dell'Area vasta, ha indotto un'attenzione particolare alla realizzazione formativa, volta tra l'altro ad aprire e sensibilizzare nel tempo tra gli operatori coinvolti una cultura internazionale.

Gli spazi di formazione hanno creato pertanto momenti di riflessione e confronto tra gli attori del controllo ufficiale della sicurezza alimentare in Italia, in ragione e nella dimensione del principio di equivalenza, onde trarne suggerimenti e orientamenti per la definizione di adeguate linee guida operative, traducibili in capacità di analisi del rischio e di ripartizione di responsabilità e competenze.

Nel biennio sono stati realizzati eventi formativi che hanno interpretato e integrato l'evolversi dell'approccio alla politica europea:

- "Filiera del latte e dei prodotti a base di latte",
- "Il ruolo dei produttori e degli organi di vigilanza",
- "Principi e metodi dell'accreditamento qualità per i servizi di controllo ufficiale".

Il progetto di formazione per gli operatori delle alcol- e tossicodipendenze della rete dei servizi della provincia di Parma realizzati nel triennio 2002-2004, ha coinvolto professionalità del servizio pubblico aziendale, in un contesto dialogante con altri soggetti attori del settore, ovvero con il privato sociale, con gli operatori dei servizi di primo intervento, con le associazioni di volontariato.

³ Alda Cozzi, Azienda USL di Parma.

I contenuti formativi sono stati elaborati previa ricognizione di un fabbisogno multidisciplinare, coerentemente agli obiettivi indicati dalle direttive regionali e aziendali, per raggiungere un modello tecnico di intervento condivisibile dagli operatori del Pubblico e del Privato sociale, migliorandone l'aspetto comunicativo.

Sono stati decodificati:

- contenuti culturali-scientifici:
 - dinamiche familiari
 - doppia diagnosi
 - alcolismo e comorbidità nelle patologie alcolcorrelate
 - immigrazione e dipendenze tra culture a confronto
- contenuti tecnico-metodologici:
 - lavoro in *équipe*
 - terapia sistemico-familiare
 - auto-mutuo-aiuto
 - colloquio motivazionale
 - alcolologia in un programma residenziale
- contenuti legislativi:
 - *mission* dei servizi pubblici
 - *iter* giudiziario e carcere
 - alcool e idoneità alla guida
- auto-formazione:
 - auto-formazione in area psicologico-psichiatrico
 - auto-formazione in area educativa

L'Azienda, sensibile a una sempre crescente domanda di intervento, ha sperimentato un approccio educativo interattivo per l'interpretazione di immagini mammografiche.

Il Mammotool rappresenta uno strumento didattico e di aggiornamento, attraverso cui il professionista radiologo può rivedere i casi refertati in modo errato, abbinandoli sia con la diagnosi esatta che con l'esito dell'esame anatomo-patologico; in base alla tipologia di errori riscontrata, il sistema fornirà automaticamente le voci bibliografiche necessarie per gli approfondimenti sull'argomento.

Può tradursi, in buona sostanza, in un programma di autovalutazione basato su computer, che presenta *teaching files* mammografici simulando una sessione di refertazione di mammografie di *screening*.

7.4. Conclusioni⁴

Dalla lettura comune dei dati relativi all'ultimo triennio dell'attività formativa svolta nelle Aziende dell'Area vasta Emilia Nord emergono tre caratteristiche comuni:

- progressivo aumento quantitativo delle ore di formazione
 - 2002: 14.379 h
 - 2003: 18.892 h
 - 2004: 21.985 h
- diminuzione dei tempi di durata dei corsi;
- forte aumento delle attività relative alla gestione del processo di accreditamento dei corsi. Attività caratterizzate da ripetitività e debole attenzione alle connessioni fra apprendimenti e organizzazione del lavoro.

Oltre a queste caratteristiche un ulteriore dato sul quale convergere l'attenzione è quello relativo all'elaborazione dei questionari di gradimento: valori bassi, rispetto alla media delle risposte date, sono attribuiti prioritariamente alle domande

Prima di frequentare il corso, Le erano chiari gli obiettivi dell'Azienda che avevano portato alla decisione di attivare il corso stesso?

Il corso è stato coerente a ciò che penso il mio dirigente si aspetti dal mio lavoro?

che indagano il livello di coerenza fra gli apprendimenti proposti e l'organizzazione del lavoro. Da queste informazioni si legittima la preoccupazione che uno dei possibili problemi principali dei sistemi formativi sia la generazione di confusione determinata dalla produzione di un alto numero di informazioni non verificabili esperienzialmente dai professionisti.

Se si utilizza come riferimento teorico il processo di *sense making* descritto da Karl Weick (prendo in considerazione l'esperienza di apprendimento; la confronto con la realtà organizzativa; attribuisco significati alle discrepanze; costruisco una nuova percezione della realtà organizzativa), si può pensare che un rischio attuale dei modelli formativi sia nella condizione di essere generatori di sottosistemi di significato (di categoria professionale o di unità operativa o dipartimento, ecc.) che si differenziano dai sistemi di significato aziendalemente condivisi precarizzando di fatto le premesse necessarie per la costruzione e gestione di un progetto di salute per la propria comunità di riferimento. In altri termini se, citando Argyris

il successo di un'organizzazione dipende dal comportamento delle persone, dal modo in cui essa riesce a motivare i suoi membri a partecipare, cioè ad accettare gli scopi dell'organizzazione e a contribuire al loro raggiungimento; in pratica dal modo in cui essa ottiene e legittima la profonda adesione dei suoi membri,

il prevalere di culture professionali o di sottosistema può determinare un diverso orientamento degli obiettivi di lavoro che può rendere difficile il raggiungimento degli scopi aziendali.

⁴ Corrado Ruozi, Azienda USL di Reggio Emilia.

Da queste considerazioni esitano alcune domande autoriflessive utili a recuperare il *link* fra apprendimento e esperienza:

- quanto ci preoccupiamo di collegare gli apprendimenti che proponiamo ai valori aziendali?
- quanta attenzione abbiamo nel ricercare la coerenza fra i profili di competenza e i *curriculum* formativi?
- quanto riusciamo a informare i professionisti su quali sono i comportamenti professionali attesi?
- quanto riusciamo a far precedere le azioni organizzative agli apprendimenti?

8. “La mappa non è il territorio” e serve per orientare il cammino. Area vasta del Centro

8.1. Introduzione

Questo contributo comprende tre interventi trasversali alle tre Aziende.

Nel primo intervento si intende trattare della progettazione della formazione, di come si è modificata dopo l'avvento dell'ECM e delle dinamiche che ha innescato tra formazione aziendale e professionisti.

Nella seconda relazione si sostiene come l'introduzione della cultura ECM ha modificato l'atteggiamento di tutti i professionisti - medici compresi - rispetto al tipo di richieste formative proposte, producendo un'attenzione diversa a connettere la richiesta formativa al raggiungimento di obiettivi definiti.

Nella terza relazione si vuole mettere in evidenza come si è passati dalla necessità di riconoscere la formazione sul campo (per garantire crediti ai professionisti) alla valorizzazione di questa metodologia formativa come eccezionale opportunità di apprendimento.

8.2. La progettazione: una bussola per esplorare il territorio e per conoscere le diverse tribù professionali⁵

È indubbio che l'introduzione del programma di ECM comporta degli scenari nuovi nel mondo della formazione in sanità. In particolare in questo contributo vorrei focalizzare l'attenzione sul processo di progettazione e su come l'introduzione del programma di ECM ha contribuito a sviluppare questa competenza in modo diffuso tra i professionisti delle Aziende sanitarie, che hanno imparato a progettare eventi formativi sicuramente in modo più rigoroso rispetto al passato. È un chiaro esempio di come un vincolo - nel nostro caso la compilazione delle schede di progettazione di un evento formativo per l'accreditamento ECM - possa diventare un'opportunità di apprendimento.

⁵ Anna Castellucci, Azienda USL di Bologna.

Apprendere a progettare implica imparare a porsi domande rispetto agli apprendimenti che si vogliono raggiungere, alla loro successione temporale e agli strumenti e metodologie da utilizzare e consente anche di lasciarsi andare a un momento creativo, dove - dati gli obiettivi di apprendimento - si individua uno dei possibili percorsi per raggiungerli.

Maurizio Castagna ci ricorda che

la progettazione di un intervento formativo non è un processo logico-sequenziale con risposte giuste e risposte errate. È invece un processo discontinuo, che si svolge in costante dialettica con la realtà circostante e con gli attori che la popolano.

Possiamo sostenere che saper progettare comporta non solo l'acquisizione di una metodologia per organizzare al meglio un evento formativo ma anche l'apprendimento di un approccio mentale che considera come rilevanti comportamenti quali la capacità di individuare e risolvere problemi e di saper ascoltare gli altri, solo per citarne alcuni. Queste capacità sono gemme preziose all'interno delle organizzazioni, vanno accudite e sviluppate in quanto sono portatrici di comportamenti significativi per il sistema dei valori presenti nell'organizzazione stessa.

Il ruolo della formazione aziendale

Ci siamo interrogate, noi tre responsabili della formazione dell'Aziende della Area vasta Centro, su che cosa ha comportato l'introduzione nelle nostre realtà del sistema di Educazione continua in medicina, e la prima cosa che ci siamo raccontate è stata la fatica nel far fronte e nel ridefinire un atteggiamento dei professionisti che, in particolare nei primi tempi, sembrava interessato alla formazione solo per prendere i crediti. La portata culturale innovativa e di rigore dell'ECM veniva invalidata dall'ansia del credito.

D'altronde ogni cambiamento o novità rispetto alle routine comportamentali richiede spesso tempi di assimilazione da parte delle persone e compito della formazione aziendale, in questo caso, era di individuare una strategia capace di rassicurare sull'ansia di accreditamento e, nel contempo, di rilanciare l'aspetto culturale insito nel progetto di ECM. La progettazione è stata un portentoso strumento per questo percorso.

Il percorso

La formazione aziendale ha messo a punto una scheda di progettazione che teneva conto delle indicazioni della Commissione regionale e di quella ministeriale per l'ECM per la presentazione di eventi formativi, corredata di istruzioni per facilitare la compilazione e di allegati già predefiniti per dare omogeneità di procedura all'interno dell'Azienda.

Sono stati organizzati incontri di presentazione e confronto con i referenti della formazione e con chi (direttori/coordinatori corsi) organizza eventi formativi all'interno delle articolazioni organizzative.

Già dai primi incontri si sono presentati sentimenti di timore per un percorso che veniva visto come burocratizzante e slanci di curiosità rispetto alla possibilità di ripensare al processo di progettazione degli eventi formativi in momenti strutturati e condivisi.

Una generalizzata resistenza al cambiamento e la frustrazione di fronte a un compito nuovo hanno comunque segnato i confini del primo periodo di confronto sul come fare progettazione.

La formazione aziendale ha cercato di cogliere positivamente tutte le emozioni e i sentimenti attivati, e ha organizzato delle giornate di formazione all'interno delle diverse articolazioni organizzative, per identificare con chiarezza le difficoltà incontrate e cercando il più possibile di coinvolgere le persone puntando a stimolare e valorizzare le loro competenze.

Questo percorso contribuisce sicuramente a favorire la costruzione di nuove sinergie fra la formazione aziendale e i professionisti coinvolti nella progettazione, realizzazione e valutazione di eventi formativi.

Infatti la necessità di maggiori informazioni e di supporto nella costruzione di progetti/eventi formativi porta gli attori coinvolti a chiedere consulenza e confronto ai colleghi della formazione aziendale

La formazione si trova così partecipe di un dialogo costruttivo volto a implementare nuove competenze all'interno dell'organizzazione in un clima di maggiore fiducia e conoscenza.

La nuova progettazione appare più strutturata e richiede al progettista di perseguire nuovi ambiti di miglioramento, scegliendo obiettivi coerenti alle norme nazionali, regionali e aziendali, utilizzando metodologie didattiche congruenti agli obiettivi e scegliendo metodi di valutazione in grado di monitorare il livello di apprendimento e di gradimento espresso dai corsisti.

La spirale virtuosa

Ci sono delle idee e delle modalità di comunicazione e di relazione che sono in grado più di altre di innescare delle spirali virtuose tra le diverse parti dell'organizzazione, e tra questa e il sistema più ampio. Nel nostro caso l'investimento della formazione aziendale sullo sviluppo di competenze di progettazione rigorose e coerenti con le indicazioni regionali e ministeriali per l'accreditamento degli eventi formativi comporta:

- studiare ed elaborare una scheda di progettazione coerente con le indicazioni delle Commissioni ECM, per proporla ai professionisti al fine di condividere un modello di progettazione;
- andare direttamente nel territorio per confrontarsi sul modello di progettazione ha consentito a sua volta di acquisire informazioni sui diversi stili di fare formazione tra le diverse tribù professionali
- una maggiore conoscenza reciproca permette quindi di iniziare un dialogo costruttivo su queste tematiche;

- la capacità di dialogare, a volte anche in modo burrascoso, consente di innescare un clima di fiducia e sempre più la formazione aziendale diventa un punto di riferimento e di supporto per i professionisti che progettano corsi in Azienda;
- il percorrere queste tappe sta pia piano portando le persone a progettare corsi in modo più rigoroso.

Credo inoltre che vada ricordato che saper progettare, come detto precedentemente, implica un doppio livello di apprendimento. Infatti oltre all'acquisizione di una metodologia per organizzare al meglio un evento formativo vi è l'apprendimento di un modello di pensiero e azione che ha tra le sue caratteristiche la capacità di ascoltare e di fare domande alle persone per aiutarle a definire meglio i problemi che incontrano, e a trovare strategie per affrontarli.

Un'organizzazione che può contare su un numero consistente di persone con queste capacità è un'organizzazione che ha buone possibilità di governare la navigazione anche in mari turbolenti.

E allora ...

Una riflessione su questo percorso ci riporta ai significati impliciti presenti in ogni processo di cambiamento, ci riconduce alle difficoltà di "mettersi in viaggio", alla paura a lasciare ciò che si conosce. Forse ognuno di noi dovrebbe imparare a diventare un po' esploratore e con una mappa avventurarsi in terre sconosciute senza aspettarsi troppo di trovare tesori. D'altronde come ci ricorda Kavafis,

*Itaca ti ha dato il bel viaggio senza di lei mai ti saresti messo in viaggio:
che cos'altro ti aspetti?*

8.3. L'inversione di rotta: come si è modificato l'atteggiamento dei professionisti nei confronti della formazione⁶

Rileggendo l'ideale diario di bordo del nostro "viaggio", iniziato appunto verso il "nuovo mondo" ECM oltre tre anni fa, ci sono apparsi evidenti altri importanti cambiamenti forse ancora poco consapevoli a livello di singolo professionista anche se però già agiti.

Oltre allo sviluppo del processo di progettazione, i Professionisti hanno modificato il loro atteggiamento nei confronti dei processi di apprendimento.

Che cosa è successo? Dall'ansia del credito ... a percorsi formativi ragionati

La prima riflessione scaturisce dal percorso attraversato per arrivare alla definizione dei vari PAF aziendali. Da una moltitudine spesso poco strutturata di necessità formative che sono state presentate o raccolte dai Servizi di formazione aziendale nei primissimi anni post-ECM per arrivare alla stesura del PAF annuale, assistiamo oggi a un dimensionamento più razionale e ponderato delle iniziative che vengono proposte.

Il rigore ECM ha generato la necessità di procedere con un metodo che da vincolo è stato tradotto in opportunità di miglioramento dei progetti pensati da parte dei professionisti. Lo sforzo richiesto di dettagliare gli obiettivi in modo chiaro, misurabile, univoco ... ha obbligato a definire meglio i problemi di partenza e quindi a circoscrivere la richiesta dell'intervento della formazione continua solo alle reali necessità risolvibili in tutto o in parte con la formazione.

Non solo, questo procedere ha anche stressato i vari professionisti a ricercare il legame tra evento formativo e perseguimento di obiettivi nazionali piuttosto che regionali e quindi aziendali.

E quindi sempre più non formazione tanto per fare, ma poiché si deve fare, allora è per cambiare, migliorare, modificare atteggiamenti, comportamenti, prestazioni, conoscenze.

Da formazione esterna a formazione interna

Questo fenomeno ha interessato in modo importante alcune categorie professionali. Fino a pochi anni fa l'esterno era pressoché l'unica forma di aggiornamento/formazione continua che alcuni professionisti praticavano, sotto forma soprattutto di partecipazione a congressi/convegni esterni.

Oggi si assiste a un importante dimensionamento del fenomeno a favore di un aumento di partecipazione a iniziative interne: in molti casi sono state valorizzate attraverso iniziative di formazione situazioni di eccellenza; altre volte per necessità sono state

⁶ Orietta Valentini, Azienda USL di Imola.

valorizzate alcune competenze già presenti nell'organizzazione aziendale; altre volte ancora si è cercato di rispondere al fabbisogno formativo attraverso il contributo di esperti esterni all'organizzazione.

Ma perché è successo questo? Possiamo solo fare ipotesi:

- poiché si deve fare, il professionista può aver pensato di farlo cercando di ottenere il maggiore risultato possibile con il minore dispendio energetico/economico personale;
- può essere che sia più comodo per i professionisti programmare la partecipazione a eventi sapendo di poter contare su un'offerta formativa importante in Azienda;
- può essere che il professionista trovi interessante e di qualità l'offerta formativa proposta all'interno delle organizzazioni aziendali;
- può essere che le Aziende sanitarie, vista la necessità di garantire più formazione interna, siano diventate più concorrenziali rispetto alle richieste/necessità che esprimono i professionisti.

Qualunque sia la motivazione in origine, anche qui ci sembra che il risultato sia che il vincolo ECM abbia generato un'opportunità per il sistema.

Integrazione

Da quanto sopra esposto discende un'altra importante conseguenza che si è innescata in modo importante: la possibilità di confronto, l'integrazione tra entità fra loro fino a poco tempo prima isolate e l'inizio di percorsi condivisi.

Ne è un esempio la formazione dei medici di medicina generale che anche grazie all'obbligo ECM si è integrata in modo importante con l'organizzazione aziendale per dare una risposta ai problemi prioritari di salute dei cittadini che insistono sul nostro territorio con un approccio di continuità clinico-assistenziale.

Nel corso degli ultimi due anni i MMG di Imola hanno raggiunto i crediti ECM previsti attraverso eventi formativi organizzati in Azienda, che hanno visto coinvolti nella docenza spesso professionisti interni all'Azienda esperti in possesso delle competenze per gestire il problema clinico-assistenziale trattato.

L'evento formativo può diventare così un'occasione, uno strumento che contribuisce a concretizzare sinergie tra i diversi attori del processo di cura.

Considerazioni conclusive

La fatica percepita è ancora importante dai Servizi formazione. Se però, come è stato possibile grazie a questa occasione, tentiamo di guardare con un certo distacco ai tre anni trascorsi, possiamo proprio dire che il sistema ECM ha spinto l'attenzione su aspetti importanti che sono stati disseminati nei professionisti e che hanno iniziato a educare a un approccio diverso alla formazione:

- il richiamo al rispetto di determinati livelli di presenza può essere interpretato unicamente come vincolo, ma qualcuno ha anche incominciato a riflettere sul perché è stato posto;

- il rigore della progettazione;
- l'esplicitazione dei criteri di valutazione per le prove finali, terminologia prima sconosciuta alla maggior parte della popolazione aziendale nel senso di patrimonio comune e garanzia di trasparenza per l'oggettività della valutazione;
- la valutazione di apprendimento stessa: anche se qualcuno rifiuta una valutazione negativa "tanto di crediti ne ho già troppi", molti altri vogliono capire dove hanno sbagliato, vengono a consultare le prove.

Insomma, ci sembra che tutto questo abbia iniziato a promuovere un cambiamento positivo, e come rappresentanti del Servizi formazione delle nostre Aziende, ci auguriamo che tra qualche anno questi aspetti siano patrimonio consolidato e diffuso, ovvero sia stata promossa cultura nel senso di Burrhus Frederick Skinner

la cultura è ciò che rimane quando ciò che è stato appreso è stato dimenticato.

8.4. L'isola ritrovata: come rendere visibile una formazione sommersa⁷

Da dove si partiva?

La delibera regionale 1072/2002 che avvia il sistema di ECM in Emilia-Romagna, oltre a considerare formazione accreditata quella tradizionale (corsi, convegni, seminari, ...) e quella a distanza, propone di valorizzare come percorsi di apprendimento professionale tutte quelle attività ed esperienze di lavoro che hanno un alto valore formativo nello sviluppo della qualità dell'assistenza e dell'organizzazione.

Queste attività formative sul campo fanno riferimento a tutti quei percorsi di lavoro che contribuiscono a sviluppare apprendimenti attraverso attività di gruppo finalizzate al miglioramento della qualità, alla promozione della salute, attività di ricerca, attività di discussione su casi clinici, attività di gruppo svolta nell'ambito di lavori dei comitati aziendali, commissioni di studio, lavori di gruppo per la programmazione delle attività sanitarie, ecc.

Alla luce di questa nuova opportunità, si è pensato di dare riconoscimento con il sistema dei crediti formativi ad alcune attività progettate e realizzate dai professionisti; per la formazione aziendale significa incontrare e quindi conoscere un patrimonio di esperienze e competenze formative sommerse che sono presenti nelle diverse realtà aziendali.

L'incontro si configurava così come un'eccezionale opportunità sia per la formazione aziendale nella sua possibilità di conoscere più da vicino le diverse realtà organizzative, sia per i professionisti nella possibilità di dare maggiore visibilità al proprio lavoro e nello stesso tempo riceverne riconoscimento con il sistema dei crediti.

Dall'evidenza di questa affascinante opportunità, la formazione aziendale si è chiesta come rendere possibile questo incontro e come cominciare a dialogare con "l'isola sommersa".

⁷ Gianna Paparella, Azienda USL di Ferrara.

Primo passo del nostro cammino è stato quello di fare un'analisi dei progetti inviati dai professionisti alla formazione aziendale per i quali si richiedeva il riconoscimento alla luce del sistema ECM.

Dall'analisi si sono rilevati principalmente due elementi: un primo elemento evidenziava che non erano numerosi gli eventi proposti per un loro riconoscimento ECM, a fronte di una vastità di esperienze formative che in alcune realtà aziendali, se pur poco visibili, sono parte integrante dell'organizzazione del lavoro. Un secondo elemento ci diceva invece che gli eventi proposti presentavano talvolta alcune criticità metodologiche sul piano della progettazione e/o documentazione del lavoro svolto.

Occorreva quindi, da una parte far conoscere ai professionisti l'opportunità di accreditare con il sistema ECM attività con alto valore formativo, e dall'altra supportarli nella metodologia della progettazione, realizzazione e valutazione di attività di formazione sul campo.

Come hanno risposto le Aziende?

Nell'Azienda USL di Ferrara è stato progettato e realizzato un intervento di formazione per i circa 70 coordinatori dei profili sanitari dell'area ospedaliera e territoriale di tutta l'Azienda, articolato sui seguenti obiettivi:

- favorire la diffusione delle conoscenze in merito alla normativa regionale in materia di ECM per la formazione sul campo;
- favorire le competenze formative dei coordinatori riguardo alle metodologie di lavoro per l'attivazione di percorsi di formazione sul campo: progettazione, conduzione dell'azione formativa con particolare attenzione alla gestione di un gruppo di apprendimento, valutazione dei risultati formativi e della ricaduta organizzativa;
- potenziare il ruolo del coordinatore nel percorso di apprendimento dei propri collaboratori.

Perché partire dai coordinatori?

I coordinatori sanitari sono stati scelti come destinatari dell'intervento formativo perché professionisti con un ruolo chiave nel processo di apprendimento dei propri collaboratori.

Sviluppare le competenze formative di questi professionisti in merito alla progettazione e realizzazione di percorsi di formazione sul campo significa anche potenziare la loro figura di coordinamento sul piano delle competenze gestionali orientate all'analisi della propria realtà organizzativa, all'ascolto dei bisogni di apprendimento del proprio gruppo di lavoro, alla promozione di percorsi motivazionali in grado di valorizzare le risorse degli operatori, comporta quindi essere al centro di condizioni di *empowerment*, intese come processo di rinforzo e sviluppo delle potenzialità dei propri collaboratori.

Il progetto si è articolato nelle seguenti fasi:

- formazione per favorire competenze formative riguardo alle metodologie di lavoro per l'attivazione di percorsi di formazione sul campo (progettazione, conduzione dell'azione formativa con particolare attenzione alla gestione di un gruppo di apprendimento);
- pianificazione di percorsi di formazione sul campo da attivare in fase di sperimentazione;
- sperimentazione di percorsi di formazione sul campo;
- *follow up* per la valutazione dei percorsi di formazione sul campo attivati;
- pianificazione dell'attività di valutazione sulla ricaduta organizzativa.

Le tipologie di formazione sul campo, quale oggetto di approfondimento formativo, sono state: gruppo di studio, gruppo di progetto, gruppo di miglioramento, gruppo di discussione di casi, lezione formativa.

I percorsi di formazione sul campo attivati in fase di sperimentazione sono stati 10 e hanno riguardato attività di gruppo volte all'approfondimento di conoscenze (gruppi di studio) e alla definizione progettuale di strumenti e modalità di lavoro (gruppi di progetto).

Nell'Azienda USL di Bologna è stato realizzato un significativo intervento di promozione delle attività di formazione sul campo nell'ambito del programma di prevenzione del rischio infettivo in utenti e professionisti nella struttura sanitaria di riferimento.

Tale attività è stata promossa e coordinata dal Comitato infezioni ospedaliere (CIO), organismo deliberato e previsto dalla normativa vigente, che ha la funzione di elaborare strategie di intervento per la prevenzione del rischio infettivo nel Presidio ospedaliero.

Per l'attuazione degli interventi ritenuti prioritari, il CIO si avvale del gruppo operativo (struttura permanente nell'organizzazione), dei gruppi di progetto (gruppi di lavoro temporanei attivati per specifici problemi) e della rete dei referenti (1 medico e 1 infermiere per ogni Unità operativa).

Nel 2004 (gennaio-dicembre) sono stati attivati e portati a termine 14 progetti dai componenti del Comitato infezioni e da medici e infermieri referenti delle Unità operative coinvolte, coordinati da Presidente e componenti del CIO (3 *tutor* per ogni progetto).

Per tali progetti sono stati richiesti crediti ECM come eventi di formazione sul campo, secondo le seguenti tipologie:

Partecipazione a commissioni o comitati	Comitato infezioni ospedaliere
Partecipazione a progetti di miglioramento	10 Gruppi di miglioramento
Partecipazione a ricerche	3 Ricerche epidemiologiche

Dai percorsi realizzati ci sembra di cogliere alcuni primi risultati.

Il lavoro si è configurato come un cammino alla scoperta dell'isola sommersa in quanto dall'incontro con le diverse realtà operative è emerso un territorio organizzativo a volte poco conosciuto, fatto di tradizioni, modelli culturali, storie organizzative, processi di sviluppo, zone da incentivare.

Dal confronto con i partecipanti per una valutazione dei percorsi realizzati si rileva che si sono attivati spontaneamente scambi di esperienze e conoscenze legate alle diverse realtà, determinando all'interno delle Aziende un processo di mutuo-aiuto tra le diverse aree.

L'esperienza positiva ha ancora una volta stimolato una spirale virtuosa, sia dal punto di vista della quantità - quest'anno sono state proposte attività di formazione sul campo in numero molto superiore rispetto al passato - sia dal punto di vista della qualità - si sono estremamente rafforzate le competenze metodologiche e non solo nelle aree dove l'esperienza era già consolidata.

Dai nuovi interventi proposti emergono alcuni segnali di continuità di un percorso appena iniziato, in particolare in quelle realtà operative dove erano poco conosciute esperienze di attività di gruppo orientate alla definizione di progetti, che oggi cominciano a proporsi ai professionisti come opportunità di lavoro per partecipare attivamente ad alcuni processi di cambiamento della propria organizzazione.

In conclusione, abbiamo quindi dialogato con l'isola sommersa ... nell'isola sono stati tracciati diversi sentieri per sviluppare il suo territorio, ora occorrerà sostenere nel tempo i processi di crescita avviati ... e ripensare più avanti a nuove navigazioni.

9. “Adempiere e/o orientare”. Area vasta Romagna

9.1. Il notaio e l'esploratore⁸

La recente Intesa Stato-Regioni del marzo 2005 ribadisce gli obiettivi fondamentali dell'ECM, che possiamo intendere come:

- contribuire al miglioramento qualitativo dei servizi sanitari e alla relativa riduzione della spesa inappropriata;
- porre le basi per divenire uno strumento per il mantenimento dell'abilitazione professionale.

Per spostamenti progressivi si sta dunque ponendo la formazione sempre più al centro non solo dei processi organizzativi aziendali ma anche di quelli della certificazione professionale. La tendenza è di per sé condivisibile a condizione che gli attori deputati a consolidarla siano messi in grado di gestirne le dinamiche. Più che di un'investitura dall'alto, sempre necessaria, occorre riflettere su come attrezzarsi per una ristrutturazione dei paradigmi finora utilizzati nella formazione.

Il resoconto di una revisione sistematica comparsa su *Annals of Internal Medicine* (Niteesh *et al.*, 2005) riporta che il 73% dei lavori scientifici presi in considerazione dimostra che per i medici più aumentano gli anni di pratica clinica, più diminuiscono le *performance* cliniche, anche per *end point* importanti. Per quanto criticabile e criticato, l'articolo è comunque l'emergente di una problematica attiva che non può non coinvolgerci. Siamo appena riusciti (non completamente) a far considerare la formazione un elemento integrante dell'organizzazione aziendale che già siamo costretti a rivisitare il tutto alla luce delle problematiche professionali.

Le Aziende sanitarie sono universalmente riconosciute come burocrazie professionali in cui il problema del coordinamento è risolto dal ricorso alla standardizzazione delle capacità dei professionisti (Mintzberg). Anzi, sono così altamente professionali che

i medici hanno un elevato controllo sul proprio lavoro, sono dotati di ampia autonomia e discrezionalità, sono spesso legati più all'ordine professionale a cui appartengono che non all'azienda in cui svolgono la propria attività (Profili, 2004).

Dobbiamo attrezzarci a entrare in questo universo che il più delle volte è stato contiguo alla formazione aziendale, rare volte integrato.

I numeri parlano chiaro: la formazione organizzata e finanziata dalle Aziende sanitarie è molto elevata ed è la fonte primaria per l'aggiornamento ufficiale dei professionisti. D'altra parte i recenti contratti di lavoro sia del comparto che della dirigenza individuano una responsabilità diretta delle Aziende nel garantire la formazione.

⁸ Massimo Ferrari, Azienda USL di Rimini.

Siamo di fronte al difficile compito di armonizzare il mandato istituzionale delle Aziende con le esigenze di una burocrazia professionale che il più delle volte non si riconosce pienamente in questo mandato.

È un compito che necessita di un alto grado di coordinamento interno (alle Aziende) ed esterno (alle professioni). Attualmente gli Uffici formazione delle Aziende sanitarie della regione sono molto differenti per struttura (risorse umane, economiche e di integrazione organizzativa), e per le politiche che li animano; quasi una "struttura assente" che è chiamata a sostenere un processo troppo articolato. Abbiamo avviato una riflessione per individuare linee di azione comuni che cerchiamo qui di illustrare. Le descrizioni sono polarizzate per facilitare la discussione.

I servizi per la formazione oggi sono sottoposti a quattro tipi di tensioni:

- obblighi istituzionali sempre più rigidi e definiti;
- contrazione risorsa tempo e risorse economiche;
- ripetizione/riproduzione dei modelli tradizionali di formazione;
- aumento resistenze da parte dei professionisti che devono essere affrontate contemporaneamente senza cedere ad alcune.

I servizi che si preoccupano maggiormente dei primi due punti - cioè degli aspetti formali del sistema di accreditamento della formazione e di ottimizzare il tempo dedicato dai professionisti all'aggiornamento - si caratterizzano per un'impronta notarile di certificazione dell'avvenuto, curando che tutti i processi si svolgano con efficienza. Per carità, un'attività doverosa più che legittima, ma se enfatizzata (da sola infatti giustifica il ruolo) rischia di ingessare l'aspetto innovativo e di cambiamento che la formazione rappresenta. Questi servizi di tipo adempitivo sono come oliate macchine per la produzione di corsi adeguati agli standard; dai loro *database* è possibile risalire a tutti gli aspetti del processo produttivo; possono spingersi a formalizzare l'analisi dei bisogni formativi e perfino invocare (nota bene) la valutazione non solo di efficacia ma pure di impatto.

D'altro canto, i servizi che tengono maggiormente in considerazione gli ultimi due aspetti cercano costantemente il coinvolgimento dei professionisti, ritengono la motivazione la base primaria su cui sviluppare processi formativi, ricercano modelli innovativi che stimolino l'apprendimento anche se difficilmente catalogabili nelle tradizionali formule didattiche. L'occhio esplorante è sempre aperto agli stimoli che magari non soddisfano la litania degli obiettivi formativi ministeriali ma che potrebbero essere propedeutici a scoperte ulteriori e sorprendenti. La lettura collettiva di una storia di cura non può forse produrre cambiamenti più profondi che non la meccanica disseminazione di una linea guida o di un percorso diagnostico-terapeutico?

La simpatia sembra subito depositarsi sulla seconda tipologia di anima. La metafora dell'esploratore è pur sempre vincente sul più triste notaio. Tuttavia, anche questa dimensione è indispensabile e strategica. L'arte alchemica della miscelazione è ardua e per iniziati.

Fortunatamente oggi la diffusione della conoscenza ha raggiunto livelli impensabili solo dieci anni fa, e gli sviluppi dell'*information communication technology* (ICT) possono farci guardare oltre il recinto dei saperi custoditi. Oggi qualsiasi informazione è facilmente raggiungibile e non siamo in attesa di alcuna rivelazione. Dobbiamo addirittura fronteggiare un eccesso in-formativo e quindi imparare a cercare, a selezionare, a farlo in gruppo.

Questo è un passaggio epistemologico vitale.

Gli apprendimenti veri non sono più individuali. Tutto avviene all'interno di una matrice comunitaria permanentemente dinamica che concentrandosi e confrontandosi su un oggetto di conoscenza, lo modifica continuamente. Ogni apprendimento è sociale. Chi detiene in un cassetto o scrigno una parte di conoscenza, e non lo apre costantemente agli altri, si ritrova con un oggetto sterile e improduttivo e - soprattutto - subito invecchiato. Ogni segregazione viene bypassata con estrema facilità e lascia attoniti a contemplare il formicolio della conoscenza in movimento.

Dobbiamo ammettere che la Regione Emilia-Romagna si sta dimostrando attenta e flessibile a questa innovativa dimensione e riportiamo quattro esempi di questa consapevolezza:

- l'organizzazione *online* del sistema regionale per l'accreditamento dei corsi e l'istituzionalizzazione di tutto il sistema ha alleggerito notevolmente la spinta all'eccessiva burocratizzazione;
- l'introduzione della formazione sul campo favorisce lo sviluppo di nuove metodologie didattiche e contribuisce all'armonizzazione degli interessi individuali con quelli aziendali;
- con il sito FASER rinforza il senso di appartenenza della comunità dei formatori e spinge alla sperimentazione di nuove metodologie su scala non solo locale;
- la sperimentazione dell'accreditamento di corsi sperimentali di formazione a distanza.

Dal nostro versante di Area vasta della Romagna abbiamo iniziato dal 2001 un percorso comune di *e-learning* (sperimentazione corso "Dispositivi intravascolari" nel 2002, sperimentazione nazionale "*E-learning* nelle Aziende sanitarie", progetto di modernizzazione "FAD Area vasta Romagna") che sta dando buoni frutti. Abbiamo avvertito però la necessità di creare i presupposti per una convergenza tra i sistemi di formazione a distanza e quelli di *knowledge management* che ogni Azienda sta in qualche modo sperimentando.

La risorsa principale di un'Azienda sanitaria è il capitale intellettuale, ovvero il frutto della ricomposizione di competenze (*skills*), conoscenze e processi.

Il *knowledge management* (KM) riguarda l'attività di trovare, organizzare e rendere disponibile il capitale intellettuale presente in Azienda e si pone come obiettivo quello di alimentare la cultura dell'apprendimento continuo e della condivisione della conoscenza, contribuendo in tal modo a creare un nuovo modello che viene chiamato "l'organizzazione che apprende" (*learning organization*). Ci stiamo attrezzando per utilizzare strumenti comuni di KM per dispiegare le potenzialità dell'*e-learning* nelle nostre quattro Aziende e per educare all'utilizzo degli strumenti di KM attraverso l'*e-learning*. La formazione

a distanza, senza la possibilità di ampliare il suo respiro alla vita delle comunità di pratica, è destinata al fallimento, o almeno al suo ridimensionamento all'autoistruzione e all'addestramento. Per evitare l'inaridimento occorre l'umiltà della condivisione continua delle esperienze, l'unica che permette di catturare l'enorme conoscenza tacita (Polany, 1966) che sostiene il nostro lavoro.

Stiamo sperimentando questa possibilità costruendo lentamente una rete permanente tra le quattro Aziende, tra gli attori che si occupano di *e-learning*, implementando un sistema di KM. In questo modo, utilizzando internet, *tutor*, docenti, responsabili della formazione, direttori di UO possono scambiarsi materiali riservati (biblioteca), possono dialogare (*forum*), contattarsi sincronicamente (*chat*), condividere uno stesso documento modificandolo (bozze), avvisarsi di appuntamenti ed eventi (bacheca) condividere l'agenda per gli appuntamenti comuni (agenda), ecc. Questa modalità è l'abbozzo di un più ampio sistema (scalabilità) dove anche altri professionisti, per aree tematiche specifiche, possono condividere le reciproche conoscenze. Potere agire in internet permette di utilizzare il sistema anche in momenti alternativi all'orario e al luogo di lavoro.

Unica condizione è che sia sufficientemente interessante da dedicarci il tempo necessario. Queste sono le condizioni preliminari per l'avvio di una comunità di pratica (Wenger, 1998).

Con queste note vogliamo sottolineare che la realizzazione di un corso e l'erogazione dello stesso a distanza è solo l'avvio di un processo di conoscenza. Anche nei rari casi in cui è presente un *tutor* didattico che segue *online* i partecipanti a gruppi di non più di trenta per volta, il processo è incompleto. Il vero sviluppo è il collegamento della conoscenza esplicita che transita nei contenuti formali con la conoscenza tacita, che emerge solo dal confronto in comunità. Da questo confronto nascono poi nuove iniziative formative *online*, *blended* o tradizionali, che riavviano il ciclo della conoscenza.

Ecco allora che notaio ed esploratore riescono a convivere e a creare un'offerta formativa nuova che non si rispecchia nella metafora di un modernissimo ipermercato con luccicanti prodotti ben identificabili da denominazione di origine controllata e codici a barre, che basta pagare alla cassa per portarsi via; molto più aderente la metafora della "vucciria" palermitana dove si combinano suoni, colori, profumi e varietà, dove si ricombinano esperienze secolari, sguardi levantini, qualità, furbizie e un po' di millanteria; ma anche dove si possono scoprire nuovissime inaspettate fragranze che ti segnano la memoria.

9.2. Bibliografia

- Niteesh K.C., Fletcher R.H., Soumerai S.B. *Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care*. 15 February 2005. 142 (4): 260-273.
- Polany M. *The tacit dimension*. 1966. Traduzione italiana *La conoscenza inespresa*. Armando Editore, Roma, 1979.
- Profili S. *Il knowledge management; approcci teorici e strumenti gestionali*. FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Wenger E. *Communities of Practice*. Cambridge University Press, 1998. (Alcuni articoli sono reperibili al sito <http://www.ewenger.com/>).

10. La funzione formativa nelle Aziende ospedaliere⁹

10.1. Premessa

Gli obiettivi comuni perseguiti nell'ultimo triennio degli Uffici formazione delle Aziende ospedaliere della regione sono stati caratterizzati da notevoli cambiamenti determinati essenzialmente dall'entrata a regime del sistema ECM.

Infatti, a partire dall'anno 2002 si sono dovuti rivedere aspetti operativi connessi all'organizzazione, ai volumi produttivi e alla qualità per rispondere alla necessità primaria di garantire un livello sufficiente di attività formativa per i dipendenti che dovevano maturare il numero dei crediti formativi annuali.

Detto grosso sforzo organizzativo e di adeguamento ha comportato tra l'altro l'attivazione di reti di animatori referenti o responsabili scientifici che dovevano garantire all'interno della singola struttura ospedaliera un collegamento funzionale tra il livello centrale e il Dipartimento e agire contemporaneamente la formazione all'interno della propria struttura organizzativa.

L'attivazione della formazione sul campo e i primi approcci con la FAD hanno inoltre assorbito tempo ed energie, anche se i risultati conseguiti sono molto differenziati nelle diverse realtà ospedaliere.

Nel triennio 2002-2004 è stata realizzata inoltre una marcata attività di riqualificazione per gli OTA e per la formazione degli OSS, oltre all'attivazione, in collaborazione con le Università, di nuovi percorsi per le professioni sanitarie (diplomi universitari e poi corsi di laurea).

Negli anni è aumentata l'attenzione agli aspetti qualitativi degli interventi formativi nonché alla loro ricaduta sul posto di lavoro, anche se questo aspetto importante è da sviluppare ulteriormente.

Le Aziende ospedaliere hanno collaborato in un'ottica di integrazione, ma con risultati diversi, con le singole Aziende USL della provincia di appartenenza e in qualche caso con l'Università.

Gli obiettivi formativi aziendali che più frequentemente sono stati adottati dalle singole Aziende sono stati il governo clinico, EBM e EBN, il modello clinico-assistenziale, le competenze manageriali, la qualità.

Interessanti iniziative sono state inoltre sviluppate sulle competenze, sulla prevenzione e sulla *privacy*, nonché sulla motivazione, sul clima aziendale e sul sistema valoriale degli operatori.

⁹ Angelo Cocconi, Azienda ospedaliero-universitaria di Parma.

Inoltre tra gli obiettivi a valenza regionale, sono state realizzate iniziative relative al governo clinico, alla promozione della salute, alla comunicazione e all'accoglienza dei pazienti e loro familiari, al sistema qualità, e più recentemente al *risk management*.

L'orientamento generale e i valori dell'agire della formazione sono stati improntati prioritariamente alla creazione di una cultura organizzativa, alle integrazioni intraprofessionali di *équipe*, al miglioramento della comunicazione, nonché alla preparazione di *tutor* da utilizzare nei diversi percorsi formativi e nell'affiancamento di neo-assunti e/o tirocinanti.

In alcune Aziende è stato favorito l'aggiornamento esterno presso centri di eccellenza. In altre sono stati sviluppati programmi per la realizzazione della Carta aziendale dei valori. Sono state valorizzate inoltre la ricerca, la flessibilità e la libertà di azione, affidandosi all'intelligenza e all'esperienza professionale del personale dipendente.

La formazione prodotta all'interno delle Aziende rappresenta circa il 70%, mentre l'acquisto di formazione all'esterno si aggira attorno al 30%. L'Area dirigenziale medica tende, com'è facilmente intuibile, ad accedere più consistentemente all'aggiornamento esterno.

Per quanto concerne l'evoluzione delle professioni sanitarie, si registra una maggiore attitudine ad approcciarsi all'aggiornamento a seguito dell'introduzione del modello dipartimentale, anche se si ritiene che una parte significativa acceda alla formazione continua più per assolvere a degli obblighi che per reali e intime convinzioni.

Per quanto concerne l'Area del comparto si sono rilevate alcune cause scatenanti quali la carenza di personale infermieristico e l'introduzione dell'OSS, che hanno comportato un forte cambiamento del modello assistenziale anche per effetto di una forte evoluzione professionale conseguente ai nuovi percorsi formativi universitari.

Il forte *turnover* di alcune categorie ha imposto la ripresa di un'attività formativa "manutentiva" che da tempo era poco agita e che ha l'obiettivo di garantire uniformità e uno standard qualitativo e di sicurezza nello svolgimento delle mansioni routinarie specifiche di ogni Unità operativa.

Si è registrata inoltre una marcata attività formativa su temi manageriali, gestionali e relazionali con una crescente attenzione agli aspetti connessi alla responsabilità civile e penale.

Si coglie l'importanza della formazione sulla sicurezza dei lavoratori ma l'approccio, l'entità e la qualità degli interventi formativi sono sostanzialmente disomogenei all'interno delle Aziende ospedaliere: la messa a regime di un pacchetto base formativo condiviso potrebbe contribuire a ovviare a tale limite.

Un forte investimento formativo è stato effettuato sull'area dell'emergenza-urgenza, che ha rappresentato in molti casi una vera e propria priorità.

Le categorie professionali non assoggettate all'ECM (amministrativi, OTA, OSS, ecc.) hanno fruito in genere, ma non sempre, della stessa intensità formativa dei restanti operatori sanitari.

10.2. Il modello organizzativo e il processo formativo

La funzione della formazione nelle Aziende ospedaliere è collocata di solito in *staff* all'Area Risorse umane e/o Sviluppo organizzativo nella Direzione generale.

Il collegamento con le articolazioni organizzative aziendali è garantito dalla rete dei referenti o animatori. In genere la formazione è agita in stretto collegamento con la qualità e la comunicazione.

Con l'aumento quantitativo dell'attività formativa si è riscontrata una tendenza a specializzare - all'interno dell'Ufficio formazione - sottosettori operativi ai quali sono state assegnate funzioni specifiche e sempre più specialistiche.

Va notato che il numero di operatori dedicato alla prima formazione al lavoro (DU e corsi di laurea) è consistente ed equivale in linea di massima a quello dedicato alla formazione continua.

Si riscontra, inoltre, una diffusa difficoltà da parte degli animatori o referenti dipartimentali della formazione a svolgere dette funzioni, per il carico di lavoro che già hanno e anche la richiesta di far riconoscere questo loro ruolo aggiuntivo, anche economicamente.

Le procedure connesse alla realizzazione del Piano aziendale formativo sono abbastanza simili nelle Aziende ospedaliere regionali anche se si riscontrano particolarità significative.

La gestione del *budget* finanziario assegnato alla formazione interna ha modalità difformi, in quanto in alcune Aziende è richiesto di quantificare le spese sulla base delle proposte formative avanzate, mentre in altre viene assegnato preventivamente un *budget* per realizzare, nell'anno di riferimento, le iniziative ritenute più opportune.

Tutte le Aziende ospedaliere fissano un *budget* preventivo all'inizio dell'anno per la formazione esterna articolato per le varie strutture organizzative.

La presenza di biblioteche è ritenuta una risorsa particolarmente preziosa oltre ai centri audiovisivi, i possibili collegamenti *online*: realtà vecchie e nuove che rappresentano veri e propri giacimenti culturali sanitari di grande interesse e ai quali gli operatori possono utilmente accedere per l'autoaggiornamento.

La progettazione degli eventi formativi è effettuata in genere al livello centrale e con unità lavorative specifiche limitatamente agli eventi che coinvolgono trasversalmente tutta l'Azienda, mentre i corsi proposti al livello decentrato (Dipartimento o Unità operativa) sono progettati dai responsabili scientifici o responsabili degli eventi: in genere questi ultimi sono corsi con contenuti tecnici e professionali. Importante è inoltre la presenza di *tutor* d'aula che in molti casi è garantita.

Si rilevano difficoltà nel reperire le segreterie organizzative degli eventi in quanto, considerata la mole di attività, il livello centrale non è in grado di garantirle, mentre a livello decentrato tale incombenza rappresenta un sovraccarico di lavoro per operatori che già svolgono una specifica attività sanitaria.

Interessante è la sperimentazione di nuovi approcci formativi, che vanno da una diversa attivazione di lavori di gruppo ai *role play*, a favole guidate per l'elaborazione del lutto, a tecniche teatrali, all'utilizzo più intensivo di supporti audiovisivi. Considerata la tendenziale "stanchezza" degli operatori a partecipare a eventi formativi residenziali, questi nuovi approcci formativi potrebbero produrre un rinnovato interesse.

In generale la valutazione dell'impatto formativo è realizzata con un approccio che, se da una parte risponde ai requisiti richiesti dalle Commissioni nazionale e regionale ECM (somministrazione del *test* di gradimento, *test* di apprendimento e/o prova finale), dall'altra non soddisfa pienamente, soprattutto per quanto riguarda gli effetti sul posto di lavoro.

In alcune Aziende viene redatto un verbale finale di chiusura dell'evento, in altre si valuta a fine corso la qualità percepita in relazione alla tipologia tecnico-specialistica e dall'applicabilità organizzativa (indicatori di risultato e di tempo), e limitatamente ai corsi manageriali viene effettuato un *follow up* a distanza (sei mesi/un anno). Interessante la sperimentazione di un'Azienda ospedaliera che tende a controllare l'effettiva evoluzione degli schemi di comportamento dei soggetti formati:

1° livello: *reaction* ovvero gradimento della didattica;

2° livello: *active learning* ovvero apprendimento dei contenuti;

3° livello: *behaviour and results*, ovvero trasferimento e impatto sul lavoro quotidiano dell'attività formativa.

Il sistema informativo è presente ovunque ma con limiti e carenze più o meno intense, e quindi quasi tutte le Aziende ospedaliere stanno introducendo gli applicativi di sviluppo o integrazione. L'orientamento comune è di realizzare un pacchetto gestionale informatizzato che preveda una gestione integrata e complessiva del processo formativo e nel contempo garantisca una banca dati dalla quale ricavare tra l'altro i crediti formativi maturati dai dipendenti e con un collegamento agli applicativi degli altri servizi aziendali (archivi del personale, contabilità economica, registrazione e liquidazione costi, controllo fatture, gestione del *budget*, reportistica).

Sarebbe interessante unificare gli sforzi per cercare di far confluire tutte le iniziative di implementazione a un'architettura del sistema possibilmente condivisa tra le Aziende ospedaliere della regione.

10.3. Lo scenario a medio e breve termine

Sulla base della valutazione condivisa che l'aumento dell'attività formativa può produrre tendenzialmente una stanchezza partecipativa, si rileva che la modalità della formazione agita - conseguente all'incrementale numero dei crediti formativi da maturare da parte del personale dipendente - assume in prospettiva un'importanza fondamentale.

Nel contempo si rileva la necessità che il supporto organizzativo amministrativo possa essere snellito in modo da garantire agli operatori partecipanti una consegna in tempi brevi degli attestati dei crediti ECM maturati.

Si è palesata la presenza di fasce di operatori "iperformati" (che hanno maturato cioè un numero di crediti superiore a quelli richiesti) e altre fasce di "ipoformati".

L'ipotesi sulla quale lavorare è di ridurre la forbice, procedendo per esempio a limitare l'autorizzazione, in orario di lavoro, degli accessi formativi agli operatori che hanno già superato il debito formativo previsto annualmente, incentivando contestualmente la partecipazione degli altri.

L'attuale sistema formativo delle Aziende ospedaliere è basato su una microprogettazione (realizzazione di eventi *spot*, cioè in edizione unica) che se da una parte garantisce interventi molto mirati, dall'altra presuppone un notevole impegno in ore/lavoro sia nella progettazione che nella gestione. Sarebbe opportuno standardizzare i corsi di base, almeno quelli di *routine*.

La rilevazione del fabbisogno viene effettuata con modalità diverse nelle singole Aziende ospedaliere. In questo senso sarebbe opportuno proporre interventi formativi anche regionali per i componenti della rete interna aziendale degli animatori della formazione e/o referenti.

La forte evoluzione delle professionalità e le possibili contrapposizioni, in particolare tra medici e infermieri, ospedalieri e universitari, amministrativi e sanitari, ecc., fanno ritenere opportuna la valorizzazione di interventi per lo sviluppo del lavoro di *équipe* e del modello organizzativo dipartimentale.

Uno dei punti di forza dell'attuale sistema formativo delle Aziende ospedaliere è rappresentato dalla presenza delle reti di animatori e/o referenti che - se ulteriormente preparati e valorizzati - potranno svolgere un ruolo decisamente significativo per effettuare un ulteriore salto qualitativo della formazione.

Dopo l'avvio dell'ECM le Aziende hanno molto aumentato il volume di attività formativa consentendo di far fronte al bisogno formativo degli operatori senza accedere all'acquisto di formazione all'esterno. Ciò è stato possibile anche grazie all'utilizzo come docenti dei dipendenti in misura superiore al 50%.

Sostanzialmente la funzione formativa appare nelle Aziende ospedaliere ben coordinata ed efficace pur avendo notevoli margini di miglioramento.

La sperimentazione a Reggio Emilia del progetto Lepida regionale, che ha messo in rete numerose istituzioni pubbliche, rappresenta un'esperienza avanzata da estendere possibilmente ad altre realtà, così come pure la *web community* e il cablaggio delle sale operatorie a fini didattici e di confronto (già presente anche in altre Aziende).

Le Aziende ospedaliere si sono anche attivate per produrre attività formative in FAD, anche se con approcci metodologici diversi. Queste potrebbero essere sviluppate anche per costruire sinergie tra Aziende sanitarie e mettere in rete le eccellenze formative presenti nelle singole realtà.

Anche per la formazione sul campo sussistono ampi spazi di ulteriore sviluppo. A questo fine sarebbero utili iniziative di promozione, di sostegno metodologico e supporto operativo, di facilitazione nelle procedure di accreditamento nel rispetto degli elementi essenziali, di comunicazione e pubblicizzazione dei percorsi possibili, al coinvolgimento della dirigenza dei quadri intermedi.

Strategica e irrinunciabile appare la trasferibilità, all'interno della rete ospedaliera regionale, delle acquisizioni scientifiche connesse all'attività di ricerca che possono rappresentare elementi innovativi per tutto il Servizio sanitario regionale.

Un forte investimento di ricerca dovrebbe essere incentrato sulla sperimentazione di nuovi strumenti e modelli formativi al fine di pervenire a una produzione di formazione che riesca a coinvolgere anche emotivamente gli operatori sanitari.

Si suggerisce inoltre di attivare collaborazioni internazionali con ospedali di eccellenza e centri formativi universitari europei al fine di restare collegati a un sistema formativo avanzato.

Importanti appaiono la ricerca continua di collaborazione con Ordini professionali e Collegi al fine di integrare le risorse formative e in particolare stabilire una linea di collegamento con l'*output* atteso.

Appare inoltre importante attivare un laboratorio sperimentale di sviluppo permanente della formazione in stretta collaborazione con le Università presenti in regione, al fine di creare un punto di riferimento comune.

Terza parte. Allegati

Allegato A.

Regione Emilia-Romagna
Delibera di Giunta 1217/2004 del 28 giugno 2004
MODIFICHE E INTEGRAZIONI AL SISTEMA DI EDUCAZIONE CONTINUA
IN MEDICINA (ECM) NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
DI CUI ALLA DGR 1072/2002

Prot. n. (DGS/04/1436)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il Decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, in particolare gli articoli 16 bis e 16 ter riguardanti la formazione continua del personale sanitario;
- la Legge 18 ottobre 2001, n. 3 di revisione del Titolo V della Costituzione, che attribuisce alle Regioni nuove competenze in materia di sanità, formazione e ricerca;
- gli Accordi del 20/12/2001 e del 20/3/2003 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sugli obiettivi di formazione continua per gli anni 2002 e 2003;

Viste inoltre le proprie deliberazioni:

- n. 1072/2002, avente ad oggetto: "Il sistema di educazione continua in medicina (ECM) nella Regione Emilia-Romagna", con la quale si è provveduto ad istituire e regolamentare, sulla base delle norme di cui sopra, il sistema regionale ECM;
- n. 1494/2003, avente ad oggetto: "Approvazione degli obiettivi regionali dell'Educazione continua in medicina per l'anno 2003";
- n. 296/2004, avente ad oggetto: "Linee di indirizzo per la predisposizione e attuazione del Piano-programma 2004-2006 dell'Agenzia sanitaria regionale", con la quale sono state assegnate all'Agenzia sanitaria regionale ulteriori aree di attività, tra le quali l'accreditamento dei progetti e degli organizzatori di attività di ECM e lo sviluppo di strumenti e metodi per l'apprendimento sul campo e a distanza e per la valorizzazione di comunità professionali necessarie ai processi di innovazione clinica e organizzativa;
- n. 451/2004, avente ad oggetto: "LR 19/1994 - Art. 12 Comma 3. Piano-Programma 2004-2006 e Piano attività 2004 dell'Agenzia sanitaria regionale", con la quale è stato adottato, in attuazione della propria deliberazione sopra citata n. 296/2004, il Piano-programma dell'Agenzia sanitaria regionale per il triennio 2004-2006, che prevede,

fra l'altro, nell'ambito del programma della formazione continua nel Servizio sanitario regionale, che le attività inerenti l'ECM riguarderanno in particolare i processi regionali di accreditamento e verranno sviluppati progetti sperimentali di valutazione degli eventi e degli organizzatori di formazione;

Rilevato che, con la propria deliberazione n. 1072/2002, sopra citata, si è provveduto ad istituire, per il triennio 2002-2005, la Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina e per la salute, costituita da esperti, individuati in base alle competenze nei campi della formazione, dell'assistenza sanitaria e della sanità pubblica e presieduta dall'Assessore regionale alla sanità, coadiuvato, in qualità di vicepresidenti, dal Presidente della Federazione regionale degli Ordini dei medici e dal dr Marco Biocca, responsabile di Area dell'Agenzia sanitaria regionale;

Rilevato altresì che, con la stessa deliberazione, sono stati individuati, secondo detti criteri, i seguenti componenti della Commissione sopra citata:

- Salvatore De Franco
- Giovanni De Plato
- Gianfranco Di Nino
- Stefano Falcinelli
- Marco Ingrosso
- Luisa Martelli
- Mariella Martini
- Paolo Messina
- Ubaldo Montaguti
- Riccardina Puglioli
- Manuela Righi
- Lia Rimondini
- Luigi Salizzato
- Leopoldo Sarli
- Roberta Suzzi
- Aldo Tomasi
- Paola Zaniboni;

Preso atto che:

- la dr.ssa Riccardina Puglioli è deceduta;
- il dr Stefano Falcinelli è stato eletto nuovo Presidente della Federazione regionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, come da nota n. 04/Frer/az del 5/12/2003, agli atti della Direzione generale dell'Agenzia sanitaria regionale;
- il dr Ubaldo Montaguti ha rassegnato le dimissioni dalla Commissione, a causa di subentrati ulteriori impegni di lavoro;

Ritenuto opportuno integrare come segue la composizione della Commissione:

- Nicolino D'Autilia, presidente dell'Ordine dei medici di Modena;
- Alessandro Liberati, responsabile dell'Area di programma Ricerca e innovazione dell'Agenzia sanitaria regionale;
- Stefano Reggiani, direttore sanitario della Casa di cura Hesperia;
- Patrizia Menicocci, coordinatore didattico del corso di laurea per fisioterapisti dell'Università di Bologna;
- Sergio Marzocchi, tecnico sanitario di radiologia medica dell'Azienda ospedaliera di Ferrara;

Rilevato inoltre che con la stessa deliberazione n. 1072/2002, sopra citata, si è provveduto a istituire, per il triennio 2002-2005, la Consulta regionale per la formazione in sanità, composta da rappresentanti designati dagli Ordini, dai Collegi e dalle Associazioni professionali del ruolo sanitario della regione e presieduta dall'Assessore regionale alla sanità;

Considerato opportuno che l'Assessore regionale alla sanità ai fini di una maggiore funzionalità e coordinamento delle attività della Consulta regionale per la formazione in sanità possa delegare la funzione al dr Marco Biocca, referente per la formazione dell'Agenzia sanitaria regionale e vicepresidente della Commissione regionale ECM;

Ritenuto, altresì, opportuno specificare che, tra gli organizzatori di attività formative per l'educazione continua in medicina provvisoriamente accreditati, è ricompresa l'Agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente dell'Emilia-Romagna (ARPA E-R), vista l'appartenenza al ruolo sanitario di numerosi operatori dipendenti di detta Agenzia, la quale effettua prestazioni di sanità pubblica per il Servizio sanitario nazionale, provvedendo direttamente alla organizzazione di adeguati programmi formativi, anche a fronte delle scarse opportunità di formazione offerte in questo settore;

Considerate le nuove competenze in campo formativo, attribuite, con l'atto deliberativo sopra citato n. 296/2004, all'Agenzia sanitaria regionale, si rileva che la Direzione generale dell'Agenzia stessa dovrà provvedere a:

- assicurare i processi regionali di accreditamento delle iniziative formative e di valutazione degli eventi e degli organizzatori di formazione;
- garantire le funzioni di segreteria tecnica della Commissione regionale ECM e della Consulta regionale per la formazione in sanità, nonché quelle di raccordo e coordinamento funzionale con gli Uffici Formazione delle Aziende sanitarie della regione;

Presa visione:

- del rapporto annuale ECM sulle attività realizzate nel corso del 2003 - presentato dalla Commissione regionale ECM in collaborazione con la Consulta regionale per la formazione in sanità - che, tra l'altro, riporta i risultati di un anno di sperimentazione di formazione sul campo e ne propone le regole di valutazione;

- delle "Modalità di valutazione per l'accreditamento dell'apprendimento sul campo in Emilia-Romagna" formulate dall'Agenzia sanitaria regionale, su proposta della Commissione regionale ECM, di cui all'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Richiamata la propria deliberazione n. 447 del 24 marzo 2003, avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali";

Dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore generale dell'Agenzia sanitaria regionale, dr Francesco Taroni, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della LR n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 447/2003;

Su proposta dell'Assessore alla sanità;

A voti unanimi e palesi

delibera

1. di modificare e integrare la composizione della Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina e per la salute, che risulta così composta come di seguito indicato:

Marco Biocca, in qualità di vicepresidente

Stefano Falcinelli, in qualità di vicepresidente

Nicolino D'Autilia

Salvatore De Franco

Giovanni De Plato

Gianfranco Di Nino

Marco Ingrosso

Alessandro Liberati

Luisa Martelli

Mariella Martini

Sergio Marzocchi

Patrizia Menicocci

Paolo Messina

Stefano Reggiani

Manuela Righi

Lia Rimondini

Luigi Salizzato

Leopoldo Sarli

Roberta Suzzi

Aldo Tomasi

Paola Zaniboni

2. di considerare ricompresa, per i motivi espressi in premessa, tra gli organizzatori di attività formative per l'educazione continua in medicina provvisoriamente accreditati, l'Agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente dell'Emilia-Romagna (ARPA E-R);
3. di dare atto che il Direttore generale dell'Agenzia sanitaria regionale provvede ad assicurare i processi regionali di accreditamento delle iniziative formative e di valutazione degli eventi e degli organizzatori di formazione;
4. di stabilire che l'Agenzia sanitaria regionale garantisca le funzioni di segreteria tecnica della Commissione e della Consulta, nonché quelle di raccordo e coordinamento funzionale con gli Uffici formazione delle Aziende sanitarie della regione;
5. di approvare le "Modalità di valutazione per l'accREDITamento dell'apprendimento sul campo in Emilia-Romagna", formulate dall'Agenzia sanitaria regionale, su proposta della Commissione regionale ECM e incluse nel Rapporto ECM 2003, di cui all'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
6. di individuare, quali obiettivi prioritari della formazione continua in ambito sanitario, le attività di supporto alle innovazioni nei settori sanitari specifici e nelle relative organizzazioni;
7. di stabilire che le funzioni di presidente della Consulta potranno essere delegate dall'Assessore regionale alla sanità al dr Marco Biocca.

Allegato 1.

Modalità di valutazione per l'accreditamento dell'apprendimento sul campo in Emilia-Romagna

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

Le opportunità di apprendimento sul campo sono assai diverse. Nella Tabella A.1 sono indicate le 5 principali tipologie identificate nel corso della sperimentazione effettuata in Emilia-Romagna nel 2003. Le modalità di apprendimento sono simili tra loro, anche se cambiano i contesti e le finalità (ricerca e organizzazione di documentazione, lettura e discussione in gruppo, analisi di casi, redazione, presentazione e discussione di elaborati, ecc.).

Come previsto per le attività formative residenziali (corsi, convegni, seminari, ecc.) anche per le attività di apprendimento sul campo valgono i medesimi requisiti perché possano rientrare nel sistema di accreditamento e, in particolare, devono essere:

1. organizzate e proposte nell'ambito dell'Azienda sanitaria;
2. realizzate senza che si determinino condizioni di conflitto di interesse;
3. corredate da una documentazione del progetto completa e valutabile.

È importante, inoltre, che l'attività di apprendimento sul campo che si intende accreditare sia adeguatamente progettata e formalizzata. Nella Tabella A.2 sono evidenziati gli elementi che vanno inclusi nella descrizione del progetto.

La documentazione relativa a tutti gli aspetti del processo formativo, e in particolare della valutazione, deve essere a disposizione anche di osservatori esterni.

La valutazione ai fini dell'Educazione continua in medicina delle attività di apprendimento sul campo dipende da tre ordini di elementi:

1. la rilevanza dell'iniziativa per l'organizzazione che la propone;
2. la complessità e la durata dell'iniziativa;
3. l'impegno individuale richiesto.

Poiché è difficile tradurre in ore di impegno, salvo che nel caso dell'addestramento, il tempo necessario per iniziative di apprendimento sul campo, i responsabili dell'Azienda e dell'iniziativa didattica hanno anche il compito di definirne il valore all'interno di limiti definiti (vedi *Tabella A.1*). Il numero di crediti attribuibili a ogni singola iniziativa può variare da un minimo di 3 a un massimo di 15. Per le attività di addestramento va, invece, utilizzato un criterio temporale più stringente attribuendo 1 credito ogni 4 ore fino a un massimo di 15 crediti.

Così come per le attività di formazione tradizionale e a distanza, ancor più per l'apprendimento sul campo è spesso necessario associare al responsabile del processo formativo il sostegno di persone (*tutor*) che abbiano una funzione di orientamento, di supervisione, di formazione e di valutazione dei partecipanti. Il loro contributo va considerato in modo analogo a ciò che avviene per i docenti nei corsi ECM. A condizione che l'incarico sia di almeno un mese all'anno, esso dovrà dare diritto ad un numero di crediti da 3 a 15 ogni anno, da valutare in funzione del grado di livello di impegno previsto. Il numero di crediti acquisiti in tal modo non potrà, comunque, essere superiore alla metà di quelli previsti per l'anno.

In molte situazioni esistono, inoltre, reti di operatori che svolgono questo ruolo chiave di promozione nel campo della formazione, ma anche in quello della qualità, della documentazione e della ricerca. Hanno denominazioni diverse (*tutor*, formatori, animatori, facilitatori o anche valutatori) anche se le funzioni che svolgono sono comparabili tra loro. Quando queste attività sono comparabili con quelle effettuate ai fini dell'ECM l'operatore coinvolto può essere esentato dall'obbligo di acquisire i propri crediti per una misura pari a quanti ne avrebbe acquisiti se avesse svolto attività di tutoraggio ECM.

Tabella A.1. Criteri per l'identificazione e la valutazione delle attività di apprendimento sul campo per l'ECM

Termine	Definizione	Crediti
Attività di addestramento	<p>Applicazione di istruzioni e procedure, attraverso la quale il partecipante acquisisce nuove conoscenze, abilità e comportamenti non posseduti in precedenza e necessari all'esecuzione di attività specifiche, all'utilizzo di tecnologie e strumenti o al miglioramento di aspetti relazionali.</p> <p>L'attività di addestramento va realizzata nelle strutture aziendali sulla base di una programmazione specifica e con il sostegno di un tutor. Avviene in modo diversificato per ogni situazione, ma le tecniche di insegnamento sono prevalentemente riconducibili all'affiancamento.</p>	1 credito ogni 4 ore fino a un massimo di 15
Partecipazione a commissioni e comitati	<p>Partecipazione a:</p> <ul style="list-style-type: none">- comitati aziendali permanenti (etico, controllo delle infezioni, buon uso degli antibiotici, buon uso del sangue, prontuario terapeutico, sicurezza ed emergenze sul lavoro, HACCP, ospedale senza dolore);- commissioni di studio (interaziendali, di ordini professionali, di università, ecc.). <p>L'attività va svolta nell'ambito dei lavori della commissione e deve prevedere la ricerca e l'organizzazione di documentazione, la lettura di testi scientifici e la discussione in gruppo, l'analisi di casi, la redazione, la presentazione e la discussione di elaborati, ecc.</p>	Da 3 a 15 crediti in funzione dell'impegno previsto

Audit clinico

Attività che va condotta secondo modalità sistematiche e standardizzate, finalizzata al miglioramento della qualità dell'assistenza, attraverso una revisione dei processi adottati e/o degli esiti clinici ottenuti in specifiche categorie di pazienti, attraverso il confronto rispetto a *standard* concordati ed espliciti.

Da 3 a 15 crediti
in funzione
dell'impegno previsto

L'attività va svolta collaborando alle diverse fasi in cui si articola il processo di *audit* che sono:

- l'identificazione delle aree cliniche e dei problemi assistenziali oggetto della valutazione, con conseguente identificazione del campione di pazienti pertinente;
- l'identificazione del *set* di informazioni da raccogliere per ciascun caso secondo modalità standardizzate, rilevanti ai fini della valutazione;
- l'identificazione dei parametri di riferimento (criteri, indicatori e relativi *standard*);
- l'analisi dei dati raccolti ai fini di un confronto tra i profili assistenziali e i loro esiti clinici documentati e gli *standard* di riferimento;
- la definizione delle opportune strategie di miglioramento laddove sia stata riscontrata una significativa differenza tra i profili assistenziali documentati e gli *standard* professionali di riferimento;
- la ripetizione del processo di valutazione e gli interventi attuati per ottenere e/o sostenere il miglioramento.

Termine	Definizione	Crediti
Partecipazione a gruppi di miglioramento	<p>Partecipazione a gruppi di lavoro finalizzati al miglioramento della qualità, alla promozione della salute, all'accreditamento e alla certificazione di sistemi, dell'organizzazione di servizi, di prestazioni, della comunicazione con i cittadini, ecc.</p> <p>È compresa in questa tipologia anche la partecipazione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - circoli di discussione su casi clinici, problemi assistenziali e cure primarie; - circoli di gestione delle criticità di programmi di prevenzione e di emergenze. - progetti di cooperazione con paesi in via di sviluppo. <p>L'attività va svolta nell'ambito dei lavori del gruppo e prevede la ricerca e l'organizzazione di documentazione, la lettura di testi scientifici e la discussione in gruppo, l'analisi di casi, la redazione, la presentazione e la discussione di elaborati, ecc.</p>	Da 3 a 15 crediti in funzione dell'impegno previsto
Partecipazione a ricerche	<p>Partecipazione a studi o inchieste finalizzati a ricercare nuove conoscenze rispetto a determinanti della salute e delle malattie. Può assumere diverse forme: empirica (osservazionale), analitica, sperimentale, teorica e applicata. Sono inclusi anche le sperimentazioni/valutazioni assistenziali e organizzative e i piani per la salute.</p> <p>La partecipazione va svolta nell'ambito dello svolgimento della ricerca e prevede attività di studio e organizzazione di documentazione bibliografica, di collaborazione al disegno dello studio, di raccolta ed elaborazione di dati, di discussione in gruppo sui risultati, di redazione, presentazione e discussione di elaborati, ecc.</p>	Da 3 a 15 crediti in funzione dell'impegno

Tabella A.2. Elementi per la formalizzazione di un progetto di apprendimento sul campo

A. Contesto organizzativo

1. ente organizzatore che rilascia la certificazione;
2. contesto organizzativo (dipartimentale, aziendale, interaziendale, universitario, regionale, ecc.) in cui avviene il processo formativo;
3. atto formale che riconosce il contesto e la proposta formativa;

B. Progetto formativo

4. titolo della proposta formativa;
5. tipologia della proposta formativa (vedi elenco);
6. nome, qualificazione e curriculum del responsabile del processo formativo e degli eventuali *tutor*;
7. specifici obiettivi formativi e se questi rientrano tra le priorità nazionali, regionali o aziendali;
8. numero e professionalità dei partecipanti;
9. ruolo dei partecipanti nel processo;
10. grado d'impegno richiesto ai partecipanti;
11. metodi di apprendimento;
12. caratteristiche della documentazione prodotta e degli eventuali materiali didattici utilizzati (documenti, relazioni, pubblicazioni, ecc.);
13. periodo di tempo in cui si sviluppa il processo;
14. modalità e criteri utilizzati per la documentazione della partecipazione e dell'impegno;
15. modalità e criteri per la valutazione dell'apprendimento;
16. modalità per la valutazione del processo.

Allegato B.

Gli atti regionali per il funzionamento del sistema ECM

Aggiornamento al 30 giugno 2005

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Basilicata	Delibera di Giunta 215/2003		Fornisce alle Aziende sanitarie indirizzi per la costituzione dei servizi di formazione, programmazione, rilevazione dei fabbisogni formativi.	Prevede una Consulta regionale delle professioni sanitarie con rappresentanti aziendali, che deve produrre proposte per procedure, regole per l'accreditamento, ecc.
Bolzano	Legge provinciale 7/2001, art. 49	Riordinamento del Servizio sanitario provinciale	Accredita le società scientifiche, i soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative nel territorio provinciale. Definisce gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative.	Prevede una Commissione provinciale per la formazione continua con compiti di programmazione e organizzazione dei programmi provinciali per la formazione continua, elaborazione degli obiettivi di interesse provinciale e accreditamento dei progetti formativi.
	Legge provinciale 14/2002	Norme per la formazione di base, specialistica e continua nonché altre norme in ambito sanitario		

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
<i>(continua</i> Bolzano)	Delibera di Giunta 4220/2002	Componenti della Commissione provinciale per la formazione continua		
	Decreto provinciale 8/2002	Composizione e funzionamento della Commissione provinciale per la formazione continua e modalità per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative	Riconosce le esperienze formative degli ordini e collegi professionali. Prevede due tipi di valutazione: dei metodi didattici, orario, incompatibilità del promotore da parte di una commissione interna all'ordine/collegio; dei programmi e dei docenti da parte di 3 esperti indipendenti tra loro. La Commissione elabora criteri per l'accREDITAMENTO delle società scientifiche nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative nel territorio della provincia di Bolzano.	Nomina la Commissione che ha un presidente, 5 rappresentanti degli ordini e collegi, un rappresentante del comitato pari opportunità, 3 esperti dalle Università, un esperto della formazione continua del personale sanitario. La Commissione elabora i criteri per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative.
Calabria	Decreto assessorile 821/2004	Costituzione Commissione regionale per l'educazione continua in medicina		Composizione della Commissione: Presidente Assessore alla sanità, rappresentanti degli ordini e dei collegi, due rappresentanti delle Università di Medicina e farmacia, e altri membri con competenze specifiche nel campo dell'Educazione continua in medicina.

Campania

Delibera di Giunta 5148/2000	Istituzione della Commissione regionale ECM		Nomina la Commissione, composta da rappresentanti degli ordini e dei collegi, dai rettori universitari e da 2 esperti. La Commissione ha compiti propositivi, di monitoraggio e di valutazione. Redige la relazione annuale sulle attività formative.
Delibera di Giunta 2238/2002	Proposta di obiettivi formativi di interesse regionale 2001-2006	Elenca gli obiettivi formativi generali e specifici.	
Delibera di Giunta 629/2003	Linee guida alle Aziende sanitarie		
Delibera di Giunta 2126/2003	Attività di Educazione continua in medicina	Assume il contenuto dell'Accordo Stato-Regioni del marzo 2003. Avvia l'attività di accreditamento regionale degli eventi formativi. Istituisce un sistema di rete informatizzata per il collegamento con i <i>provider</i> , i <i>referee</i> e le Aziende sanitarie.	
Delibera di Giunta 480/2004	Attività di Educazione continua in medicina. Progetto formazione sul campo	Riferisce i tempi lunghi necessari per la realizzazione del programma di accreditamento regionale per: approntare la rete informatica, predisporre l'elenco di <i>referee</i> per la valutazione degli eventi, avviare la gestione finanziaria della riscossione dei contributi dei <i>provider</i> per l'accREDITamento degli eventi. Approva il programma sperimentale di formazione sul campo per la copertura del debito formativo 2004.	

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Emilia-Romagna	Delibera di Giunta 1072/2002	Avvio del programma ECM	Avvia il programma ECM regionale definendo gli organizzatori che possono presentare proposte (Aziende sanitarie, Università e enti del SSN) e le modalità per la presentazione e l'accREDITamento.	Costituisce una Commissione regionale per l'ECM di esperti con compiti tecnico-scientifici di proposta e di valutazione. Costituisce anche una Consulta regionale con rappresentanti degli utenti (Ordini, Collegi e Associazioni).
	Delibera di Giunta 1494/2003	Approvazione degli obiettivi regionali dell'Educazione continua in medicina per l'anno 2003	Individua gli obiettivi regionali dell'Educazione continua in medicina in base a quelli individuati dagli Accordi Stato-Regioni.	
	Delibera di Giunta 1217/2004	Modifiche e integrazioni al sistema di Educazione continua in medicina nella Regione Emilia-Romagna di cui alla DGR 1072/2002	Introduce la formazione sul campo nel sistema ECM regionale precisando criteri e modalità per l'accREDITamento. Trasferisce all'Agenzia sanitaria regionale le funzioni istituzionali prima svolte dalla Direzione generale dell'Assessorato regionale.	Aggiorna la composizione della Commissione regionale.
Friuli Venezia Giulia	Delibera di Giunta 1091/2003	Istituzione del sistema per l'Educazione continua in medicina. Piani formativi del SSR. Osservatorio delle professionalità	Recepisce le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 2001 e istituisce il sistema per l'Educazione continua in medicina.	

Delibera di Giunta
1932/2004

Costituisce una Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina e una Consulta regionale per la formazione in sanità (rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali più rappresentative).

Il ruolo della Commissione è di supporto tecnico-scientifico: programmazione del sistema di formazione continua, analisi dei bisogni e individuazione degli obiettivi formativi di interesse regionale; degli obiettivi e criteri per l'attribuzione dei crediti; costruzione dell'anagrafe dei crediti.

La delibera assegna alla Consulta la funzione di rappresentare le esigenze formative delle categorie del ruolo sanitario interessate al processo di formazione continua, esprimendo pareri e formulando proposte in ordine all'individuazione degli obiettivi formativi e alle ricadute derivanti dalle attività formative sull'attività delle diverse professioni sanitarie.

Nomina i componenti della Commissione regionale (esperti in materie di sanità e di formazione).

Delibera di Giunta
3462/2004

Delibera di Giunta
120/2005

Definisce le procedure di accreditamento degli eventi residenziali realizzati sul territorio e gli obiettivi formativi regionali.

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Lazio			Costituisce un Consorzio con le Aziende sanitarie e privati che segue gli aspetti operativi della formazione.	Istituisce una Commissione con il compito di indicare gli obiettivi formativi regionali.
Liguria	Delibera di Giunta 102/2004	Il Sistema di Educazione continua in medicina nella Regione Liguria	Stabilisce i criteri e i principi per la prima organizzazione del sistema di formazione ECM nell'ambito del territorio regionale e attribuisce le competenze.	Istituisce una Commissione regionale per l'ECM e una Consulta regionale per la formazione in sanità composta dai rappresentanti delle professioni.
	Delibera di Giunta 146/2005	Definizione assetto organizzativo e funzionale del sistema regionale ECM. Istituzione elenco regionale dei soggetti accreditati e attivazione avviso per accreditamento degli stessi. Approvazione obiettivi formativi regionali 2005	Stabilisce i criteri per l'accreditamento dei <i>provider</i> .	
Lombardia	Delibera di Giunta 13792/2003	Determinazioni per l'attivazione del sistema di formazione continua. Programma di Educazione continua in medicina (ECM) in Lombardia	Definisce il modello operativo-gestionale per la programmazione di interventi formativi, il raccordo dell'obbligo di capitalizzazione dei crediti formativi ECM, la sostenibilità economica, i requisiti per l'accreditamento dei soggetti pubblici e privati, la formazione a distanza.	Istituisce la Commissione regionale deputata all'elaborazione delle linee programmatiche per il sistema ECM.

Delibera di Giunta 18576/2004	Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM in Lombardia
Decreto Direzione generale sanità 3730/2004	Costituzione della Commissione regionale per la formazione continua
Delibera di Giunta 20767/2005	Determinazioni in merito al progetto operativo per l'attuazione del sistema lombardo "ECM - sviluppo professionale continuo CPD" e agli obiettivi formativi di interesse regionale

Nomina i componenti della Commissione regionale: presidente Assessore regionale alla sanità, componenti della Direzione generale sanità, componenti Direzione generale famiglia e solidarietà sociale, esperti di organizzazione e progettazione formativa, componenti per incarichi rivestiti, rappresentanti Ordini e Collegi professionali, rappresentanti Associazioni professionali di categoria, Società scientifiche e mediche e Università.

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Marche	Decreto del Dirigente n. 2/DP5/2004	Approvazione del progetto. Costituzione del sistema di formazione continua (ECM) nella Regione Marche	Attiva il sistema ECM. Attribuisce tutte le competenze in materia all'Agenzia regionale: analisi del fabbisogno formativo, programmazione dell'attività formativa, accreditamento ECM, monitoraggio e valutazione, anagrafe dei crediti.	
	Delibera di Giunta 119/2004	Istituzione della Consulta regionale ECM		Istituisce la Consulta regionale.
	Delibera di Giunta 229/2005		Incarica l'Agenzia regionale sanitaria a dare avvio al sistema di accreditamento degli eventi e dei progetti formativi gestiti dalle strutture pubbliche della Regione Marche.	
Molise	Delibera di Giunta 99/2004	Costituzione della Commissione regionale ECM		Istituisce la Commissione regionale e nomina i componenti. La Commissione ha compiti propositivi e di monitoraggio, sviluppo tecnico-scientifico per analisi dei bisogni di formazione, obiettivi e criteri, requisiti per accreditamento dei <i>provider</i> , criteri per la valutazione e il monitoraggio.
	Decreto Presidente della Regione Molise n. 11 del 12 gennaio 2005	Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina. Nomina dei componenti		Nomina i componenti della Commissione regionale ECM.

Puglia

Delibera di Giunta
2235/2002

Primi adempimenti in materia di
formazione continua.
Costituzione della Commissione
regionale per l'Educazione
continua in medicina

Istituisce una Commissione di 22 componenti
tra cui i rappresentanti di Ordini e professioni,
3 rettori universitari, 2 esperti in materia di
formazione nel SSR.

La Commissione ha compiti propositivi e di
monitoraggio relativamente a bisogni
formativi, obiettivi, criteri per
l'accreditamento, requisiti per
l'accreditamento dei *provider*, procedure per
la costruzione dell'anagrafe dei crediti.

Sardegna

Piano regionale dei
Servizi sociali e
sanitari, 2005, p. 103

Struttura un'area di progetto interna
all'Agenzia regionale sanitaria con ruolo di
programmazione, supporto metodologico e
valutazione dei risultati. Compiti
dell'Agenzia sono: analisi bisogni formativi,
individuazione obiettivi di formazione
regionali, definizione linee guida
metodologiche e individuazione del sistema
di valutazione degli interventi di
formazione, attivazione del sistema ECM
regionale.

Istituisce la Commissione regionale per la
formazione con le seguenti funzioni:
individuare linee guida per realizzare piani
formativi coerenti con le politiche regionali,
dare impulso alla creazione di una rete
regionale di uffici aziendali dedicati alla
formazione.

Delibera di Giunta
n. 38/18/2005

Linee di indirizzo per la
formazione degli operatori nei
servizi sociali, sociosanitari e
sanitari

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
Sicilia	Decreto assessorile del 7 marzo 2003			Istituisce la Commissione regionale per l'ECM. Attribuisce alla Commissione il compito di individuare gli obiettivi specifici regionali in tema di ECM e la promozione del sistema per la formazione continua
Toscana	Delibera di Giunta 849/2002	Linee guida alle Aziende sanitarie per la programmazione delle attività formative anche ai fini di una prima sperimentazione di un sistema regionale di accreditamento della formazione continua	Contiene le linee guida per la programmazione aziendale della formazione e per l'accREDITamento dei percorsi formativi.	
	Decreto 2407/2003	Approvazione della griglia di riferimento per la catalogazione degli eventi formativi	Contiene la griglia per la rilevazione delle informazioni necessarie all'accREDITamento degli eventi.	
	Delibera di Giunta 165/2003	Istituzione della Commissione per la formazione sanitaria	Prevede accordi con Ordini, Collegi e Associazioni professionali per la registrazione e certificazione dei crediti formativi.	Istituisce una Commissione composta da 27 membri: 20 esperti di formazione, 3 direttori sanitari, 1 direttore sanitario della sanità privata, 3 presidi di facoltà.

	Delibera di Giunta 90/2004	Anagrafe formativa del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario regionale	Definisce le modalità di registrazione dei crediti formativi del personale dipendente e convenzionato. Crea un sistema informatico che consente lo scambio di dati tra la Regione e gli Ordini, Collegi e Associazioni professionali a cura della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà.	
Trento	Delibera di Giunta 579/2002	Attivazione delle competenze provinciali in materia di formazione continua del personale sanitario e nomina della relativa Commissione provinciale	Avvia il sistema ECM.	Istituisce una Commissione provinciale per la formazione continua composta da 5 esperti: 3 medici e 2 professori universitari. La Commissione ha compiti in merito alle procedure di accreditamento dei progetti formativi, verifica del possesso dei requisiti da parte dei <i>provider</i> , criteri per la valutazione, obiettivi formativi di interesse provinciale, proposte per lo svolgimento delle funzioni di registrazione.
	Delibera di Giunta 2426/2002	Costituzione della Consulta provinciale per la formazione continua		Istituisce la Consulta provinciale che è composta da 26 componenti: l'Assessore e rappresentanti delle associazioni e dei sindacati dei medici, degli altri operatori sanitari e del comparto. La Consulta fa proposte in merito ai fabbisogni formativi, agli obiettivi formativi di interesse provinciale, all'attuazione dell'anagrafe dei crediti.

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
(<i>continua</i> Trento)	Delibera di Giunta 3404/2002	Disposizioni di indirizzo in ordine alla registrazione dei crediti formativi	Definisce la documentazione sugli obblighi formativi che include un'autodichiarazione e l'obbligo di esibire l'attestazione ricevuta dagli Ordini e Collegi o dall'Azienda sanitaria per il personale sanitario non rappresentato in Ordini e Collegi.	
	Delibera di Giunta 1191/2003	Istituzione della Consulta provinciale per la formazione continua		Nomina i componenti.
	Delibera di Giunta 807/2005	Costituzione Commissione formazione continua 2005-2007		Affida alla Commissione le attività di accreditamento degli eventi formativi di interesse provinciale, determinazione delle procedure per l'accreditamento dei fornitori di formazione, individuazione indicatori della qualità della formazione e formulazione proposte per l'attivazione di un sistema informativo per le procedure di accreditamento.
	Delibera di Giunta 1746/2002	Il sistema dell'ECM nella Regione Umbria. Istituzione della Commissione regionale	Istituisce il sistema ECM regionale.	Costituisce la Commissione regionale per l'ECM e la Consulta delle professioni.

Umbria	Delibere di Giunta 13/2002 1746/2002 293/2003 147/2004		Istituisce il sistema ECM regionale.	Costituisce il Comitato tecnico consultivo permanente delle professioni sanitarie.
	Delibera di Giunta 1772/2004	Modalità per l'attivazione del sistema regionale ECM		
Valle d'Aosta	Delibera 1321/2002	Prime direttive regionali in materia di educazione continua in medicina per il personale sanitario	Avvia il sistema regionale ECM. Istituisce un Libretto personale per la registrazione dei crediti che viene aggiornato dagli Ordini e dall'Azienda sanitaria. L'Azienda USL deve redigere una relazione annuale da presentare all'Assessorato alla sanità con l'indicazione delle ore di formazione svolte per profilo professionale, la ricaduta della formazione sul lavoro, ecc.	Prevede la costituzione di due Commissioni regionali, una per l'Alta dirigenza e l'altra per il personale del comparto, con compiti propositivi e di monitoraggio.
	Delibera di Giunta 804/2004	Approvazione di un sistema regionale di accreditamento della formazione continua ai sensi dell'art 16 <i>ter</i> Decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni e istituzione e nomina della Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina. Impegno di spesa		Istituisce la Commissione regionale per l'ECM e definisce i suoi compiti: indicare obiettivi formativi, determinare procedure per l'accREDITAMENTO di fornitori e di eventi, accreditare eventi, elaborare proposte per la valutazione del sistema di accREDITAMENTO regionale.

Regione	Atto formale	Oggetto	Contenuti	Commissione e Consulta
(<i>continua</i> Valle d'Aosta)	Delibera di Giunta 805/2004	Istituzione e nomina della Consulta regionale per la Formazione continua in medicina, ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 804 in data 22 marzo 2004		Istituisce e nomina la Consulta regionale per l'ECM, come portatrice delle esigenze delle categorie professionali rappresentate.
	Delibera di Giunta 2305/2004		Avvia la procedura di accreditamento degli eventi residenziali. La Commissione accredita gli eventi presentati dai fornitori. I fornitori presentano la scheda dell'evento 45 giorni prima e dovranno provvedere all'autovalutazione.	
	Delibera di Giunta 535/2005		Avvia la procedura di accreditamento degli eventi di formazione sul campo (FSC). I fornitori degli eventi devono presentare la scheda dell'evento alla Commissione regionale 45 giorni prima. I fornitori provvedono all'autovalutazione secondo le indicazioni del documento approvato dalla Commissione regionale "La formazione sul campo nei programmi di educazione continua in medicina. Procedure per l'accredimento ECM". Il punteggio definitivo è attribuito dalla Commissione.	

Veneto

Delibera di Giunta 3600/2002	Progetto di Educazione continua in medicina per la Regione Veneto		Istituisce un Comitato tecnico-scientifico di 10 componenti per l'accREDITamento degli eventi, che può avvalersi di esterni. Istituisce anche una Consulta per l'analisi dei bisogni formativi e l'individuazione degli obiettivi formativi.
Delibera di Giunta 2418/2003	Progetto Educazione continua in medicina per la Regione Veneto. Anni 2002-2003. Modifiche e integrazioni		Modifica la composizione della Consulta per garantire la maggiore rappresentatività possibile delle professioni, anche in relazione alla loro numerosità.
Delibera di Giunta 4097/2003	Istituzione del Centro regionale di riferimento per la formazione continua (ECM).	Evidenzia l'intenzione di avviare l'attività di accreditamento regionale avvalendosi di un centro regionale di riferimento a cui è affidata tutta l'attività ECM regionale (non ancora attivo). (Convenzione tra la Regione e un'Azienda sanitaria)	
Delibera di Giunta 881/2004	Formazione continua in medicina (ECM) nella Regione Veneto. Modifiche e integrazioni alle DDGR nn. 3600/2002, 2418/2003 e 4097/2003	Il Centro regionale per l'ECM si avvale del lavoro di un Comitato tecnico scientifico composto da 5 esperti.	Rinomina del Comitato tecnico scientifico in Commissione regionale per l'Educazione continua in medicina.
Delibera di Giunta 357/2005)	Avvio del sistema regionale di accreditamento ECM per le attività formative residenziali	Il sistema regionale di accREDITamento si avvale di una procedura informatizzata che consente l'inserimento dei dati per l'accREDITamento <i>online</i> . Il proponente dell'evento presenta una breve relazione sui risultati della verifica entro 90 giorni.	

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Sono anche scaricabili dal sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005. (*)
110. Domanda di care 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. (*)