



Presentati a Bologna i risultati del progetto pilota che valuta l'Educazione continua

Ecm promossa con riserva

Giudizio positivo ma è scarso l'impatto sull'organizzazione del lavoro

La valutazione delle attività formative del programma Ecm è un argomento che merita molta attenzione. Il ministero della Salute e le Regioni avevano preso l'impegno, già con l'accordo Ecm del 20 maggio 2004, di studiare la costruzione di un sistema in grado di verificare e di promuovere su scala nazionale la qualità della formazione continua, attraverso l'opera di osservatori indipendenti e con criteri e modalità condivisi. Ed effettivamente nelle proposte oggi in discussione sulla governance dell'Ecm, è inclusa anche l'ipotesi di costituire un Osservatorio nazionale.

A questo fine, nel maggio 2005 era stato avviato un progetto pilota, finanziato dal ministero, a cui hanno partecipato l'Emilia-Romagna, che ha svolto il ruolo di coordinamento, il Lazio, la Lombardia, le Marche, la Puglia, la Toscana, il Trentino, la Valle d'Aosta e il Veneto.

I risultati del progetto vengono presentati in un convegno a Bologna il 21-22 maggio 2007. Vi partecipano anche esperti di Ecm e di sviluppo continuo della professionalità (Cpd - Continuing professional development) del Canada, degli Usa, della Spagna, della Gran Bretagna e il segretario generale dell'Unione europea dei medici specialisti. La strategia di valutazione proposta mira a verificare la coerenza tra i progetti accreditati per l'Ecm e la realizzazione (funzione di verifica), ma non dimentica l'obiettivo di favorire il miglioramento della qualità della formazione continua (funzione di promozione). Si fonda su sei cardini:

1) analisi della documentazione fornita dagli organizzatori di formazione e da altre fonti pertinenti e rilevanti (ministero, Aifa, Regioni ecc.);

2) visite di osservazione durante lo svolgimento di eventi formativi accreditati Ecm;

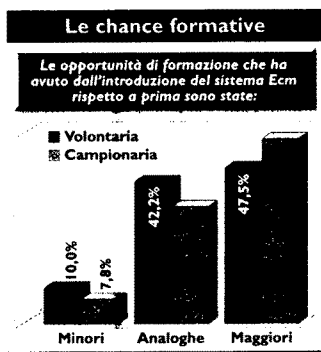
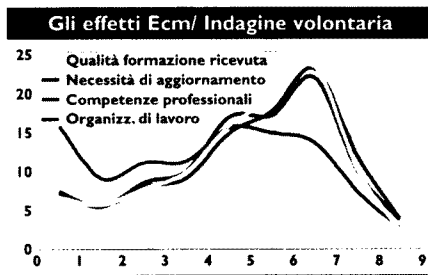
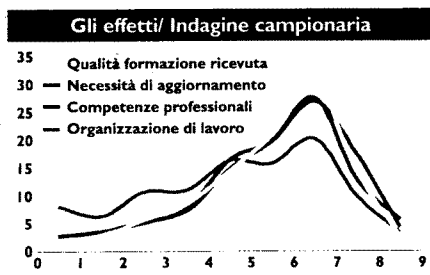
3) griglie, cioè criteri, strumenti e modalità standardizzati per l'analisi della documentazione e per le osservazioni;

4) osservatori indipendenti e che abbiano seguito un processo formativo comune per armonizzare i comportamenti;

5) indagini, qualitative e quantitative sulle opinioni dei principali attori (organizzatori della formazione, utenti, committenti, dirigenti);

6) rapporti con i dati raccolti e con elaborazioni dei risultati su singoli eventi o aggregati (per problema, area geografica ecc.).

Anche se il prossimo Programma nazionale Ecm, con buona probabilità, sarà basato sull'accREDITAMENTO dei provider e non più solo degli eventi, questo approccio in larga parte potrebbe essere mantenuto, perché la garanzia della qualità della formazione va sostenuta (verifica-



Il futuro della formazione

Scade il 30 giugno la proroga per il riordino dell'Ecm. Negli ultimi mesi, alla ricerca di una proposta organica per la revisione del sistema di formazione continua, il gruppo paritetico Governo-Regioni che ha lavorato sul tema ha dovuto superare una serie di scogli. Le ipotesi su attribuzione di competenze e ripartizioni di ruoli sono tutte sfociate, infine, in un unico concetto: quella governance che riassume il "chi governa" e quali devono essere le relazioni tra le istituzioni.

Parte del contendere sembra finalmente superata. Tra le questioni acquisite, la suddivisione di ruoli e com-

petenze tra livello centrale e piano regionale: se alle Regioni nessuno sottrarre l'elaborazione, la promozione e la gestione dei piani di formazione, sembra innegabile l'esigenza di un livello centrale nazionale. Ed è anche assodato il coinvolgimento delle professioni sanitarie nei processi formativi.

La sede, infine. La discussione è ancora aperta, ma sembra sempre più accreditata l'ipotesi di individuarla nell'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Una sede "neutrale", equidistante - o "equi-vicina" - sia alle Regioni che al ministero.

ta) con puntuali osservazioni dall'esterno.

Un'indagine qualitativa e due quantitative. Il progetto pilota prevedeva la sperimentazione di un percorso formativo per osservatori, a cui hanno partecipato oltre 40 esperti di 15 Regioni. In questo modo la strategia proposta è stata verificata sul campo con i diretti interessati, ma è stato anche possibile realizzare un'indagine sulle opinioni degli operatori sanitari in merito alla formazione ricevuta in questi anni e alle sue prospettive.

Lo studio, realizzato nell'autunno 2006, ha coinvolto un numero di operatori elevato, di numerose aree del Paese, di ogni professionalità e struttura sanitaria. I risultati emersi, anche per l'assenza di altre indagini di comparabile dimensione e distribuzione, consentono alcune osservazioni significative sui cambiamenti che l'Ecm ha prodotto nella formazione agli operatori sanitari e sulle possibili linee di sviluppo per i prossimi anni.

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

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

rio:

- una indagine su base campionaria, rivolta a operatori con obbligo Ecm, che ha coinvolto 14 aziende sanitarie (territoriali, ospedaliere e ospedaliero-universitarie) di 11 Regioni, per un totale di 3.317 rispondenti;

- un sondaggio volontario, tramite questionario in linea attraverso i siti web di assessorati regionali alla Sanità e aziende sanitarie, rivolto agli interessati all'Ecm, a cui hanno partecipato 10.781 operatori di molte regioni, soprattutto Toscana, Emilia Romagna, Veneto, Lombardia, Lazio e Marche.

La distribuzione delle risposte in base al genere è pressoché sovrapponibile nelle due indagini e, peraltro, rispecchia quella del personale dipendente del Ssn con ruolo sanitario (61,6% donne). Anche l'esperienza lavorativa è risultata simile tra le due indagini: hanno risposto in maggioranza persone con anzianità di lavoro superiore ai 15 anni (il 64,5% nell'indagine volontaria e il 67,9% nell'indagine campionaria).

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

Formazione e organizzazione sanitaria. In primo luogo va sottolineato come il giu-

dizio che emerge dopo 5 anni dall'introduzione del sistema Ecm sia nel complesso positivo. Circa il 50% dei rispondenti sostiene che vi sono state maggiori opportunità di formazione di quante se ne avessero prima (la percentuale raggiunge il 60% tra gli infermieri) e quasi il 75% ritiene che siano state di buona qualità. La maggioranza ritiene anche che la formazione ricevuta abbia contribuito a soddisfare le proprie necessità di aggiornamento e a migliorare le competenze professionali e che le aziende sanitarie abbiano saputo rilevare efficacemente i bisogni formativi. L'opportunità e l'incentivo alla formazione hanno migliorato l'equità nell'accesso agli eventi, soprattutto per professionisti che in passato avevano avuto minori occasioni.

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

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

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

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

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

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

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

no l'apprendimento riflessivo e la motivazione.

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

Per il futuro. Dall'indagine si possono anche cogliere alcuni suggerimenti per lo sviluppo dell'Ecm.

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

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

Indirizzi sinergici per la formazione: l'educazione continua deve assumere un ruolo di collegamento forte tra professionista e organizzazione e cogliere anche il punto di vista

del cittadino e delle sue esigenze complessive e integrate di assistenza.

Definizione di una struttura per l'Ecm: la fiducia verso le aziende sanitarie come provider di formazione suggerisce di investire di più nella formazione continua, con risorse economiche e umane, in particolare formatori e tutor.

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

Marco Biocca
Asr Emilia Romagna,
Responsabile scientifico
Progetto pilota del ministero della Salute e delle Regioni
"Osservatorio sulla qualità dell'Ecm"

Freddezza sulla Fad: da sola è inadeguata

Servono regole snelle e condivise