

Editoriale
Il "sistema" ECM
 di Renato Balduzzi

pagina 3

Focus on | L'ECM riparte da Cernobbio

**Educazione continua in medicina:
 una sfida culturale per la qualità del sistema formativo**
 di Ferruccio Fazio

pagina 5

**ECM: la costruzione di un modello di formazione coerente
 con il sistema sanitario italiano**
 di Amedeo Bianco

pagina 8

L'ECM nella prospettiva della formazione aziendale
 di Fulvio Moirano

pagina 11

**La formazione continua ECM: dall'Accordo Stato-Regioni
 del 5 novembre 2009 al consolidamento del sistema**
 di Luca Coletto

pagina 14

Le attività dei provider: le novità in cantiere
 di Maria Linetti

pagina 17

**ECM, FAD, aggiornamento, ricerca, informazione.
 Il ruolo dei media e del web**
 di Dario Manfredotto

pagina 21

Il Manuale per gli osservatori della qualità dell'Educazione Continua

pagina 28

Dalle Regioni

Agenas e le Regioni per l'accreditamento dei provider

pagina 31

L'esperienza della Regione Puglia per l'accreditamento dei provider ECM
 di Felice Ungaro, Marco Marsano, Sandro Di Sabatino, Simone Iagnocco

pagina 32

Formare ad una cultura etica

di Vincenzo Alastra, Leonardo Jon Scotta, Francesca Menegon, Ida Grossi

pagina 48

Agenas on line

Lavorare in rete: fra autonomia e interdipendenza

Le attività di Agenas a supporto delle Regioni

a cura della sezione Documentazione, Informazione e Comunicazione

pagina 62



**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Trimestrale dell'Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Anno X Numero 28 2011

Direttore responsabile

Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico

Coordinatore: Gianfranco Gensini

Componenti: Aldo Ancona,

Anna Banchemo, Antonio Battista,

Norberto Cau, Francesco Di Stanislao,

Nerina Dirindin, Gianluca Fiorentini,

Elena Granaglia, Roberto Grilli,

Elio Guzzanti, Carlo Liva,

Sabina Nuti, Francesco Ripa di Meana,

Federico Spandonaro, Francesco Taroni

Editore

Agenzia nazionale

per i servizi sanitari regionali

Via Puglie, 23 - 00187 ROMA

Tel. 06.427491

www.agenas.it

**Progetto grafico, editing
e impaginazione**



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via V. Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa

Cecomp

Bracigliano (Sa)

Registrazione

presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare

nel mese di ottobre 2011

agenas.  **AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI**

 Periodico associato
all'Unione Stampa
Periodica Italiana

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale. Questa funzione si articola nelle seguenti specifiche attività: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l'analisi dei costi; la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari; l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina.

L'Agenzia oggi | Presidente Renato Balduzzi; Direttore Fulvio Moirano

Consiglio di amministrazione Carlo Lucchina, Pier Natale Mengozzi, Filippo Palumbo, Giuseppe Zuccatelli

Collegio dei revisori dei conti Emanuele Carabotta (Presidente), Nicola Bepini, Bruno De Cristofaro

I settori di attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria

- Livelli di assistenza • Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento
- Innovazione, sperimentazione e sviluppo • Documentazione, informazione e comunicazione • Affari generali e personale • Ragioneria ed economato

www.agenas.it | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di 



Il “sistema” ECM

di **Renato Balduzzi**

Presidente Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

A Cernobbio si ritrova, per la terza volta, il mondo, grande e complesso, dell’ECM.

Un’originalità importante, nel panorama italiano, tenuto conto che nessun altro comparto della pubblica amministrazione è riuscito a darsi un compiuto sistema di aggiornamento e formazione continua, effettivo (anche in quelle parti del territorio nazionale dove più difficile è l’ordinario funzionamento dei servizi cui la formazione stessa è funzionale), capace di individuare i problemi, di trovare le procedure condivise per avviarli a soluzione, di tener conto della diversità delle diverse parti del territorio nazionale.

Alla Convenzione di Cernobbio è dedicato, nelle sue parti essenziali, questo numero di *Monitor*.

Troviamo in esso alcune parole ricorrenti.

Anzitutto la *trasparenza*, come requisito di tutti i soggetti e di tutti i passaggi: nessuna “*matrioska*”, nessuna delegazione di compiti, può derogare a questo principio.

In secondo luogo, la *qualità* e l’*indipendenza* dei contenuti formativi: ancora una volta il punto è stabilire un collegamento virtuoso tra il grande contributo delle società scientifiche e la necessaria trasparenza dei rapporti tra queste, i provider privati e, più in generale, i gruppi di pressione. Non è un caso che, nel sistema ECM, la qualità e l’indipendenza sono presidiati da due distinti organismi.

Queste parole forti sono coerenti con le disposizioni normative che reggono l’educazione continua in medicina, che dal 2007 vede tale sistema affidato al-

l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, come “casa comune” dell’ECM. L’Agenas sta infatti assumendo, nei fatti oltre che nelle regole del sistema (e grazie al costante appoggio del Ministro competente, oltre che delle Regioni), un ruolo di Agenzia nazionale di valutazione: dei sistemi sanitari, delle strutture, degli esiti, della stessa formazione continua (dove opera come strumento essenziale della Commissione nazionale per la formazione continua).

Gli articoli che seguono mettono in luce le tante facce di questo sistema.

Da una parte abbiamo quello che potremmo chiamare il “modello Puglia”, cioè la costruzione di un effettivo sistema ECM realizzato in molte regioni, anche sottoposte a piani di rientro, attraverso una stretta collaborazione con l’Agenas e con l’infrastruttura esistente del sistema, così da evitare duplicazioni costose e da sviluppare una maggiore omogeneità e una più forte integrazione all’interno di un sistema che, come tutta la sanità italiana, è nazionale-regionale.

Accanto a questo, c’è il modello autonomo, proprio di alcune delle regioni più mature e robuste, rispetto al quale le regole che il sistema sta per darsi dovrebbero non ridurre l’autonomia (che è fonte di vantaggi e di stimolo per tutti), ma ricomprenderla dentro una rete di regole condivise.

Nel numero di Monitor troviamo anche accentuazioni meno consuete, come la presentazione di un’esperienza, quella biellese, dove l’attenzione ai contenuti tecnico-professionali è stata ac-

compagnata da un intenzionale e forte investimento sulle motivazioni etiche e culturali dello stare in un’azienda sanitaria e su come l’ECM possa aiutare a starci dentro con sempre maggiore consapevolezza, che è anzitutto coscienza del carattere reticolare dei sistemi sanitari, come degli altri sottosistemi dei servizi pubblici. Di qui la sottolineatura delle reti cui l’Agenas presta opera di raccordo e coordinamento, Remolet e Rihta, e degli altri sistemi per loro natura a rete, come nel settore dei distretti sanitari e dell’emergenza 118, dove il problema è la generalizzazione delle buone pratiche già presenti in molte regioni, rispetto al quale l’Agenas ha svolto e svolge un importante compito di supporto alle Regioni stesse.

La III Conferenza nazionale sarà anche il luogo per precisare alcuni problemi ancora aperti e per avviare una discussione su altri, che soltanto ora cominciamo a mettere a fuoco.

Uno di questi (e Cernobbio sarà l’occasione per invitare tutti a misurarsi sul tema) è quello di passare dall’attenzione al profilo della sola performance individuale a quello del rendimento dell’équipe e, più in generale, dell’organizzazione. Nel momento in cui anche i problemi del rischio clinico (particolarmente acuti oggi) si spostano dall’attenzione esclusiva alla responsabilità professionale del singolo professionista alla considerazione delle responsabilità connesse alla disorganizzazione della struttura sanitaria, anche la dinamica formativa deve estendersi a tale dimensione.



Educazione continua in medicina: una sfida culturale per la qualità del sistema formativo

di **Ferruccio Fazio**

Ministro della Salute

La formazione continua interviene nel sistema sanitario aggregando e impegnando ogni suo settore e, per questo motivo, il disegno di una “rete” di sistema definita nel messaggio della manifestazione di Cernobbio è particolarmente importante.

Quest’anno la Commissione ha deciso di cominciare a tessere una rete dove tutti gli elementi che compongono il Sistema riescano a dialogare.

Il primo passaggio è quello istituzionale: lo Stato e le Regioni. I rapporti tra le due istituzioni in materia di ECM si devono fondare sul sistema degli Accordi tra lo Stato e le Regioni in un clima di leale collaborazione.

Su questa base, la Commissione ha avviato l’accreditamento dei provider nazionali per procedere a sperimentare un primo regolamento contenente i criteri per tale procedimento e ad avviare i controlli utilizzando il Comitato di Garanzia, organismo che la Commissione ha istituito per garantire l’indipendenza del contenuto formativo dei corsi erogati da provider che si avvalgono di sponsor.

In Italia il sistema di Educazione Continua in Medicina ha raggiunto un tale livello di maturazione e d’integrazione da rendere inevitabile una ridefini-

zione delle strutture a supporto della Commissione nazionale della Formazione Continua, garanti della verifica e della valutazione della qualità del sistema formativo: il Comitato di Garanzia e l'Osservatorio nazionale per la Qualità della Formazione Continua in Sanità.

A tal proposito è indispensabile stabilire i punti di contatto fra l'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto del 2007 e quelli dell'Accordo del 5 novembre del 2009, al fine di delimitare i ruoli e le specifiche funzioni dei due sistemi di supporto e i relativi livelli d'integrazione, in una stretta sinergia istituzionale fra il sistema nazionale e quello delle Regioni, e che tenga conto degli equilibri fra le Regioni designati dalla *governance* descritta nei richiamati Accordi.

È stato, quindi, avviato un corso sperimentale di auditing degli osservatori necessari a svolgere le verifiche sulla qualità dei provider sul campo, presso le loro sedi e dove svolgono i corsi di formazione a cura dell'Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua.

Si tratta di operazioni particolarmente delicate che impongono regole e comportamenti che non possono essere oggetto di parzialità in quanto l'accreditamento nazionale o quello regionale non può favorire l'una o l'altra appartenenza: ecco la necessità di creare l'impalcatura di regole che possono contenere elementi di flessibilità, ma che non devono essere oggetto di facilitazioni da parte degli enti accreditanti.

È per tale motivo che nel nuovo Accordo 2011 sono state definite delle Linee guida per l'adozione dei manuali che la Commissione nazionale per prima e le Regioni e le Province autonome all'atto del rispettivo avvio dell'accredita-

mento dei provider, adotteranno nel territorio di propria competenza.

A garanzia di un sistema unitario e al tempo stesso specifico, a seconda delle esigenze della popolazione di riferimento e della tipologia di territorio da gestire, le linee guida prevedono alcuni elementi fondamentali ai quali i Manuali per l'accreditamento dei provider devono necessariamente fare riferimento e che riguardano i criteri per l'attribuzione dei crediti formativi alla formazione erogata e la qualità del prodotto formativo che non può essere oggetto di tolleranza, pena l'opportunità di poter contare su un Sistema di formazione continua che obbliga oltre un milione di operatori ad aggiornarsi.

L'accreditamento dei provider ha segnato un passaggio fondamentale del Sistema di formazione continua, infatti, l'avvio degli accreditamenti ha comportato anche l'attivazione degli organismi idonei a garantire la trasparenza e l'indipendenza del contenuto formativo offerto ai professionisti sanitari per l'aggiornamento, senza trascurare la valutazione della qualità del prodotto formativo.

L'avvio del nuovo Sistema ha anche prodotto la necessità di riscontrare la compatibilità delle regole definite dalla Commissione nazionale per la formazione continua con la reale consistenza delle condizioni ritenute indispensabili per individuare i soggetti idonei a svolgere il ruolo di provider, oltre a valutare l'impatto delle regole stesse rispetto a sistemi in essere che intervengono sulla materia come, ad esempio, la sponsorizzazione.

Al fine di mantenere, sviluppare e incrementare le conoscenze, le competenze e le performance degli operatori della sanità l'Educazione continua in medicina (ECM) deve rappresentare lo strumento di cambiamento dei comporta-

menti individuali e collettivi, indispensabile per promuovere lo sviluppo professionale e per svolgere – al tempo stesso – una funzione specifica in favore del sistema sanitario indispensabile a garantire, nel tempo, la qualità e l’innovazione dei suoi servizi.

I requisiti richiesti, contenuti nelle richiamate Linee guida necessarie per l’adozione dei Manuali per l’accreditamento dei Provider accreditati dalla Commissione nazionale per la for-

mazione continua o dalle Regioni e/o Province autonome, riguardano il rispetto delle procedure di registrazione e reporting degli eventi e dei crediti formativi assegnati, le caratteristiche del soggetto da accreditare, la sua organizzazione, il rigore qualitativo nella offerta formativa proposta e l’indipendenza da interessi commerciali, tutti requisiti necessari a garantire una attività formativa efficiente, efficace ed indipendente.

ECM: la costruzione di un modello di formazione coerente con il sistema sanitario italiano

di **Amedeo Bianco**

Presidente Fnomceo - Federazione Nazionale Ordini Medici e Odontoiatri

La Commissione nazionale Ecm porta quest'anno a Cernobbio i frutti di un anno di lavoro intenso: il nuovo Accordo Stato Regioni migliora il precedente, trovando un punto di equilibrio tra i due sistemi di accreditamento, nazionale e regionale.

Il doppio sistema di accreditamento è una palestra in cui si sperimenta la possibilità di realizzare, su un terreno di sintesi e di sinergie, sia il rispetto delle specificità delle singole Regioni sia la coerenza del sistema nel suo complesso.

La sfida culturale che abbiamo affrontato sta nella capacità di sviluppare forme di federalismo maturo efficace ed efficiente. Si tratta di rispettare l'esigenza regionale di orientamento, anche attraverso regole normative connesse alle proprie specificità organizzative, trovando un punto di equilibrio con la coerenza al sistema nazionale, anche perché il riconoscimento dei titoli è comunque a livello nazionale. Per far sì che i sistemi regionali competano tra di loro verso l'alto e non verso il basso, occorre tenere saldo un *asset* omogeneo di requisiti e criteri per l'accREDITamento, in modo da dare ai professionisti una garanzia sulla qualità e l'efficacia della formazione.

Credo che il percorso compiuto in questi anni sull'Educazione continua in medicina sia stato tutto orientato alla costruzione, in termini concreti e reali sia pure con tutte le difficoltà che abbiamo visto e che vediamo, di un sistema di offerta di attività formative che fosse coerente allo sviluppo del sistema sanitario. Le attività formative, che già prima venivano svolte in ragione dei codici deontologici e della responsabilità di ogni singolo professionista, sono state ricondotte ad un sistema di formazione capillare, che guardi da una parte ai bisogni del singolo, sulla base del profilo delle sue esigenze e competenze, e dall'altra ai bisogni delle organizzazioni sanitarie, perché la formazione continua è elemento essenziale per la qualità delle prestazioni, per il miglioramento delle or-

ganizzazioni e dei processi assistenziali, di prevenzione e di cura.

Intorno a queste esigenze si sono costruite le particolarità e le specificità del sistema Ecm italiano, che discuteremo insieme a Cernobbio. Il primo elemento caratterizzante del nostro sistema è sicuramente l'idea del dossier formativo, individuale e regionale, che è già in sperimentazione avanzata in alcune realtà. Uno strumento che disegna, complessivamente, il percorso di aggiornamento e studio compiuto, rivelandone la coerenza e anche le eventuali criticità.

L'altro elemento specifico è la messa in rete delle anagrafiche dei professionisti e la certificazione presso le autorità di Ordini e Collegi, dei crediti di ogni singolo professionista. Questo metodo ha realizzato una mappatura straordinaria delle attività formative svolte, visto che coinvolge complessivamente circa un milione di professionisti, dandoci la possibilità di avere una banca dati di tutte le attività realizzate.

Il terzo punto caratterizzante è quello di aver affrontato in modo maturo il rapporto tra autonomia e indipendenza della formazione e sponsorizzazioni, ovvero il rapporto tra sponsor e provider. Nel nostro sistema tutto questo avviene nell'ottica della trasparenza, attraverso un contratto pubblico. C'è un'area di convergenza fra gli interessi dell'industria e la formazione: le aziende farmaceutiche o biomedicali hanno prodotti di qualità, innovativi, che hanno una loro forza propositiva e che quindi è utile che entrino in un circuito di comunicazione e di formazione. Per lo sponsor che voglia invece soltanto promuovere i suoi prodotti restano i consueti canali di informazione, al di fuori dell'Ecm.

Quarto tema proprio dell'Ecm italiana è quello legato allo sviluppo delle attività di ricerca sui

temi della formazione, che svilupperemo proprio a Cernobbio. Questo filone di ricerca deve essere profondamente mirato a obiettivi di aggiornamento delle attività formative, di valutazione e misurazione dell'impatto della formazione sulla qualità dei servizi e deve avere come obiettivo la creazione di una cultura di innovazione delle metodologie didattiche, per rispondere in modo sempre più appropriato alla domanda, notevole anche sotto il profilo quantitativo, "imparando" anche dalla valutazione degli *outcome* della formazione.

Malgrado la soddisfazione per il lavoro compiuto fino ad oggi, non possiamo però nascondere le criticità che il sistema Ecm ancora presenta.

Sicuramente, ed è la più rilevante delle criticità, il sistema ha delle asimmetrie tra domanda e offerta, perché segue in parte una logica di mercato e il mercato ovviamente si orienta là dove ci sono legittimi interessi da soddisfare.

La cabina di regia del sistema può però contare su una mappatura accurata dell'offerta e, di conseguenza, offrire risposte alla domanda di formazione "inevasa".

Proprio in questa prospettiva la Fnomceo, ma anche l'Ipasvi, quest'anno ha messo a disposizione attività formative a distanza, potenzialmente aperte a tutti gli iscritti, in grado di coprire il 50% dei crediti formativi richiesti, a titolo gratuito. Non credo che questo sia sufficiente a risolvere il problema, ma dimostra che non è impossibile farlo. Stiamo lavorando a questo in modo sistematico, e per l'anno prossimo proporremo diversi eventi formativi in materia di deontologia, oltre a progetti legati alla buona gestione del servizio sanitario.

Inoltre, per cogliere i bisogni dei singoli professionisti o delle singole strutture, esistono altri

strumenti. Il primo è la formazione sul campo aziendale, dove tutti gli obiettivi legati al miglioramento della qualità dei processi possono essere affrontati organizzando incontri di audit clinico, peer review, gruppi di lavoro, revisione dei casi clinici, dei processi ecc.

Altra possibilità da sviluppare, soprattutto per rispondere al bisogno di formazione e di aggiornamento dal punto di vista tecnico professionale, è quella che ha come attori le Società

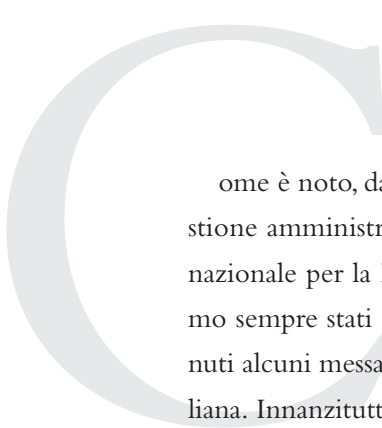
scientifiche, per coprire sempre più questa fetta di bisogno formativo che attiene allo sviluppo delle competenze in ogni singola area specialistica o ultra specialistica.

Una gamma di offerta, da sviluppare certamente, ma già molto variegata, nella quale ogni medico e ogni professionista della sanità può trovare risposta alla sua esigenza di formazione, per il miglioramento della propria qualità professionale e quindi dell'intero sistema sanitario.

L'ECM nella prospettiva della formazione aziendale

di **Fulvio Moirano**

Direttore - Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali



Come è noto, dal 1° gennaio 2008 (L. n. 244/2007) l'Agenas ha assunto la gestione amministrativa del Programma ECM ed il supporto alla Commissione nazionale per la Formazione Continua. Nell'adempiere a questo compito, siamo sempre stati consapevoli che nel programma nazionale ECM sono contenuti alcuni messaggi di particolare rilevanza per l'intero mondo della sanità italiana. Innanzitutto, viene riconosciuto nella normativa l'obbligo anche deontologico per i professionisti di essere costantemente aggiornati, di acquisire nuove conoscenze, ma anche di possedere quell'insieme di abilità e competenze che sono utili per rispondere – nella pratica quotidiana – prima di tutto, ovviamente, ai bisogni dei pazienti, ma anche agli obiettivi di miglioramento continuo della qualità del contesto in cui si trovano ad operare, sia esso il Servizio sanitario nazionale, regionale, aziendale e libero professionale. È di tutta evidenza che una priorità del genere comporta un impegno costante, sia sul piano organizzativo che su quello economico. D'altra parte i professionisti hanno anche il diritto di accedere alla formazione in modo adeguato per adempiere all'obbligo di acquisire annualmente i crediti formativi.

Dobbiamo, tuttavia, riconoscere che il compito si presenta complesso, dal momento che oggi, in una contingenza economica come quella attuale, la situazione di finanza pubblica non consente di far crescere il fondo sanitario nazionale con il ritmo con cui era possibile farlo negli anni passati, quando si poteva maggiormente assecondare il naturale incremento dei costi, dovuto a fattori quali l'invecchiamento della popolazione, l'uso di tecnologie e farmaci sempre più sofisticati e costosi. Ciò nonostante, la crescita del fondo, a seguito delle recenti manovre, si è mantenuta, anche se in forma piuttosto contenuta.

Questa generale situazione di crisi rende, a mio parere, ancora più importante l'aspetto della formazione; infatti, l'esperienza ci insegna che, nel momento

in cui un'azienda si trova in una situazione di difficoltà, quello che non si deve assolutamente tagliare è l'investimento per la formazione, dal momento che la pratica aziendale dimostra che la ripresa è collegata strettamente all'investimento che si fa nella formazione e nel miglioramento continuo della qualità.

A maggior ragione questo avviene nel nostro caso, in sanità, dove, proprio perché i professionisti esprimono un livello di capacità, di competenze e di specializzazione così rilevante ed operano in un settore dove la conoscenza, la tecnica, la tecnologia evolvono così rapidamente, è necessario fare "manutenzione" della risorsa capitale umano (che in un'azienda sanitaria in media rappresenta più del 50% dei costi complessivi), perché è proprio l'aggiornamento del personale il fattore che consente ad un'azienda di essere "competitiva" sul mercato, in termini di appropriatezza, di qualità, di miglioramento continuo.

Invece, non sempre questo avviene. Basti pensare che, mentre per la manutenzione annuale delle attrezzature un'azienda normalmente investe dal 5% all'8% del costo dell'attrezzatura, i fondi previsti dai contratti collettivi per la formazione ("manutenzione" del personale) sono circa l'1% del monte salari. A questo riguardo riteniamo, peraltro, molto importante ribadire che sia la parte pubblica ad investire nel campo della formazione, tenendo presente che il privato può e deve contribuire, a condizione che siano ben chiari e trasparenti i possibili conflitti di interesse, come abbiamo provato a fare nella Commissione nazionale, tenendo conto del punto di vista sia dei professionisti che dell'industria.

Entrando più nel vivo delle questioni che attingono alla pratica della formazione in sanità, ed esaminando quanto sta avvenendo soprat-

tutto a livello regionale, ci rendiamo conto che si possono attuare ottime sinergie a livello regionale perché si possono accentrare alcune attività di formazione che hanno bassi numeri di richieste a livello aziendale. Per esempio, alcune Regioni hanno portato a livello regionale la formazione per alcune tipologie di specialisti a rara diffusione e anche la formazione manageriale per i Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi, Direttori dei Dipartimenti, Direttori di Strutture Complesse realizzando così una forte concentrazione delle attività.

Lo stesso discorso, a maggior ragione, vale per il livello aziendale, se consideriamo che ogni azienda ha un numero considerevole di dipendenti (oggi, con l'accorpamento di diverse aziende, parliamo in molti casi di più di 500 dirigenti e di 5.000 dipendenti) e, quindi, dovendo tutti questi professionisti acquisire i crediti formativi è evidente che occorre impostare una macchina organizzativa anche a livello aziendale, utilizzando tutti gli strumenti che l'azienda ha a disposizione. Fra le modalità di erogazione della formazione, esiste senza dubbio, la formazione residenziale, che offre l'opportunità alle aziende di formare i propri professionisti attraverso la partecipazione a congressi e corsi di aggiornamento.

Si stanno implementando, però, anche altre modalità di aggiornamento, come la formazione a distanza (FAD), che attraverso il notevole sviluppo delle tecniche informatiche e digitali consente la comunicazione con interlocutori localizzati in sedi diverse, permettendo al fruitore di partecipare in tempi differenti da quelli in cui opera il docente/formatore, ed evitando nel contempo la mobilità del personale.

Viene sempre più incrementata anche la for-

mazione sul campo (FSC), nella quale sono utilizzati direttamente per l'apprendimento i contesti, le occasioni di lavoro e le competenze degli operatori impegnati nelle attività. Questa modalità di formazione, che include anche la partecipazione ad attività di ricerca e a commissioni e gruppi di miglioramento, offre la massima possibilità di essere legata alle specifiche esigenze di sviluppo dei servizi e di miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e i comportamenti organizzativi.

La formazione sul campo, inoltre, consente l'utilizzo della revisione critica dei comportamenti all'interno dei diversi livelli di organizzazione aziendale, pensiamo ai dipartimenti, e anche ad alcune strutture complesse particolarmente rilevanti. In questi contesti, si possono organizzare *audit*, attività di miglioramento continuo della qualità, si possono incentivare i dibattiti, le discussioni formalizzate che in qualche modo consentano l'acquisizione di crediti e un livello di miglio-

ramento concreto del proprio operato quotidiano.

Questo tipo di attività può essere realizzata utilizzando competenze interne alle unità operative e, di conseguenza, qualificando le diverse professionalità, oppure, in qualche caso, utilizzando anche competenze esterne.

Una metodologia di formazione che si può realizzare a livello aziendale è quella, utilissima, che investe competenze trasversali, che riguardano professionalità diverse, ad esempio quella relativa ai processi organizzativi, al miglioramento della sicurezza e dei comportamenti sul luogo di lavoro, nonché di tutte quelle attività che consentono la comprensione del contesto economico e sociale, a livello nazionale e regionale.

Attraverso questo tipo di formazione è possibile, per tutti coloro che operano all'interno delle strutture sanitarie, migliorare la condivisione delle scelte di programmazione nazionale e regionale ed in particolare di percepire in modo più consapevole il ruolo della singola azienda rispetto alle politiche regionali e nazionali.

La formazione continua ECM: dall'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009 al consolidamento del sistema

di **Luca Coletto**

Assessore alla Sanità della Regione Veneto

Coordinatore della Commissione Salute e Vice Presidente della Commissione Nazionale per la Formazione Continua

La terza Conferenza nazionale sulla Formazione Continua in Medicina offre un'importante occasione che ci consente non solo di fare il punto sullo "stato dell'arte" dell'ECM nazionale e regionale, ma di approfondire, attraverso un fruttuoso confronto di idee, le iniziative che abbiamo avviato sul delicato terreno dell'Educazione Continua in Medicina.

Questo tradizionale incontro si colloca in un momento di particolare impegno da parte di tutte le Regioni che devono assicurare l'efficienza e, anzi, la miglior qualità della produzione dei servizi erogati dal Sistema Socio Sanitario, coniugandola al necessario freno della spesa pubblica.

Il Sistema Socio Sanitario è infatti fortemente articolato e ricco di potenzialità che devono essere utilizzate a pieno, con un approccio flessibile, non burocratico e orientato da un modello organizzativo che consenta ad ogni singola Regione un'applicazione delle regole nazionali rispettosa delle prerogative territoriali.

La ricerca, quindi, di processi condivisi, sia sul piano politico che su quello tecnico, è la miglior garanzia per stabilizzare gli obiettivi raggiunti e assicurare il progredire costante dei nostri interventi in questo ambito.

Le azioni regionali devono corrispondere agli obiettivi declinati a livello nazionale, a garanzia dell'erogazione dei LEA, e costituire il volano per l'attuazione dei contenuti dei Piani Sanitari Regionali.

Vanno pertanto promosse tutte le azioni utili per incentivare il miglioramento della qualità, anche quella percepita, corrispondendo così alle aspettative dei cittadini che esprimono bisogni di salute sempre più elevati e chiedono servizi di alta qualità.

La valorizzazione del “capitale umano” impiegato nel nostro sistema costituisce una priorità imprescindibile per il mantenimento e l'accrescimento dei livelli di erogazione dei servizi.

Lo sviluppo dei Sistemi Sanitari non può quindi prescindere da un governo strategico della formazione, intesa nell'accezione ampia di formazione di base, specialistica/complementare e formazione continua, rivolta a tutte le professioni sanitarie coinvolte a vario titolo nel percorso assistenziale, nell'ambito del sistema salute.

Il processo si esprime attraverso l'individuazione dei fabbisogni di professioni sanitarie e socio-sanitarie, ai fini della programmazione degli accessi universitari, e si sviluppa con interventi costanti di formazione continua, che seguono tutto l'arco temporale di impegno lavorativo dei professionisti sanitari.

Uno sforzo importante è stato compiuto, a mio parere, in questi ultimi due anni, per ricercare, anche attraverso il metodo della sperimentazione nazionale e regionale, un “modello” di educazione continua in medicina capace di corrispondere alle esigenze di riqualificazione e aggiornamento del personale, il più omogeneo possibile sull'intero territorio nazionale, ma che assicuri, nel contempo, la possibilità ad ogni singola Regione di una applicazione delle regole comuni, rispettosa e corrispondente alle proprie specificità territoriali.

Il modello, i cui contorni sono delineati nell'ipotesi di Accordo Stato Regioni in materia di ECM, riferito al triennio 2011-2013, è senz'altro un passo importante verso l'attuazione di forme organizzative più funzionali, anche in relazione ai diversi obiettivi strategici/operativi in ambito nazionale, in quello regionale, fino a quello aziendale.

Ricordo che il sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM), definito dal D.lgs. 229/99, ha preso concretamente avvio nell'anno 2000, con il decreto del Ministero della Salute del 5 luglio, che ha istituito la prima Commissione nazionale per la formazione continua.

Il legislatore nazionale ha riconosciuto all'epoca alle Regioni un ruolo in qualche modo “subalterno”, mi sia consentita l'espressione, nel governo dell'ECM e precisamente: la programmazione e l'organizzazione (diretta) dei programmi regionali di formazione, l'accreditamento degli stessi secondo i criteri dettati dalla Commissione nazionale, l'elaborazione di obiettivi di interesse regionale; alle Regioni era altresì riconosciuto un ruolo “concorrente” nell'individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale.

Va da sé che questa impostazione “centralistica”, anche se assolutamente giustificabile in quel momento storico, nel 2001, con la riforma del Titolo V della Costituzione, ha subito una profonda revisione, tanto che l'impianto complessivo del sistema è stato fortemente modificato nell'Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007.

Il successivo Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009, ha definito in maniera compiuta il quadro di riferimento per la *governance* del sistema della formazione continua, segnando il passaggio definitivo dalla fase sperimentale di accreditamento delle attività di formazione a quella, a regime, di accreditamento dei *provider*.

Negli accordi successivi alla riforma del Titolo V, si è voluto quindi sottolineare che la composizione dell'organismo di governo, cioè la Commissione nazionale, deve configurare la condivisione e la partecipazione delle autonomie e delle responsabilità dei soggetti istituzionali in campo e, quindi, del Ministero della Salute, del-

le Regioni e Province Autonome e degli Ordini, Collegi ed Associazioni professionali.

Gli otto esperti designati dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, hanno, nella nuova configurazione della Commissione, questo delicato ed importante ruolo.

Questa collaborazione tra istituzioni è ulteriormente rafforzata dalla presenza di tutte le Regioni e Province autonome, nel Comitato Tecnico delle Regioni, al quale sono stati riconosciuti compiti fondamentali nella:

- valutazione dei contenuti di carattere prescrittivo che concernono la formazione continua;
- indicazione e sviluppo degli obiettivi formativi nazionali e loro coordinamento con quelli regionali;
- elaborazione di proposte per l'attuazione del programma ECM;
- sviluppo di sistemi di interscambio e collaborazione a livello nazionale e regionale;
- collaborazione operativa e armonizzazione nei processi di accreditamento e verifica, anche dei piani formativi e della qualità degli eventi formativi.

Le Regioni si sono ritagliate, inoltre, un ruolo sempre più autonomo e in alcuni casi direi "originale" nell'organizzazione e gestione dei propri sistemi di accreditamento, tanto da divenire, all'interno della stessa Commissione Na-

zionale, i protagonisti attivi del cambiamento che oggi vede la sua piena realizzazione.

Un panorama poliedrico in cui confluiscono tematiche, situazioni e fruitori eterogenei, che abbisogna di essere "governato", tenendo presente che risulta assolutamente necessario un approccio di leale collaborazione tra istituzioni affinché le regole che il sistema si dà, siano riconosciute come proprie da tutti, dallo Stato e dalle Regioni appunto.

Ho sottolineato questo per confermare che il sistema ECM è il frutto di questa stretta collaborazione, sapendo che la strada da percorrere è ancora lunga e sicuramente perfettibile, in quanto i processi di cambiamento non sono sempre facili, ma ritengo di poter affermare, senza ombra di smentita, che nessuno si è sottratto, né sul piano politico né su quello tecnico, allo sforzo di ricercare un terreno di comune accordo.

L'aver mantenuto sostanzialmente intatto il sistema della formazione obbligatoria, anche in questo delicato momento storico, è tra i meriti che vogliamo assumerci perché la convinzione che la formazione sia assolutamente fondamentale al progresso del sistema salute non è mai venuta meno!

L'orizzonte temporale che si prospetta per consolidare ed adeguare costantemente il sistema ECM è ormai delineato e siamo tutti consapevoli che si tratta di una tappa fondamentale per ottimizzare la gestione dei processi e quindi l'efficacia e l'efficienza dei servizi al cittadino.

Le attività dei provider: le novità in cantiere

di **Maria Linetti**

Segretario Commissione nazionale per la Formazione Continua

La terza Conferenza nazionale sulla Formazione Continua in Medicina affronta un nuovo passaggio del Sistema di Formazione Continua: quello che fa emergere e vuole superare le contrapposizioni presenti fra gli *stakeholder* del Sistema stesso.

Mi riferisco, in particolare, al ruolo che svolge la Commissione nazionale per la formazione continua a livello nazionale e le rete degli enti formativi regionali e provinciali presenti sul territorio che hanno avviato i rispettivi sistemi di accreditamento, prima degli eventi, oggi dei *Provider*. Il lavoro della Commissione ha contribuito non poco alla definizione dei *Provider*, sia dei *Provider* pubblici che di quelli privati; sono state identificate le loro caratteristiche, le diverse posizioni ed esigenze. In particolare, ci si è concentrati nell'analisi delle loro posizioni rispetto agli *sponsor*.

La Commissione nazionale ECM attribuisce un grande valore al nuovo accordo, dal momento che, con l'avvio del sistema dei provider, intende porsi come diretto interlocutore dei soggetti giuridici che hanno la capacità di stare nel sistema a tutto tondo. E non mi riferisco solo all'attività contrattuale, per la quale la Commissione può offrire un valido supporto ai provider, e in modo particolare alle società scientifiche che si accreditano come provider, ma anche al ruolo di sostegno a tutte le forme di organizzazione correlate all'erogazione della formazione continua, che per sua stessa natura hanno sì un connotato, diciamo, culturale, ma necessitano anche di un forte supporto logistico e organizzativo degli eventi.

Entrando nel vivo delle condizioni essenziali che vengono richieste ai provider, voglio sottolineare che la Commissione chiede innanzitutto ai propri interlocutori la garanzia della **trasparenza**. Chiedere trasparenza significa che, nel momento in cui la società scientifica/provider o un altro interlocutore si avvale di un altro soggetto, a sua volta deve pretendere che tutte le azioni che svolge questo soggetto siano sotto il connotato della trasparenza.

Vorrei, in questo contesto, approfondire il rapporto che si pone in essere fra le società scientifiche e gli enti che organizzano gli eventi: le loro peculiarità, le rispettive esperienze culturali e organizzative, i loro avvicendamenti.

È opportuno sottolineare che la Commissione fonda un sistema di aggiornamento continuo contando sulla presenza attiva delle società scientifiche. In altre parole, l'auspicio è di avere provider-società scientifiche, a tutela dell'indipendenza del contenuto formativo.

È evidente, d'altronde, che nel momento in cui la società scientifica/provider intende organizzare un evento di formazione, ha necessità di avvalersi di un supporto, vuoi di servizi, vuoi tecnologico, e, quindi, di stipulare un atto contrattuale, un accordo con questo soggetto. E l'accordo può essere assolutamente variabile, perché in termini giuridici ognuno può stipulare con un altro soggetto un contratto, quindi un accordo fra le parti, libero nei suoi contenuti.

Ecco che, fermo restando che la Commissione privilegia una società scientifica come provider, offre al tempo stesso la propria collaborazione per far sì che essa possa avvalersi, per esempio, di una società di servizi.

Un Sistema, quindi, articolato complesso e soprattutto che si fonda su una **“rete armonica di interessi e responsabilità”**.

IL LAVORO DELLA COMMISSIONE

La Commissione nazionale per la formazione continua ha avviato i suoi lavori con l'accreditamento dei Provider per l'erogazione della formazione a distanza (anno 2010) per poi procedere all'accreditamento dei Provider per l'erogazione di tutte le tipologie formative ammesse dal Regolamento (anno 2011).

Sono stati avviati i processi di valutazione, ana-

lisi e implementazione del procedimento di accreditamento a cura della Segreteria ECM, avendo cura di avviare, contemporaneamente, le attività connesse alle “garanzie del Sistema”: l'Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua e il Comitato di Garanzia per l'indipendenza del contenuto formativo da parte degli sponsor.

Le richiamate attività hanno comportato uno sforzo significativo per l'impostazione dei Manuali e Regolamenti che sottostanno alle attività di auditing e di controllo, unitamente allo sforzo prodotto per la definizione delle procedure attraverso percorsi di sperimentazione.

Per quanto riguarda l'Osservatorio nazionale, è stato elaborato un Manuale per la Qualità della formazione continua e, sulla base dei suoi contenuti, è stato organizzato un corso sperimentale al quale hanno partecipato gli operatori sanitari designati dai rispettivi Ordini, Collegi e Associazioni professionali.

Sono state effettuate delle visite presso Provider individuati attraverso un criterio di assoluta casualità utilizzando il sistema informatico. Gli esiti delle visite e delle valutazioni sono stati oggetto di analisi, studio e rielaborazione a cura dei componenti dell'Osservatorio stesso.

In occasione della terza Conferenza nazionale sulla Formazione Continua in Medicina a Cernobbio, verrà illustrato il documento e, soprattutto, la metodologia e la procedura che sostiene il percorso di auditing presso i Provider. Ciò per rendere edotti gli stessi Provider interessati sia sotto il profilo culturale (manuale), sia sotto il profilo procedurale (visite, documentazioni da rendere disponibili, attività, ecc.).

Il Comitato di Garanzia per l'indipendenza del contenuto formativo, invece, è deputato a porre in essere un sistema di controllo nei

confronti dei Provider che si avvalgono degli sponsor.

Il Comitato ha utilizzato il documento elaborato e approvato dalla Commissione nazionale per la formazione continua denominato “Regolamento per l’accreditamento dei Provider”, con particolare riguardo alla parte dedicata al Conflitto di interessi e alla Pubblicità nel sistema di formazione continua.

Il Comitato ha, quindi, proceduto svolgendo alcune visite a campione (visitando i provider estratti con i criteri di casualità utilizzando il sistema informatico), impegnando, per l’operazione, gli stessi componenti del Comitato stesso.

Gli esiti sono stati molto positivi, tanto da considerare la procedura utilizzata come punto di partenza per l’elaborazione di un documento a disposizione dei Provider e degli addetti ai controlli elaborato sulla base delle determinate adottate, in materia, dalla Commissione nazionale.

In occasione della Conferenza di Cernobbio, verrà presentata l’esperienza e, soprattutto, la metodologia, gli strumenti e le procedure che saranno svolte all’atto dei controlli presso i provider interessati.

Alle richiamate attività, che presuppongono percorsi procedurali atti a svolgere i compiti a carico della Commissione nazionale per la formazione continua, dei suoi organismi e delle sue Sezioni, vanno aggiunte quelle relative alla messa a punto dei “modelli” utili al confronto tra i Provider e la Commissione stessa.

In tal senso, sono stati definiti – a titolo indicativo – alcuni modelli contrattuali resi disponibili sul sito ECM della Commissione nazionale, in favore dei Provider interessati.

Si tratta di modelli che i Provider e gli sponsor possono utilizzare nelle varie occasioni in co-

incidenza con l’organizzazione di un evento formativo e sono distinti in base ai soggetti sottoscrittori: Provider e sponsor, tra due Provider, tra due Provider e uno sponsor.

In occasione della manifestazione a Cernobbio, oltre alla illustrativa dei principi che sostengono i rapporti tra Provider e Sponsor saranno presentati anche i vari tipi di contratto e la loro utilizzazione.

Per quanto riguarda il sistema di reportistica dei dati che ogni Provider deve inviare all’ente accreditante e al Cogeaps, la Segreteria ECM, sulla base delle indicazioni fornite dalla Commissione nazionale, in collaborazione con l’Agenas e il Cogeaps stesso, ha definito i report necessari alla rendicontazione che ogni Provider è tenuto ad inviare.

La **rendicontazione** è il punto cardine del Sistema di formazione continua perché i suoi elaborati sono indirizzati agli Ordini, Collegi e Associazioni professionali distribuiti su tutto il territorio nazionale e consente alle richiamate istituzioni di procedere alla certificazione dei crediti formativi in favore degli operatori sanitari (oltre un milione di operatori).

Il corretto invio e, soprattutto, il rispetto delle procedure, delle elencazioni, dai dati richiesti ha comportato la necessità, per i Provider, di utilizzare un sistema informatico particolarmente adatto. Sulla base delle intervenute difficoltà la Segreteria ECM, il Sistema informatico dell’Agenas e il Cogeaps hanno posto in essere un prodotto che, recentemente, è stato reso disponibile ai Provider che intendono utilizzarlo.

IL NUOVO ACCORDO STATO-REGIONI

Il Nuovo Accordo Stato-Regioni è l’ulteriore attività che svolge la Commissione nazionale per la formazione continua. L’atto, come noto,

si fonda su un rapporto di leale collaborazione tra lo Stato e le Regioni e, per la Formazione Continua, la stessa Corte Costituzionale si è pronunciata sottolineando che la *governance* della Commissione garantisce un sistema condiviso tra Stato e Regioni che deve regolare il Sistema di Formazione Continua. La ratio del nuovo Accordo, quindi, mira a definire l'omogeneità dei sistemi di accreditamento nazionale e regionale/province autonome, adottando le Linee guida per la definizione di Manuali per l'accREDITAMENTO dei Provider che, oltre alla Commissione nazionale, deve essere adottato dalle Regioni e dalle Province autonome.

Il documento proposto cerca di assicurare la piena autonomia degli enti territoriali nel definire, gestire e controllare la propria rete assistenziale pubblica e privata, salvaguardando che il numero dei crediti formativi, la qualità del prodotto formativo e l'indipendenza dagli sponsor

del contenuto culturale erogato sia comunque garantito su tutto il territorio nazionale da tutti gli enti accreditanti.

Un'attenzione particolare è stata dedicata ad individuare ciò che gli Enti accreditanti devono garantire rispetto all'accREDITAMENTO degli altri soggetti che intendono essere accreditati in qualità di Provider nazionali e Regionali/provinciali diversi dai precedenti.

In tal caso, il nuovo Accordo prevede Linee guida per i Manuali che contengono le stesse regole nazionali e regionali, oltre, naturalmente, gli stessi criteri per l'attribuzione dei crediti formativi, delle regole che interessano la sponsorizzazione e i sistemi di qualità.

L'opera di intermediazione e di allineamento non è semplice, ma ritengo che tutti quelli che sono impegnati ad elaborare e condividere il documento troveranno e potranno in essere una soluzione comune.

ECM, FAD, aggiornamento, ricerca, informazione. Il ruolo dei media e del web

di **Dario Manfellotto**

Direttore Centro di Fisiopatologia Clinica e Coordinatore Scientifico
Ospedale Fatebenefratelli-AFaR
Isola Tiberina ROMA

Nella normativa per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) sono entrate a pieno titolo varie modalità attraverso le quali i professionisti della salute possono sviluppare il loro percorso formativo. Viene, infatti, precisato in modo chiaro che l'ECM si può avvalere di:

- *formazione residenziale*, realizzata in una sede adeguatamente predisposta e idonea;
- *formazione a distanza* (FAD), che include diverse modalità con cui è possibile comunicare con interlocutori localizzati in sedi diverse e che possono partecipare in tempi diversi da quelli in cui opera il docente/formatore;
- *formazione sul campo* (FSC), nella quale sono utilizzati direttamente per l'apprendimento i contesti, le occasioni di lavoro e le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali; questa modalità di formazione, che include anche la partecipazione ad attività di ricerca e a commissioni e gruppi di miglioramento, offre la massima possibilità di essere legata alle specifiche esigenze di sviluppo dei servizi e di miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e i comportamenti organizzativi;
- sono state peraltro riconosciute anche formalmente le attività di docenza e di tutoraggio in programmi ECM, la presentazione di relazioni e comunicazioni in congressi scientifici, l'attività scientifica e di ricerca, inclusa la pubblicazione di lavori scientifici, in quanto considerate, giustamente, indicatrici e anche strumenti efficaci di crescita culturale e quindi di apprendimento.

La normativa in vigore ribadisce che la formazione continua per essere efficace non deve svilupparsi con modalità occasionali, ma secondo percorsi programmati e finalizzati al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti con lo

sviluppo professionale e individuale e con le priorità, le innovazioni e le strategie del sistema sanitario a livello locale, regionale, e nazionale.

Ancorché obbligatoria, l'ECM è diventata negli anni strumento fondamentale della vita professionale degli operatori sanitari, ed è quindi la varietà dell'offerta formativa che può garantire un percorso formativo completo ed efficace. In questo senso sono entrate a pieno titolo le nuove tecnologie, in particolare, come appare chiaro, nell'ambito della formazione a distanza.

Per questa modalità formativa sono infatti ipotizzabili: la classe virtuale, centrata sul docente che utilizza il tradizionale metodo di insegnamento frontale, anche se la lezione è trasmessa a distanza e a molti gruppi e anche in tempi diversi; l'apprendimento collaborativo in rete, centrato su gruppi di professionisti che condividono in rete conoscenze, esperienze, competenze; l'autoapprendimento integrato da sistemi di supporto (cartacei, informatici, informativi) centrato sull'allievo che utilizza materiali opportunamente predisposti, seguendo un proprio percorso temporale e anche culturalmente individualizzato, con o senza la guida di un tutor.

La tecnologia elettronica ha reso molto più snella l'attività degli operatori sanitari e si avvia a essere ampiamente utilizzata, sempre di più, anche per la formazione e l'aggiornamento.

FORMAZIONE, INFORMAZIONE, RICERCA

Formazione e informazione sono strettamente collegate, specialmente in campo medico, e, infatti, il ruolo dei mezzi di comunicazione di massa ha un ruolo non indifferente sia nel contribuire attivamente alla formazione del medico, sia nella stessa diffusione dei messaggi della ricerca scientifica.

Anche il Papa Benedetto XVI ha sottolineato questo ruolo nella enciclica *Caritas in veritate* affermando che “connessa con lo sviluppo tecnologico è l'accresciuta pervasività dei mezzi di comunicazione sociale”.

Come ha scritto di recente Mario Benotti, Direttore Generale di RAI International, “a volte i media si sostituiscono nei confronti dei cittadini ai medici” (*Dolentium Hominum*, 76-2011, pag 33-35).

Chi si occupa di giornalismo medico-scientifico ha infatti un compito molto delicato, per il grande impatto delle notizie mediche riferite dai media, non soltanto sul pubblico dei non addetti ai lavori, ma addirittura sulla comunità scientifica stessa.

L'importanza degli articoli pubblicati sulle riviste scientifiche è testimoniata e sancita dal numero di citazioni che essi ricevono nel tempo da parte di altri autori e di altre riviste. Questo indica il loro valore e quindi il loro impatto culturale su un determinato argomento. *L'impact factor* è lo strumento utilizzato in tutto il mondo per valutare oggettivamente il valore della produzione scientifica di un ricercatore o di un centro di ricerca.

Si è però scoperto che *l'impact factor* di una pubblicazione è influenzato anche dalla copertura giornalistica che ha ricevuto.

La conferma è venuta da uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine* (*Importance of the lay press in the transmission of medical knowledge to the scientific community*, *NEJM*, 1991, 325, 1180-83).

Nel 1978 il grande quotidiano americano *New York Times* per tre mesi non uscì per uno sciopero, ma durante questo periodo venne ugualmente preparata ogni giorno, ma non distribuita al pubblico, un'edizione di archivio, com-

prendente anche la settimanale rubrica sulle novità della ricerca medico-scientifica.

Dieci anni dopo è stato confrontato il numero di citazioni delle pubblicazioni scientifiche di cui il *New York Times* aveva dato notizia durante lo sciopero (ma che il pubblico non aveva potuto leggere), con quello delle pubblicazioni riprese dal giornale prima dello sciopero stesso e quindi regolarmente a disposizione dei lettori.

La differenza è stata clamorosa. Gli articoli scientifici dei quali il *New York Times* aveva dato notizia avevano un fattore d'impatto superiore del 72,8 per cento rispetto ad altri articoli dello stesso periodo e della stessa rivista medica non ripresi dal Times.

Durante lo sciopero, invece, questa differenza fra articoli della stessa rivista non risultava. Evidentemente, la copertura da parte della stampa delle notizie provenienti dal mondo della ricerca agevola la trasmissione delle informazioni dalla letteratura scientifica alla comunità dei ricercatori stessi e comunque agli addetti ai lavori.

INFORMAZIONE SANITARIA E CITTADINI

Se la stampa "laica" influenza perfino gli scienziati, lo fa ancor più con il pubblico dei lettori comuni.

Secondo alcune inchieste condotte in Italia, l'informazione sanitaria deriva da molte fonti. In primo luogo il medico di famiglia (63,6%), poi i familiari (12,2%) e i farmacisti (6,4%). I mezzi di comunicazione hanno un ruolo fondamentale: il pubblico riceve informazioni sanitarie dai programmi televisivi nel 30,3% dei casi, dalle riviste di argomento medico nel 13,8%, dalla stampa di informazione non specializzata ("laica") nel 21,9%.

In altre parole, potremmo dire che oltre al medico di famiglia esiste nel nostro Paese un altro fornitore non ufficiale di informazione e consulenza, rappresentato dai media, che si sostituiscono o quantomeno si affiancano ai medici nel fornire un "secondo o diverso parere".

A questo servizio il pubblico dà la propria fiducia. Infatti, secondo lo stesso sondaggio, se il medico di famiglia è "molto" affidabile per il 38,8% delle persone e "abbastanza", per il 51,4%, i programmi Tv lo sono rispettivamente per il 12,9% e per il 47,6% e la stampa medica e laica lo sono per il 17,6% e per il 44,9%.

Non a caso i mass media sono utilizzati ampiamente anche per campagne di informazione su larga scala: per correggere comportamenti a rischio (come il fumo di sigarette, l'abuso di alcool e l'uso di droghe) per promuovere interventi sui fattori di rischio cardiovascolare, sulla sicurezza stradale, sullo screening e la prevenzione del cancro, sulle donazioni di organi e di sangue.

La rivista *Lancet* in un articolo del 2010 (*Use of mass media campaigns to change health behaviour, The Lancet 2010, 376, 1261-1271*) afferma che le campagne di informazione sui mass media possono produrre cambiamenti positivi o prevenire atteggiamenti negativi delle popolazioni sui grandi temi della salute, e che su queste campagne mediatiche vale quindi la pena di investire economicamente.

Meno efficaci, ai fini della formazione e della informazione, appaiono invece i *social network* come *Facebook*. Molti gruppi *Facebook* hanno realizzato focus su specifiche malattie o specialità mediche, sui quali medici e pazienti possono interagire, confrontandosi, ad esempio, sulla cura del diabete, o sulla fibrosi cistica.

Viene però raccomandata molta cautela sul-

l'uso dei *social network* a scopo sanitario, anche per la facile intrusione e commistione con la sfera privata del medico e del paziente che questi network spalancano con scarse possibilità di controllo (*Practising Medicine in the age of Facebook, NEJM, 2009, 361, 649-651*).

I temi della salute sono argomenti “sensibili” per il grande pubblico. Una ricerca molto recente, condotta nell’ambito dell’Osservatorio Salute dell’ISPO (*Istituto di ricerca sociale, economica e di opinione*) ha mostrato che per gli italiani la salute è un valore universale. Lo mette al primo posto il 29% degli italiani, e il 61% la cita fra le cose più importanti della vita.

L'autorevolezza del messaggio giornalistico non supera quella del medico, ma gli è molto vicina. Anche in base a questi dati si può ulteriormente affermare che i mezzi di comunicazione svolgono un ruolo cruciale nella informazione sanitaria, a vari livelli. Un tema da affrontare con grande senso di responsabilità, cui non sembra sempre ispirarsi il moderno giornalismo.

Da tempo è anche auspicata la creazione di una rete radiotelevisiva pubblica che sia fuori dalle regole del mercato e dai vincoli pubblicitari, per ospitare trasmissioni e programmi non vincolati dall’audience; per sperimentare nuove tecnologie informative; per far conoscere come si lavora nei laboratori di ricerca; per fare educazione sanitaria. Oltre che andare nelle case, questa rete dovrebbe raggiungere le scuole, gli ospedali, le sale di attesa degli ambulatori e degli edifici pubblici.

Il pubblico ha ormai interiorizzato la necessità di una corretta informazione sanitaria, che fa parte di quel processo di “*empowerment*” del cittadino-utente-paziente, che vuole essere informato sui professionisti e sulle cure migliori,

e sempre più coinvolto nei processi decisionali della medicina per le scelte che lo riguardano, in un rapporto “contrattuale” con il curante che rappresenta la modalità moderna e più efficace di articolazione del rapporto medico-paziente.

INFORMAZIONE E EDUCAZIONE

Un altro problema è solo apparentemente semantico. L’obiettivo di una corretta “informazione” è anche quello di “educare” il pubblico, fornendo gli strumenti per comprendere i fenomeni biologici e gli insegnamenti per vivere meglio. La semplice “divulgazione” di argomenti medico-scientifici rischia invece di non essere finalizzata all’educazione e alla prevenzione sanitaria, ma soltanto alla ricerca di spettacolo e alla crescita dell’audience o del numero dei lettori. In questa ottica sembra lecito chiedere che giornali e media in genere dedichino alla informazione medico-scientifica un’attenzione diversa, trattandola in modo più pacato e meditato.

Su questa linea l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha già da alcuni anni diramato alcune linee-guida attraverso la *European Health Communication Network*, del cui *steering committee* chi scrive ha fatto parte, con alcune indicazioni sulle modalità di approccio all’informazione medico-scientifica.

Come si è visto, le riviste scientifiche guardano con attenzione ai media. In parte se ne servono, molto ne vengono influenzate, ma li giudicano anche.

Nel 1996 un gruppo di medici guidato da Susan Diem ha seguito attentamente un centinaio di episodi di famose “fiction” televisive dedicate al mondo della sanità americana: ER, Chicago Hope e Rescue 911 e ha pubblicato una curiosa analisi sul *New England Journal of Medicine*

WHO European Health Communications Network (EHCN) Guidelines for Professional Health Correspondents



First drafted in 1998 by the media ethics charity MediaWise, these guidelines were developed in consultation with health communicators, health correspondents and the International Federation of Journalists, over two years. The final version was adopted by the WHO European Health Communications Network as guidance for good practice.

1. First, try to do no harm. Human rights and the public good are paramount.
2. Get it right. Check your facts and your sources, even if deadlines are put at risk.
3. Do not raise false hopes. Be especially careful when reporting on claims for 'miracle cures' or potential 'health scares'.
4. Beware of vested interests. Ask yourself, 'Who benefits most from this story?'
5. Reject personal inducements. Always make it clear if material is being published as a result of sponsorship.
6. Never disclose the source of information imparted in confidence.
7. Respect the privacy of the sick, the disabled and their families at all times.
8. Be mindful of the consequences of your story. Remember that individuals who may be sick or disabled – especially children – have lives to live long after the media have lost interest.
9. Never intrude on private grief. Respect the feelings of the bereaved, especially when dealing with disasters. Close-up photography or television images of victims or their families should be avoided wherever possible.
10. If in doubt, leave it out.

(*Cardiopulmonary resuscitation on television, NEJM, 1996, 334, 1578-1582*).

Gli autori hanno notato che in molte delle puntate televisive erano raccontati episodi di arresto cardiaco che venivano affrontati con manovre di rianimazione cardio-polmonare (CPR), quasi sempre con esito felice. Nelle fiction, il 75% dei pazienti sopravviveva all'arresto cardiaco e il 67% poteva essere dimesso dall'ospedale. Percentuali troppo alte rispetto a quelle della vita reale, che variano dal 2 al 30% nei casi di arresto cardiaco che avvengono al di fuori dell'ospedale, e dal 6,5 al 15% nei casi di arresto che avvengono all'interno degli ospedali. Negli anziani, la percentuale è ancora inferiore. Dei pazienti che si arrestano al di fuori dell'ospedale non più del 5% sopravvive.

Questi dati secondo gli autori di questa analisi possono ingenerare false aspettative nei riguardi delle possibilità della CPR e creare eccessivi entusiasmi sulle possibilità di intervento degli operatori sanitari.

D'altra parte è anche vero che gran parte del pubblico, dal 70 al 92% degli spettatori, ha imparato proprio dalla televisione che esistono le tecniche di rianimazione cardiopolmonare e in qualche caso ha anche chiesto di approfondire rudimenti di primo soccorso. Inoltre anche molti medici spettatori di questi programmi sono stati stimolati a inserire nei loro programmi di aggiornamento e formazione le tecniche rianimatorie, seguendo corsi dedicati e migliorando quindi le proprie competenze e performance professionali.

Esistono anche alcuni siti web nei quali la comunità medica si impegna a commentare e verificare la correttezza dei messaggi giornalistici, prevalentemente della carta stampata. Il sito web inglese www.behindthemedicalheadlines.com, che solo di recente ha però sospeso le attività, e il sito australiano www.mediadoctor.org.au hanno coinvolto gruppi indipendenti di medici e ricercatori per commentare e criticare le notizie medico scientifiche riportate dai media, verificandone l'attendibilità e l'impatto.

È stato infine segnalato un aspetto importante degli effetti dei programmi televisivi. Molti medici hanno verificato che la mattina successiva alla serata domenicale in cui va in onda Elisir, la storica e ben nota trasmissione di RaiTre di informazione medico-scientifica, gli ospedali, gli studi medici e in particolare quelli dei medici di medicina generale, sono tempestati di richieste di informazioni o addirittura di prestazioni, prendendo spunto da quanto detto nel corso della trasmissione.

Di qui la richiesta, rilanciata anche da autorevoli rappresentanti delle istituzioni sanitarie, che si possa creare un circuito “virtuoso” di formazione e aggiornamento dei medici con meccanismi che, sfruttando le moderne tecnologie, in primis quelle televisive, possano garantire ai medici strumenti di approfondimento, aggiornamento, formazione e informazione sui temi più moderni affrontati nel corso della trasmissione, in modo da rispondere alle domande e alle esigenze dei cittadini.

Uno spunto, ovviamente, soltanto una parte nel mondo della ECM, ma sta a sottolineare il grande ruolo svolto dai media.

IL FUTURO DELL'ECM

I medici dovrebbero essere sempre più coscienti che una corretta ECM è fondamentale per la loro evoluzione professionale e che l'ECM può aiutare a creare una nuova figura professionale sempre più moderna.

Secondo un altro editoriale del *New England*, i medici dovrebbero diventare i leader di un sistema che assuma come valori comuni, sui quali impostare programmi di formazione, l'evidence-based practice, l'uso efficace dell'information technology, la misura e il miglioramento della qualità, la consapevolezza dei costi, il co-

ordinamento delle cure, la leadership dei team interdisciplinari e dei processi decisionali (*Transforming Graduate Medical Education to improve health care value, NEJM 2011, 364, 693-695*).

Il ministro della Salute Ferruccio Fazio ha di recente affermato che il medico deve non soltanto sapere aggiornarsi sempre meglio, ma anche sapere come rapportarsi sempre di più con l'organizzazione sanitaria e con il cittadino, poiché anche questo fa parte delle esigenze della ECM.

Negli Usa, già nel 2009, Medicare ha approvato enormi finanziamenti nella formazione, con l'indicazione di fare progetti per formare e sperimentare nuovi modelli sanitari (Health Innovation Zones- HIZs) e, di conseguenza, per formare in modo mirato i nuovi operatori sanitari.

L'auspicio è che gli organi regolatori italiani, ma soprattutto i medici stessi, nelle loro articolazioni professionali e scientifiche, possano farsi promotori d'iniziativa di ECM che mettano al centro la loro evoluzione professionale, piuttosto che subire passivamente modelli di formazione, magari importati *tout court* dagli Usa, come troppo spesso in passato, senza tenere conto della clamorose differenze che esistono nella professione e nell'organizzazione sanitaria dei due Paesi.

Appare comunque necessario che proprio il Servizio sanitario nazionale sia pienamente coinvolto, a livello nazionale e regionale, nella impostazione di programmi di formazione che tengano conto delle esigenze dei rispettivi piani sanitari, come peraltro indicato proprio dalla normativa ECM.

La grande espansione del web, nonostante vi siano ancora sacche di arretramento tecnologico con un persistente “digital divide” all'interno di

molte realtà sanitarie, rende possibile che l'aggiornamento del medico possa avvenire attraverso le metodiche della FAD con l'ausilio di tecnologie che permettono una fruibilità immediata: conferenze televisive, teleconferenze interattive, conferenze via Skype, piattaforme digitali.

Gli operatori sanitari sono sempre più avvezzi a consultare il web per informazioni sanitarie e per la ricerca bibliografica.

Ma ancora una volta la televisione web, digitale, satellitare, sta trovando il modo di entrare nell'enorme settore della ECM.

Le università telematiche come la Uni Nettuno si aprono al campo dell'educazione medica. Molte testate web offrono filmati e pacchetti ECM, che il medico può consultare e seguire a casa propria o in ospedale, come *Edott*, *MDWebTV*, ecc.

La Rai ha da poco presentato una piattafor-

ma televisivo-telematica, la *To-Care Television*, per garantire ai medici ed agli altri professionisti della salute la formazione via web, televisiva, residenziale, grazie ai tanti ausili dell'information technology.

Ultima, ma solo in ordine di tempo, la nuova rete televisiva satellitare dell'Adnkronos, la *Doctor's Life Television* che, con un'offerta televisiva h24 sulla piattaforma satellitare Sky, canale 440, contiene notiziari d'informazione, cicli di lezioni da seguire al satellite o via web, pacchetti di formazione per medici e farmacisti, come primo esempio di rete televisiva dedicata al mondo degli operatori sanitari.

L'evoluzione tecnologica offre però quotidianamente nuovi strumenti dei quali la ECM dovrà di volta in volta appropriarsi, per garantire ai professionisti della salute le migliori opportunità di formazione e aggiornamento.

Il Manuale per gli osservatori della qualità dell'Educazione Continua

Ll Manuale per gli osservatori della qualità dell'Educazione Continua è organizzato in schede relative sia ai requisiti indicati nel “Regolamento applicativo dei criteri oggettivi di cui all’Accordo Stato Regioni del 5 Novembre 2009 e per l’accreditamento” sia ai requisiti accessori il cui possesso consente di valutare la qualità del Provider. A questi sono stati aggiunti anche due requisiti supplementari (Valutazione di impatto e Innovazione e capacità di riprogettazione) che non sono presenti nel Regolamento e non vanno presi in considerazione per l’accreditamento, ma che sono ritenuti utili a una migliore valutazione della qualità, in un’ottica di miglioramento continuo dell’offerta formativa. I criteri che vengono proposti si applicano alla formazione continua in sanità in generale indipendentemente dalle metodologie didattiche utilizzate.

In ogni scheda di requisito si trova: l’indicatore che ne precisa le caratteristiche; le evidenze che vanno ricercate per poterlo valutare; la colonna, a sinistra, dei Requisiti per l’accreditamento ECM in cui sono elencati tutti gli elementi necessari per la concessione dell’accreditamento ripresi direttamente dal Regolamento; la colonna, a destra, degli Standard di qualità in cui sono elencati gli elementi, non indispensabili per la concessione dell’accreditamento ma che, se posseduti dal Provider, ne caratterizzano la qualità della educazione continua. Pertanto essi sono particolarmente raccomandati in quanto consentono al sistema ECM di puntare verso l’eccellenza nella qualità. Un asterisco (*) segnala quando lo standard è applicabile a Provider che sono anche erogatori di prestazioni sanitarie. La sintesi della valutazione è espressa in tre possibili livelli: 0 (zero) quando anche solo un elemento tra quelli necessari per l’accreditamento non è posseduto; 1 (uno) quando sono posseduti tutti gli elementi necessari per l’accreditamento; 2 (due) quando sono posseduti tutti gli elementi necessari per l’accreditamento e, in aggiunta, almeno uno o più elementi tra quelli indicati per la qualità.

Di seguito si riporta l’elenco degli 11 requisiti riportati nel Manuale.

1. Esperienza in attività formativa in campo sanitario
2. Competenze scientifiche

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 3. Rilevazione e analisi dei fabbisogni formativi 4. Implementazione del miglioramento della qualità 5. Pianificazione 6. Progettazione 7. Erogazione | <ul style="list-style-type: none"> 8. Valutazione 9. Relazione sull'attività annuale 10. Valutazione dell'impatto 11. Innovazione e capacità di riprogettazione <p>Nello schema seguente sono riportati solo gli standard di qualità, particolarmente raccomandati, presenti nella colonna di destra del Manuale.</p> |
|---|---|

Requisiti	Standard di qualità
1. Esperienza in attività formativa in campo sanitario	1. L'esperienza nel campo della formazione continua in sanità ha una durata maggiore di 5 anni 2. Riguarda diversi settori e metodologie didattiche 3. È stata sviluppata in collaborazione con organizzazioni o associazioni scientifiche di rilievo nazionale e internazionale
2. Competenze scientifiche	1. Il Comitato scientifico assicura il monitoraggio generale degli eventi relativamente alla qualità scientifica 2. Il Comitato scientifico è composto da esperti di più professioni sanitarie 3. Il Comitato scientifico esamina i risultati delle valutazioni dei singoli eventi, anche ai fini della loro eventuale riproposizione in relazione alla qualità dei contenuti e delle evidenze scientifiche 4. Il Responsabile della formazione ha un curriculum che documenta più di 3 anni di esperienza di formazione in sanità 5. Sono espliciti e utilizzati i criteri per la identificazione dei Responsabili scientifici dei programmi formativi e dei docenti 6. I curriculum aggiornati a meno di due anni del Coordinatore e degli altri componenti del Comitato scientifico sono disponibili sul sito del Provider 7. Per ogni evento vengono pubblicati sul sito web del Provider; almeno 30 giorni prima del suo inizio: il programma di dettaglio, i nominativi e il curriculum del Responsabile scientifico e dei docenti
3. Rilevazione e analisi dei fabbisogni formativi	1. L'analisi dei fabbisogni formativi viene pianificata avvalendosi degli strumenti quantitativi e qualitativi propri della ricerca sociale. Vengono dedicati tempi e risorse appropriati alla complessità organizzativa e alle diverse tipologie professionali presenti 2. La definizione dei fabbisogni formativi tiene conto delle istanze dei diversi soggetti portatori di interesse ed è centrata sullo sviluppo della qualità professionale e sui bisogni di salute della comunità 3. La rilevazione dei fabbisogni formativi è utilizzata per la costruzione dei Dossier formativi* 4. Il budget annuale di ogni articolazione organizzativa tiene conto dei fabbisogni formativi* 5. Le riunioni con i referenti della formazione sono programmate in modo da garantire la partecipazione di tutte le parti interessate* 6. Il verbale degli incontri contiene almeno le richieste iniziali, i nodi su cui si è concentrata la discussione, le scelte finali condivise e i punti di non condivisione* 7. La documentazione relativa all'analisi dei fabbisogni formativi di ogni articolazione organizzativa è conservata e consultabile*
4. Implementazione del miglioramento della qualità	1. C'è evidenza dell'applicazione del manuale della qualità per: a. riesame della direzione b. verifiche ispettive interne c. azioni preventive o correttive messe in atto nell'anno precedente o in corso a fronte di problematiche emerse 2. Il provider è in possesso di un Sistema di gestione della qualità per la formazione certificato attraverso validazione di parte terza internazionalmente riconosciuta 3. Esiste una documentazione informatizzata che permette di ricostruire tutte le fasi di progettazione, erogazione e verifica degli eventi formativi 4. Esiste un report, complessivo, periodico o per singolo evento che riporta in modo formalizzato le risultanze dell'analisi dei questionari di qualità percepita e della valutazione di apprendimento 5. I risultati della valutazione della qualità percepita e di apprendimento vengono inseriti nel sistema informativo, analizzati e valutati 6. Vengono introdotte modificazioni significative nell'organizzazione degli eventi formativi a seguito delle risultanze delle valutazioni 7. È previsto un programma per lo sviluppo delle competenze formative del personale del Provider e dei docenti
5. Pianificazione	1. Sono state avviate sperimentazioni del Dossier formativo individuale o di gruppo che hanno interessato almeno il 10% del personale dell'azienda* 2. Sono evidenziate le procedure utilizzate per la rilevazione dei fabbisogni formativi dell'utenza 3. Sono evidenziate le modalità di analisi sia epidemiologica dei problemi sanitari che delle innovazioni nell'assistenza 4. Sono definiti i criteri e le strategie per la selezione dei docenti (anche dei team) in funzione delle competenze scientifiche e in relazione ai fabbisogni formativi rilevati
6. Progettazione	1. È prevista una procedura per il monitoraggio del progetto in corso e per il suo adeguamento durante lo svolgimento 2. È prevista la raccolta organizzata di una documentazione del progetto utile per una sua divulgazione o valutazione da parte di esterni
7. Erogazione	1. La presenza dei partecipanti viene rilevata all'entrata e all'uscita attraverso sistemi elettronici o con la firma su appositi fogli controfirmati e conservati 2. I curriculum dei docenti attivi nell'ultimo anno sono disponibili e consultabili sul sito web 3. Sono presenti indicazioni specifiche sulla qualità della docenza note ai docenti (ad esempio allegate alle lettere di incarico) che includono: a. la definizione di obiettivi misurabili ed applicabili b. metodologie didattiche orientate all'apprendimento dell'adulto e coerenti alla performance attesa c. modalità di valutazione appropriate d. bibliografia aggiornata e mirata alle tematiche trattate

segue da pag. 29

Requisiti	Standard di qualità
7. Erogazione	<p>4. Il materiale didattico, con la sola eccezione di quello indispensabile per la realizzazione di lavori di gruppo e dei volumi a stampa, viene fornito ai partecipanti esclusivamente in formato digitale</p> <p>5. È accessibile e utilizzato un collegamento online con le principali banche dati scientifiche</p> <p>6. Sono disponibili spazi, arredi ed attrezzature adeguati alle metodologie didattiche al fine di favorire un setting di apprendimento</p> <p>7. La qualità del processo formativo in aula, valutata durante un evento con la Griglia specifica (allegato 7), ha dato esiti qualificanti</p> <p>8. L'attività del Provider non è sostenuta da sponsorizzazioni (vedi Griglia in allegato 9)</p>
8. Valutazione	<p>1. I risultati della valutazione finale e della qualità percepita sono resi disponibili ai partecipanti e con loro commentati alla chiusura dell'evento o inviati a mezzo mail nelle due settimane successive</p> <p>2. Nel caso dei test a risposta multipla le prove di valutazione finale vengono effettuate con sistemi di tele-votazione individuali e i risultati sono commentati dal docente</p> <p>3. È prevista una modalità specifica per la valutazione in ingresso dei partecipanti da confrontare con la situazione al termine dell'evento in modo da consentire l'abbinamento dei dati di performance individuale</p> <p>4. Sono previste modalità specifiche di valutazione dell'apprendimento alla fine di ogni sessione con la finalità di favorire e stabilizzare l'apprendimento</p> <p>5. La valutazione finale prevede una soglia minima di superamento ed ha lo scopo di certificare il livello di apprendimento raggiunto dai singoli partecipanti per l'acquisizione dei crediti ECM</p> <p>6. Sono presenti strumenti di valutazione differenziati e vengono applicati in modo appropriato rispetto agli obiettivi formativi</p> <p>7. Nel questionario di percezione della qualità viene richiesto al partecipante di esprimere la propria valutazione sui docenti (se non più di 4 nella giornata) con una scala di valori da 1 a 5</p> <p>8. Viene richiesto al partecipante di esprimere la propria valutazione del tempo impiegato per ogni sessione o argomento trattato con tre tipologie di riferimento: 1 – "Tempo troppo breve"; 2 – "Tempo adeguato"; 3 – "Tempo eccessivo"</p> <p>9. La valutazione di qualità percepita viene effettuata attraverso un questionario articolato in cinque livelli di risposta contenente le seguenti sezioni:</p> <p>a. Organizzazione</p> <p>b. valutazione complessiva dell'evento</p> <p>c. argomenti da approfondire</p> <p>d. almeno due aspetti positivi e due migliorabili</p> <p>e. suggerimenti per ulteriori iniziative formative</p> <p>10. La valutazione dei progetti formativi è coerente con le aree di miglioramento individuate</p>
9. Relazione sull'attività annuale	<p>1. La Relazione annuale contiene una epicrisi con le considerazioni di qualità e le aree che necessitano di innovazione e sviluppo e i cambiamenti introdotti o proposti per migliorare la situazione</p> <p>2. Vengono segnalati gli eventi che necessitano di integrazione multidisciplinare e/o scientifica</p> <p>3. Vengono elaborati i dati di valutazione di apprendimento e di impatto</p>
10. Valutazione dell'impatto	<p>1. Vengono segnalati gli eventi che necessitano di integrazione multidisciplinare e/o scientifica</p> <p>2. Il Provider utilizza strumenti, anche semplici, per la valutazione del trasferimento degli apprendimenti in comportamenti applicati alla pratica professionale</p> <p>3. Esistono report relativi ai risultati rilevati attraverso la valutazione dell'impatto</p> <p>4. In almeno il 10% degli eventi (e comunque almeno un evento se il totale degli eventi realizzati è inferiore a 10) viene effettuata una valutazione di impatto tra i partecipanti, a distanza di almeno 6-12 mesi dalla fine dell'evento, sulla percezione dei cambiamenti determinati dall'evento</p>
11. Innovazione e capacità di riprogettazione	<p>1. Almeno il 10% degli eventi (e comunque almeno un evento se il totale degli eventi realizzati è inferiore a 10) nell'anno è rappresentato da progetti innovativi relativamente ai metodi formativi</p> <p>2. Almeno il 10% degli eventi (e comunque almeno un evento se il totale degli eventi realizzati è inferiore a 10) ha per oggetto l'acquisizione di competenze finalizzate a nuovi bisogni di cure e di salute</p> <p>3. Almeno il 10% degli eventi (e comunque almeno un evento se il totale degli eventi realizzati è inferiore a 10) ha per oggetto le innovazioni tecnologiche in campo sanitario</p> <p>4. Tra gli eventi realizzati nell'anno almeno il 10% (e comunque almeno un evento se il totale degli eventi realizzati è inferiore a 10) è rappresentato da nuovi progetti.</p> <p>5. Al termine dell'evento il Responsabile, ove possibile insieme ai docenti e ai tutor, effettua un esame critico dei risultati della valutazione di soddisfazione e di apprendimento. Questa analisi viene formalizzata e trasmessa ai docenti e ai partecipanti e viene utilizzata ai fini della riprogettazione dell'evento</p> <p>6. Viene effettuata una valutazione di gradimento sull'attività dei docenti e, se risulta inferiore ad una soglia stabilita preventivamente, questi non vengono confermati in iniziative successive</p> <p>7. La valutazione della capacità di innovazione del Provider effettuata con la Griglia specifica (allegato 8) ha dato, a giudizio dell'osservatore, un esito qualificante</p>



Agenas e le Regioni per l'accreditamento dei provider

L'attivazione del "sistema di Accredimento Provider" è iniziata seguendo la direzione che indica lo sviluppo delle attività formative quale presupposto essenziale per giungere a creare operatori sanitari più aggiornati, anche dal punto di vista manageriale e organizzativo, in grado, quindi, di governare i percorsi di riequilibrio che sono stati individuati. Percorsi ai quali, ormai da qualche anno, l'Agenzia stessa sta partecipando con l'affiancamento alle Regioni che hanno sottoscritto i Piani di rientro e con il supporto e la collaborazione nei confronti di quelle che ancora non l'hanno fatto, o con la diffusione e lo scambio di quelle buone pratiche operative in grado di scongiurare l'insorgere di criticità.

In questo senso la formazione può essere indicata come la chiave di volta di ogni percorso teso a migliorare i risultati del sistema, e assume rilievo la possibilità di offrire alle Regioni interessate la disponibilità a collaborare – e a fornire i servizi e il know-how accumulato negli anni – per sviluppare modelli che possano adattarsi alle specifiche esigenze regionali tenendo conto dei diversi contesti.

Per perseguire questi obiettivi, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ha stipulato delle convenzioni con le Regioni al fine di realizzare il programma di accreditamento dei provider, con l'obiettivo di implementare i sistemi di formazione continua.

Allo stato attuale, risultano da tempo operativi i sistemi della Regione Puglia e Sicilia, è in fase di avvio la realizzazione dei sistemi di Abruzzo e Calabria, è in fase di perfezionamento la stipulazione delle convenzioni con Basilicata e Campania mentre sono in corso i contatti per sviluppare i sistemi di Lazio, Sardegna e Veneto.

A titolo esemplificativo del supporto specifico che l'Agenas può fornire al livello regionale, riportiamo l'esperienza maturata in collaborazione con la Regione Puglia.

L'esperienza della Regione Puglia per l'accreditamento dei provider ECM

di **Felice Ungaro***, **Marco Marsano****, **Sandro Di Sabatino*****, **Simone Iagnocco°**

* Direttore dell'Organismo regionale per la Formazione in Sanità- Regione Puglia

** Collaboratore amministrativo dell'Ufficio Formazione, Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari

*** Collaboratore istituzionale esperto per lo sviluppo informatico e coordinatore tecnico-informatico per l'attuazione delle attività informatiche previste dalla Convenzione Regione Puglia e Agenas

° Collaboratore del settore informatico dell'Agenas

Il progetto di Educazione Continua in Medicina (ECM), introdotto in Italia dal d.lgs. 502/1992 recepito dal d.lgs. 229/1999, ma avviato solo nel 2002, è ispirato al principio della formazione continua quale diritto-dovere di ogni professionista della salute al fine di mantenere e migliorare conoscenze, abilità e competenze adeguandole al progresso scientifico, tecnologico e culturale. L'ECM comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte le attività formative finalizzate a migliorare le conoscenze teoriche, le abilità tecniche o manuali e le capacità comunicative e relazionali di tutti gli operatori della sanità, finalizzate quindi a mantenere elevata la professionalità degli operatori sanitari.

La caratteristica principale del programma di ECM italiano è l'obbligatorietà della formazione continua per tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante a livello sia pubblico sia privato.

Dal 1° gennaio 2008 la gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC), di competenza del Ministero della salute, sono state trasferite all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, come veniva indicato nel primo Accor-

Al modello di accreditamento dei provider nella Regione Puglia hanno collaborato, oltre agli autori dell'articolo:

Tommaso Fiore, *Assessore alle Politiche della Salute della Regione Puglia*

Fulvio Moirano, *Direttore Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*

Maria Linetti, *Segretario della Commissione nazionale per la Formazione Continua in Medicina, Responsabile del supporto amministrativo-gestionale*

Giuseppe Luigi Palma, *Presidente dell'Ordine nazionale degli Psicologi*

do Stato-Regioni del 1° agosto 2007 che individuava nell'Agenzia "la casa comune" in cui collocare la CNFC e gli organismi che la correlano e che il successivo Accordo del 5 novembre 2009 ha di fatto provveduto a declinare in termini regolamentari e ad integrare.

In Italia, diverse regioni del Centro-Nord (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Toscana e Umbria), già da alcuni anni, hanno provveduto alla definizione di un sistema di accreditamento regionale di progetti aziendali ed eventi formativi proposti da soggetti organizzatori pubblici.

Tale sistema prevede che la Regione rivesta un ruolo centrale, svolgendo la funzione di ente accreditante dei progetti e degli eventi formativi promossi dai soggetti organizzatori pubblici (le Università pubbliche e private, le aziende sanitarie della Regione, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, gli Istituti zooprofilattici sperimentali, le altre strutture tecnico-scientifiche del sistema sanitario nazionale).

Caratteristica di questo processo di accreditamento regionale è lo sviluppo di un sistema informatico centralizzato che garantisce l'accreditamento on-line, quindi una rapida diffusione delle informazioni.

Per quanto riguarda la tipologia formativa, oltre la tradizionale Formazione Residenziale (congressi, conferenze e seminari), si è implementato l'accreditamento dei progetti e degli eventi di Formazione sul Campo (FSC), valorizzando così le opportunità formative che le aziende sanitarie offrono, e l'accreditamento di progetti ed eventi di Formazione a Distanza (FAD) che riesce a raccogliere un numero più elevato di partecipanti riducendo i

costi e coniugando strategie formative che arrivano agli operatori in modo omogeneo.

Il modello si avvale di Commissioni ed Organi di consulenza con funzione di supporto tecnico-scientifico per l'individuazione degli obiettivi formativi e dei criteri dei processi formativi idonei a realizzare gli obiettivi stessi, la definizione dei criteri per l'attribuzione dei crediti formativi e la valutazione della qualità dell'offerta formativa.

L'evoluzione del modello di accreditamento determina il passaggio dal modello di accreditamento dei progetti e degli eventi al modello di accreditamento dei provider (i fornitori di formazione), ai quali è attribuita autonomia e responsabilità gestionale e formativa, come definito dall'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009. In particolare il provider progetta, realizza e controlla l'esecuzione e l'efficacia organizzativa delle attività formative attribuendo responsabilmente i crediti ai professionisti della Sanità e verificando gli esiti e gli impatti della formazione stessa. Questo modello è centrato sull'evoluzione e sul miglioramento qualitativo delle performance del professionista, rappresentando così il passaggio dal modello ECM al sistema di sviluppo professionale continuo (*continuing professional development* - CPD).

La prima Regione ad adottare il modello di accreditamento dei provider è stata la Lombardia nel 2005. Secondo questo modello, la Regione, o un ente da essa delegato, diventa l'ente accreditante, con funzione di valutazione delle domande di accreditamento come provider da parte dei soggetti organizzatori e di verifica del rispetto dei requisiti di quelli già esistenti. I provider accreditati sono soggetti istituzionali e organismi pubblici o privati con un assetto organizzativo, risorse scientifiche e

tecnologiche e un piano di formazione, congruenti con obiettivi e parametri qualitativi riferiti ad attività formative per il personale sanitario. Essi erogano direttamente i crediti derivanti dall'attività formativa svolta e assicurano la trasmissione telematica delle informazioni.

La Regione Puglia nel Piano della Salute 2008-2010 definisce la formazione *“un pilastro essenziale per il Sistema Sanitario regionale, lo strumento operativo per modificare modelli assistenziali obsoleti ed affrontare la sfida del cambiamento imposto da variazioni dell'ambiente, dalla politica aziendale o dalle innovazioni scientifico-tecnologiche”*. A tal proposito l'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità (ORFS), istituito con l'obiettivo di *“coordinare tutte le attività di formazione al fine di garantire l'adeguatezza dei processi formativi alla tipologia degli individui da formare, sviluppando i filoni dell'andragogia e dell'apprendimento delle organizzazioni”*, ha definito un modello sperimentale di accreditamento regionale dei progetti/eventi formativi regionali e dei provider Residenziali, dei provider di Formazione sul Campo (FSC) e dei provider di Formazione a Distanza (FAD), attraverso l'utilizzo della piattaforma informatica dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari adattata e contestualizzata alle esigenze della Regione Puglia.

IL SISTEMA DI FORMAZIONE IN SANITÀ DELLA REGIONE PUGLIA

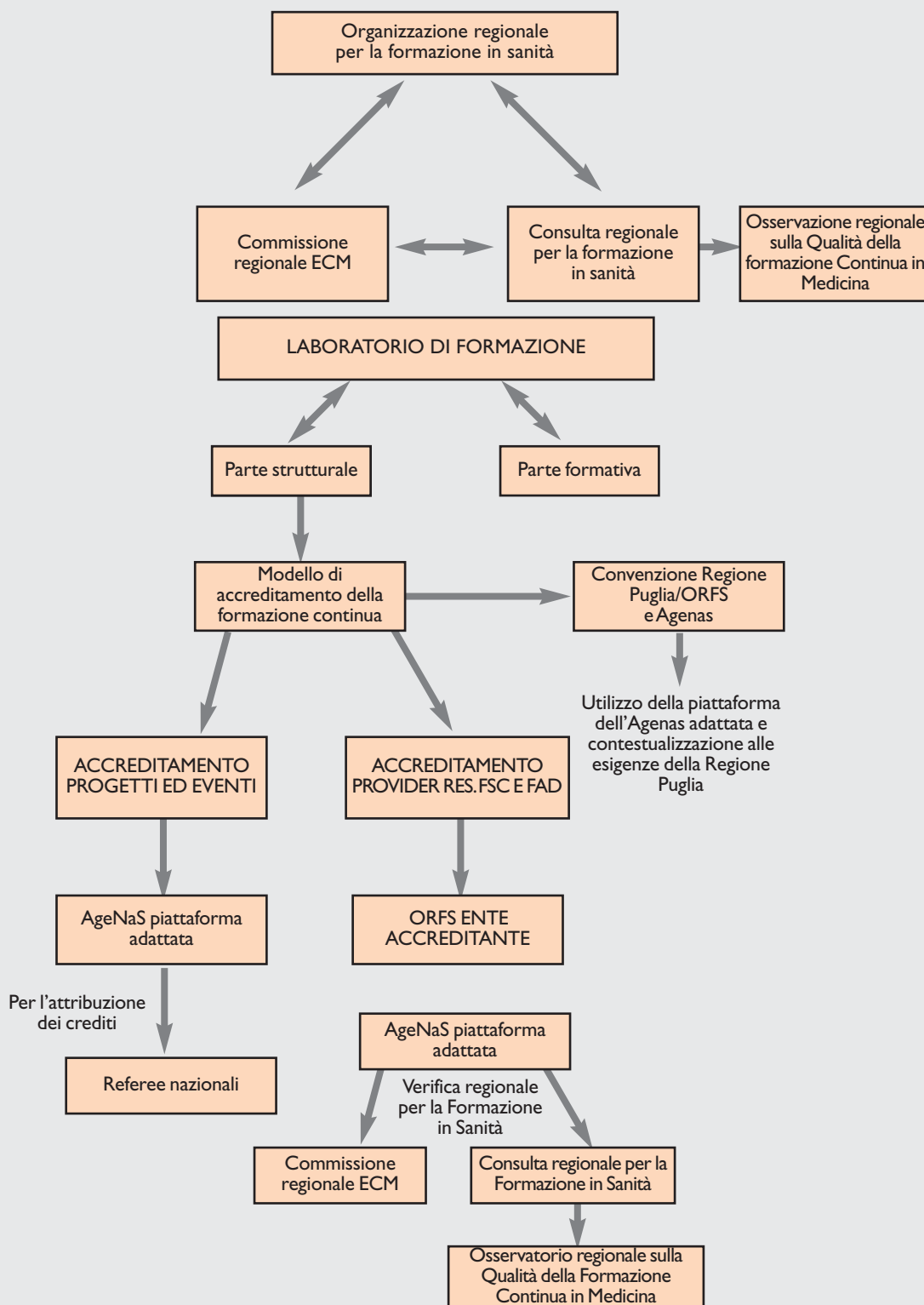
La *vision* dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, vista la nota complessità dei sistemi sanitari, è quella di attivare meccanismi aziendali atti a promuovere modelli di apprendimento organizzativo, in cui è l'intero sistema aziendale che apprende e modifica i

propri comportamenti determinandone il cambiamento. Si introduce così il principio dell'*organizzazione che apprende*, strettamente collegato con le teorie evolutive dell'organizzazione che definiscono l'importanza dell'apprendimento di tipo generativo al fine di stimolare le capacità creative degli individui. È indispensabile, pertanto, che i processi formativi all'interno di organizzazioni complesse come quelle sanitarie, stimolino sì l'apprendimento per sfruttamento (*single loop learning*), ovvero la capacità di perfezionare quello che già si possiede, ma maggiormente l'apprendimento per esplorazione (*double loop learning*, *“insegnare a disimparare”*), mediante il cambiamento delle domande a cui cercare una risposta. Citando Gregory Bateson si può affermare che l'apprendimento dei sistemi complessi adattativi è più efficace se avviene per esplorazione.

A supporto dell'Organismo sono state istituite:

- la *Consulta Regionale per la Formazione in Sanità*, D.G.R. n. 626 del 21/04/2009, costituita dall'Assessore regionale alle Politiche della Salute (presidente) o da un suo delegato, dal direttore dell'ORFS (vice presidente), dall'Assessore regionale al Lavoro, Cooperazione e Formazione Professionale o un suo delegato, dai Rettori delle Università degli Studi di Bari, Foggia, Lecce e del Politecnico o dai loro delegati, dai presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia di Bari e Foggia, dai rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali della Regione Puglia e da tre consiglieri regionali. Le attività prevalenti della Consulta sono

Il sistema formativo regionale



► segue da pag. 34

legate alla verifica e alla valutazione finale delle ricadute formative sulle diverse categorie professionali ed alla definizione di suggerimenti in ordine al complesso delle attività di formazione;

- la *Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina*, D.G.R. n. 1234 del 21/07/2009, costituita dal direttore dell'ORFS e dai responsabili degli Uffici Formazione delle Aziende sanitarie regionali, preposta a fornire un contributo di tipo tecnico-scientifico alle attività e alle funzioni dell'Organismo.

Per il monitoraggio e la valutazione della qualità della formazione erogata sul territorio regionale da parte del sistema di formazione continua è in via di definizione l'*Osservatorio Regionale sulla Qualità della Formazione Continua in Medicina* che sostituisce la Consulta, integrandone le funzioni e le attività. Tale Osservatorio, come cita lo stesso Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009, rappresenta il "braccio operativo dell'Osservatorio nazionale con il compito di valutare la qualità della formazione del Servizio Sanitario regionale".

In linea con il programma di Educazione Continua in Medicina e con gli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010, l'ORFS ha definito il Piano di Formazione regionale "Laboratorio di Formazione 2009-2011", D.G.R. n. 2411 del 4/12/2009, articolato in una parte strutturale ed una formativa, con l'obiettivo di ridefinire criticamente i modelli organizzativi delle Aziende sanitarie del Sistema Sanitario Regionale, rivalutandone il ruolo in termini *sistemici* e sottolineando l'importanza delle risorse umane e della formazione del personale.

La parte strutturale del Laboratorio prevede:

- il modello di accreditamento in via sperimentale sia dei progetti aziendali o degli eventi formativi sia dei provider Residenziali, di Formazione Sul Campo e di Formazione a Distanza della Regione Puglia;
- l'implementazione degli Uffici Formazione delle Aziende sanitarie e la loro messa in rete come strumento di supporto per le attività sul territorio;
- la rilevazione e l'analisi dei bisogni formativi di tutte le figure professionali operanti nel sistema sanitario della Regione Puglia, attraverso una scheda di bisogni formativi, definita dall'Organismo stesso, ma integrata e, successivamente, approvata sia dalla Consulta sia dalla Commissione ECM;
- la definizione di una *short list* per identificare forme di collaborazione con Enti pubblici e privati di natura non lucrativa ed Istituti di eccellenza per il supporto scientifico, organizzativo e logistico alle attività formative dell'ORFS.

La parte formativa prevede, invece, oltre ai relativi Piani Aziendali di Formazione (PAF) delle Aziende sanitarie della Regione Puglia, 28 progetti formativi elaborati dalle istituzioni pubbliche, appartenenti alla Consulta e alla Commissione Regionale ECM, al fine di sviluppare:

- i percorsi specifici previsti dal Piano della Salute 2008-2010;
- le competenze nel campo della formazione, per favorire lo sviluppo di un apprendimento permanente di qualità, attraverso un'azione orientata ad incre-

mentare la competenza didattica e pedagogica di soggetti interessati a svolgere attività di insegnamento agli adulti: la formazione dei formatori;

- le tecniche innovative nel campo dell'apprendimento, in particolare mediante l'incremento delle attività di formazione sul campo, considerata la tipologia didattica più efficace per l'apprendimento e lo sviluppo della professionalità degli operatori sanitari in quanto riduce la distanza tra i luoghi della formazione e quelli del lavoro. Obiettivo della FSC è quello di trasferire nella propria realtà lavorativa quanto appreso, rappresentando il *setting* privilegiato per la formazione continua e aumentando così la possibilità di azione della formazione sui comportamenti non solo del singolo operatore ma anche dell'organizzazione. Altro obiettivo è quello di sviluppare la piattaforma e-learning, capace di creare, acquisire e trasferire conoscenze, trasformarle in competenze e rispondere alle esigenze di tutti gli attori che ruotano intorno al sistema sanitario regionale, per garantire il funzionamento e l'aggiornamento sia dei contenuti sia del sistema formativo nel suo complesso;
- le politiche di una cultura della sostenibilità del sistema sanitario, attraverso elementi innovativi di tipo culturale-metodologico e tecniche di management, al fine di gestire le organizzazioni sanitarie come sistemi complessi adattativi, flessibili, capaci di rispondere alle continue sollecitazioni dell'ambiente esterno e di confrontarsi con una dimensione professionale centrata sulle "relazioni", sulla valorizzazione delle differenze, sull'etica del

management, sulla "progettualità contestualizzata" agli specifici problemi della propria realtà in un'ottica di sostenibilità dell'intero servizio sanitario regionale;

- i processi di verifica delle ricadute dell'attività formativa per monitorare gli effetti dell'apprendimento nel breve-medio periodo, e per poter effettuare una valutazione dell'investimento fondata su parametri attendibili;
- i progetti relativi all'educazione alla salute dei cittadini, finalizzati a far riconoscere la salute come una risorsa da salvaguardare, a consumare sempre più salute e meno malattie, qualificando il modello di consumo sanitario come funzione di sostenibilità del sistema sanitario stesso;
- la ricerca nell'ambito del management del sistema sanitario, al fine di definire modelli di formazione che promuovano l'apprendimento sia del singolo operatore sia dell'intera organizzazione.

Il modello sperimentale di accreditamento della formazione continua della Regione Puglia, definito attraverso un atto di convenzione tra la Regione Puglia/ORFS e l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (delibera di Giunta regionale n. 1155 del 11/05/2010), si avvia inizialmente come modello per l'accreditamento dei progetti e degli eventi formativi, per poi passare all'accreditamento dei provider residenziali, dei provider di Formazione sul Campo e dei provider di Formazione a Distanza.

Nella sua strutturazione prevede le seguenti caratteristiche:

- l'utilizzo delle piattaforme dell'Agenas (progetti/eventi e provider), in base al su citato atto di convenzione, adattate e con-

- testualizzate alle esigenze regionali;
- l'implementazione parallela, cosiddetto doppio binario, del processo di accreditamento dei progetti/eventi per i soggetti organizzatori e del processo di accreditamento dei provider;
- la nomina di figure professionali regionali, appartenenti alla Commissione e alla Consulta, in via di ridefinizione nell'Osservatorio regionale, di supporto alla verifica amministrativa di tipo cartolare dei requisiti nel processo di accreditamento dei provider;
- la riduzione del contributo alle spese di accreditamento dell'attività formativa sia per i soggetti organizzatori sia per i provider privati e pubblici; per questi ultimi, in particolare, nel caso di organizzazione di progetti aziendali, non è previsto il versamento del contributo legato ai crediti;
- la definizione della mappatura dell'offerta formativa;
- l'elaborazione e l'implementazione dei sistemi informatici e gestionali necessari per la realizzazione del sistema di formazione continua della Regione Puglia;
- la costituzione dell'anagrafe dei crediti formativi, ad opera del COGEAPS (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), attraverso l'adozione del tracciato record, una traccia elettronica che comprende tutti i dati per la certificazione dei crediti formativi.

IL MODELLO DI ACCREDITAMENTO DEI PROGETTI AZIENDALI E DEGLI EVENTI FORMATIVI DELLA REGIONE PUGLIA

Il modello prevede l'accreditamento dei pro-

getti e degli eventi formativi attraverso l'utilizzo, da parte dei soggetti organizzatori pubblici e privati regionali, della piattaforma/software dell'Agenas adattata alle esigenze della Regione Puglia, accessibile all'indirizzo web <http://puglia.agenas.it/> raggiungibile attraverso il percorso illustrato nel dettaglio nel successivo Punto 1.

Di seguito viene descritta la procedura per l'accreditamento regionale dei progetti aziendali e degli eventi formativi, riassunta anche nella figura 1 a pag. 40.

Punto 1 - Il soggetto organizzatore pubblico e privato valida il Progetto/Evento, almeno 30 giorni prima del suo inizio, attraverso il sito della Regione Puglia - Organismo Regionale per la Formazione in Sanità - sistema formativo regionale - accreditamento regionale progetti ed eventi - accesso area riservata.

Punto 2 - I soggetti organizzatori della Regione Puglia, già registrati nel sistema di accreditamento nazionale, conservano le stesse login e password per l'accreditamento regionale.

Punto 3 - La griglia compilata per la valutazione dei progetti viene inviata ai referenti del sistema nazionale.

Punto 4 - Ultimato il processo di referaggio che consente l'attribuzione dei crediti, la segreteria dell'Agenas, tramite la piattaforma, invia ai soggetti organizzatori una e-mail contenente il numero dei crediti, l'importo del contributo economico da versare e il conto corrente della Regione Puglia/ORFS a cui inviare il relativo contributo.

Punto 5 - La riduzione del contributo delle spese previste a carico dei soggetti organizzatori per l'accreditamento regionale dei pro-

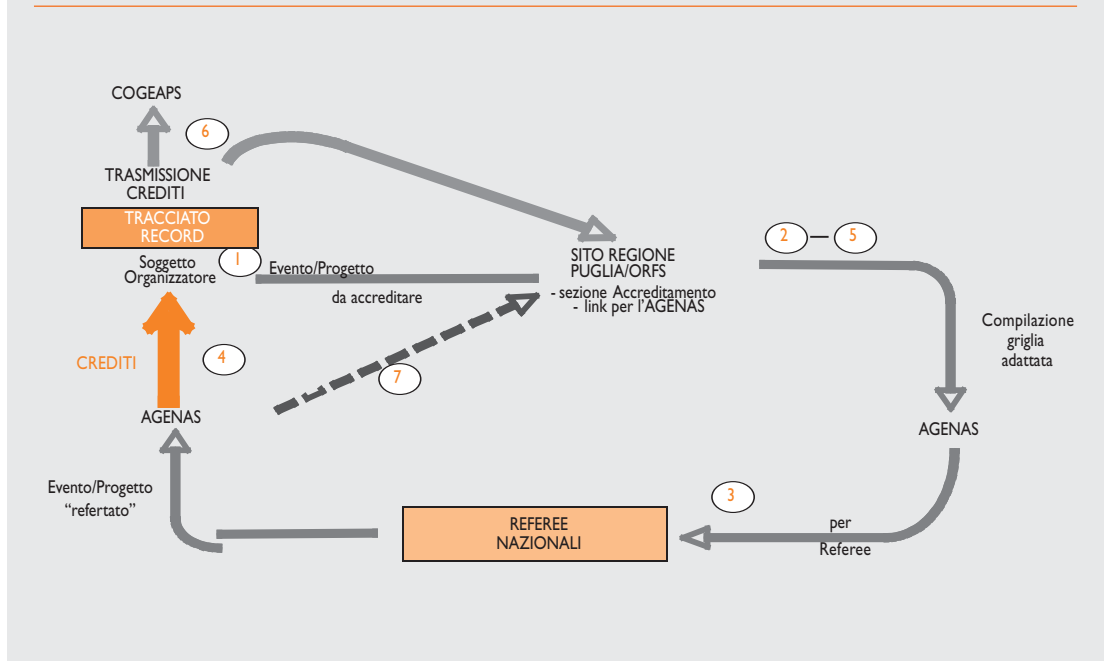
Le pagine web per l'accreditamento dei progetti aziendali e degli eventi formativi



LINK



Figura 1 - Le fasi della procedura di accreditamento dei progetti aziendali e degli eventi formativi



getti e degli eventi è definita secondo lo schema riprodotto in figura 2.

Punto 6 - Al termine di ogni evento, entro e non oltre novanta giorni, il soggetto organizzatore comunica al COGEAPS e all'ORFS i crediti attribuiti ai singoli partecipanti mediante l'uso di una traccia elettronica, il tracciato record, comprensiva di tutti i dati ritenuti idonei alla registrazione ed in particolare alla certifi-

cazione dei crediti quale funzione primaria degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali.

Punto 7 - La comunicazione tra l'Agenas e l'ORFS avviene attraverso l'indirizzo e-mail dell'Organismo, formazioneinsanita@regione.puglia.it, che è interfaccia istituzionale con la segreteria ECM.

Figura 2 - Le riduzioni economiche previste per gli organizzatori dei progetti aziendali e degli eventi formativi

	Soggetto organizzatore pubblico - azienda sanitaria	Altri soggetti organizzatori pubblici	Soggetto organizzatore privato
PROGETTI AZIENDALI (PFA)	nessun contributo		riduzione del 30% del contributo di accreditamento stabilito dal D.M. del 26/02/2010 solo se in linea con gli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010 e del Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012 (Tabella C)*
EVENTI	riduzione del 30% del contributo di accreditamento stabilito dal D.M. del 26/02/2010	riduzione del 30% del contributo di accreditamento stabilito dal D.M. del 26/02/2010	riduzione del 30% del contributo di accreditamento stabilito dal D.M. del 26/02/2010 solo se in linea con gli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010 e del Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012 (Tabella C)

* I Progetti Aziendali (PFA) sono organizzati dalle aziende sanitarie pubbliche e dai seguenti soggetti organizzatori privati: Casa di cura privata accreditata e non accreditata.

IL MODELLO DI ACCREDITAMENTO DEI PROVIDER RESIDENZIALI, PROVIDER DI FORMAZIONE SUL CAMPO (FSC) E PROVIDER DI FORMAZIONE A DISTANZA (FAD) DELLA REGIONE PUGLIA

L'Accordo Stato - Regioni del 5 novembre 2009 ha sancito il passaggio dall'accREDITAMENTO dei singoli progetti ed eventi all'accREDITAMENTO dei provider e la conseguente assegnazione diretta, da parte degli stessi, dei crediti formativi, ovvero "...l'accREDITAMENTO di un Provider ECM è il riconoscimento da parte di un'istituzione pubblica, quali la Commissione Nazionale per la Formazione Continua o le Regio-

ni o le Province Autonome direttamente o attraverso Organismi da questi individuati, che un soggetto è attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità e che pertanto è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti..."

L'accREDITAMENTO si basa su un sistema di requisiti minimi considerati indispensabili per lo svolgimento di attività formative per l'ECM ed è rilasciato da un solo Ente accREDITANTE a seguito della verifica del possesso di tutti i requisiti minimi previsti secondo standard definiti.

I requisiti che il provider deve possedere per

La pagina web per l'accREDITAMENTO dei provider

LINK

The screenshot shows the website for the accreditation of providers in Puglia. The header features the logos of Regione Puglia, E.C.M., and agenas. The main content area is titled "AccREDITAMENTO Provider" and contains a detailed description of the accreditation process. It states that the accreditation is the recognition by an Accrediting Entity of the provider's ability to carry out continuing education activities in health. The accreditation is based on a system of minimum requirements considered indispensable for the performance of continuing education activities. The accreditation is issued by a single Accrediting Entity after verifying the possession of all minimum requirements. The requirements that the provider must have to obtain accreditation are:

1. le caratteristiche del soggetto richiedente;
2. l'organizzazione generale e le risorse;
3. la qualità dell'offerta formativa e la gestione del miglioramento continuo della qualità.

On the right side of the page, there are two sections: "Avvisi" (News) and "Comunicati" (Communications). The "Avvisi" section contains a notice dated 29/01/2011 regarding the request for credentials. The "Comunicati" section contains a notice dated 28/01/2011 regarding the activation of the regional accreditation system for residential providers.

ottenere l'accreditamento riguardano:

- le caratteristiche del soggetto richiedente;
- l'organizzazione generale e le risorse;
- la qualità dell'offerta formativa e la gestione del miglioramento continuo della qualità.

La richiesta iniziale di accreditamento, se accettata, permette di acquisire un accreditamento provvisorio, che dura al massimo 24 mesi, dopo i quali decade automaticamente se non è stato ottenuto l'accreditamento standard della durata di 4 anni. L'accreditamento standard si può ottenere dopo almeno un anno dall'aver ottenuto quello provvisorio o come conferma di un precedente accreditamento. A tal fine, durante il periodo di accreditamento provvisorio, l'Ente accreditante verifica non solo il possesso di tutti i requisiti, ma anche la quantità e la qualità del-

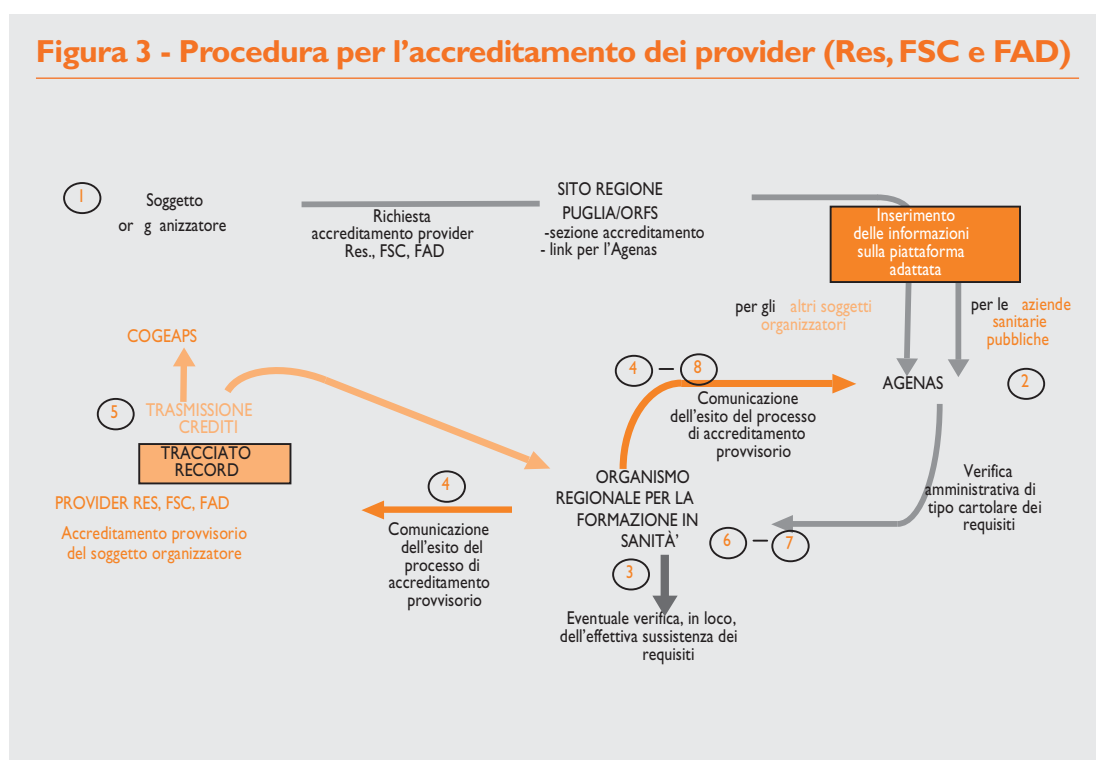
le attività formative realizzate dal richiedente attraverso analisi che riguardano tutti gli aspetti dell'attività del provider ma con particolare attenzione agli aspetti scientifico-didattici.

Il soggetto organizzatore può richiedere l'accreditamento limitato a specifiche attività formative o a professioni sanitarie (ad es. medici, infermieri, fisioterapisti ecc.) o a tipologie/procedure formative (residenziale, FAD, FSC).

Il modello della Regione Puglia prevede che gli attuali soggetti organizzatori pubblici e privati di progetti ed eventi formativi possano richiedere l'accreditamento come Provider attraverso l'utilizzo della piattaforma/software dell'Agenas adattata alle esigenze della Regione Puglia, visitando il sito <http://providerpuglia.agenas.it>

Nella figura 3 viene descritta la procedura

Figura 3 - Procedura per l'accreditamento dei provider (Res, FSC e FAD)



per l'accreditamento dei provider., che riassumiamo sinteticamente.

Punto 1 - Il soggetto organizzatore per richiedere l'accreditamento provvisorio come provider residenziale, provider FSC e provider FAD, accede all'area riservata del Sito della Regione Puglia attraverso il percorso di seguito descritto: Organismo Regionale per la Formazione in Sanità – sistema formativo regionale - accreditamento regionale procedure residenziali, Fsc e Fad - accesso area riservata provider.

La valutazione della domanda di accreditamento regionale, come previsto dal documento nazionale, è espletata in 90 giorni dalla data di validazione delle informazioni sulla piattaforma.

Punto 2 - La segreteria dell'Agenas, a seguito della valutazione di tipo legale della documentazione riportata nella piattaforma,

trasmette le informazioni all'Organismo regionale per la Formazione in Sanità, il quale, in qualità di Ente Accreditante, avvalendosi dell'apporto della Commissione regionale per l'Educazione Continua in Medicina e della Consulta regionale per la Formazione in Sanità, effettua la verifica amministrativa di tipo "cartolare" dei requisiti. La valutazione è demandata al direttore dell'ORFS, coadiuvato da due componenti dei su citati organi di supporto, individuati in maniera casuale, e consiste nella consultazione on line, accedendo all'area riservata tramite username e password personali, delle informazioni riportate sulla piattaforma. Nel caso di un eventuale conflitto di interessi, il valutatore è tenuto a comunicarlo, per consentire la sua consequenziale sostituzione.

Punto 3 - L'ORFS, in quanto Ente Accre-

Tabella A - Documenti previsti per l'accreditamento dei provider

	Accreditamento provider nazionale	Accreditamento provider Regione Puglia	
		Aziende sanitarie pubbliche	Altri soggetti organizzatori
Dati dell'organizzazione (organizzatore, sede legale, sede operativa, legale rappresentate, richiesta accreditamento, dati economici)	Si	Si	Si
Dati dei responsabili (responsabile segreteria, responsabile amministrazione)	Si	Si	Si
Coordinatore e Componenti Comitato Scientifico	Si	Si	Si
Responsabile Sistema Informatico e Responsabile Qualità	Si	Si	Si
Atto costitutivo e statuto	Si	No	Si
Esperienza di formazione in ambito sanitario	Si	No	Si
Procedure per l'utilizzo di sedi, strutture e attrezzature di altro soggetto (contratti, accordi, partenariato, ecc)	Si	No	Si
Struttura organizzativa specifica con funzionigramma e organigramma	Si	No	Si
Sistema informatico dedicato alla formazione in ambito sanitario	Si	No	Si
Piano di Qualità	Si	No	Si
Dichiarazione del Legale Rappresentante attestante la veridicità della documentazione connessa alla registrazione in qualità di provider	Si	Si	Si
Piano formativo	Si	Si	Si

ditante, effettua, ai fini del rilascio dell'accreditamento, anche la verifica dell'effettiva sussistenza dei requisiti tramite delle visite nella sede del soggetto richiedente, avvalendosi sempre dell'apporto dei componenti delle Commissioni.

Punto 4 - L'ORFS comunica l'esito del processo di accreditamento provvisorio all'Agenas e al soggetto organizzatore che diventa, in relazione alla richiesta effettuata, provider residenziale, FSC e FAD.

Punto 5 - Al termine di ogni evento, entro e non oltre novanta giorni, il provider comunica al COGEAPS e all'ORFS i crediti attribuiti ai singoli partecipanti mediante l'uso di una traccia elettronica, il tracciato record, comprensiva di tutti i dati ritenuti idonei alla registrazione ed in particolare alla certificazione dei crediti quale funzione principale degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali. Il tracciato è utilizzato da tutti i provider accreditati sia dal sistema nazionale sia da quello regionale ed inoltre è unico per tutte le tipologie formative: residenziale, sul campo e a distanza.

Il modello regionale prevede delle agevolazioni relative sia alle informazioni cartolari da inserire sulla piattaforma adattata e contestualizzata per la Regione Puglia, sia agli aspetti economici legati alle attività formative, le quali si differenziano a seconda che il soggetto organizzatore sia un'Azienda sanitaria pubblica o un altro soggetto organizzatore pubblico o privato, come si evince dalle tabelle A (documenti previsti per l'accreditamento dei provider), B (aspetti economici) e C (obiettivi formativi) che esaminano nel dettaglio le agevolazioni definite dal modello della Regione Puglia.

Per quanto riguarda gli aspetti economici, il modello regionale per i provider residenziali, i provider FSC e i provider FAD prevede il contributo annuale fisso invariato rispetto a quello nazionale, pari a 2.582,28 Euro, e la riduzione del contributo legato alle attività formative secondo il seguente schema:

Per il provider pubblico che organizza Progetti Formativi Aziendali (PFA) non è previsto nessun contributo da versare, mentre per gli eventi vi è una riduzione del 30% del con-

Tabella B - Aspetti economici

	Provider pubblico - azienda sanitaria	Altri provider pubblici	Provider privato
PROGETTI AZIENDALI (PFA)	nessun contributo		riduzione del 30% del contributo di accreditamento stabilito dal D.M. del 26/02/2011 solo se in linea con gli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010 e del Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012 (Tabella C)*
EVENTI	riduzione del 30% del contributo di accreditamento stabilito dal D.M. del 26/02/2010	riduzione del 30% del contributo di accreditamento stabilito dal D.M. del 26/02/2010	riduzione del 30% del contributo di accreditamento stabilito dal D.M. del 26/02/2010 solo se in linea con gli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010 e del Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012 (Tabella C)

* I Progetti Aziendali (PFA) sono organizzati dalle Aziende sanitarie pubbliche e dai seguenti soggetti organizzatori privati: Casa di cura privata accreditata e non accreditata.

Tabella C - Obiettivi formativi

Obiettivi formativi nazionali	Obiettivi del piano della salute 2008-2010 piano di rientro e di riqualificazione 2010-2012
<i>Farmacoepidemiologia, farmaeconomia, farmacovigilanza</i> (campo obbligatorio del tracciato record)	Razionalizzazione della spesa farmaceutica Appropriatezza prescrittiva Promozione e diffusione di linee guida sull'utilizzo di farmaci ad alto costo
<i>Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali</i> (campo obbligatorio del tracciato record)	Promozione di modelli gestionali- organizzativi innovativi Valutazione delle tecnologie sanitarie - Health Technology Assessment Sviluppo e diffusione delle Information Communication Technology (ICT) Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa: trasformazione dei ricoveri in setting assistenziali più appropriati a minore consumo di risorse
<i>Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera</i> (campo obbligatorio del tracciato record)	Riorganizzazione e sviluppo della rete dei servizi territoriali Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera: organizzazione della continuità assistenziale Aggiornamento delle competenze del personale delle strutture oggetto di riconversione La rete distrettuale
<i>Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura</i> (campo obbligatorio del tracciato record)	Sviluppo di percorsi e reti assistenziali in ambito ospedaliero Sviluppo di nuovi percorsi diagnostici assistenziali
<i>Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute</i> (campo obbligatorio del tracciato record)	Promozione di politiche e di programmi di Health Promotion Programmi di prevenzione: promozione degli stili di vita salubri, prevenzione delle malattie cronico-degenerative, prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità
<i>Fragilità tutela degli aspetti assistenziali e socio –assistenziali</i> (campo obbligatorio del tracciato record)	Fragilità (l' abuso, il maltrattamento e la violenza sulle donne e minori, la tutela della salute pediatrica e nell'età evolutiva, la popolazione immigrata, i soggetti diversamente abili, i soggetti con patologie psichiatriche, le dipendenze patologiche, gli anziani, la popolazione carceraria)
<i>Sanità veterinaria</i> (campo obbligatorio del tracciato record)	Sanità veterinaria
<i>Sicurezza ambientale e/o patologie correlate</i> (campo obbligatorio del tracciato record)	Sicurezza ambientale e/o patologie correlate
<i>Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate</i> (campo obbligatorio del tracciato record)	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate
<i>Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie</i> (campo obbligatorio del tracciato record)	Promozione e diffusione del governo clinico
<i>Aspetti relazionali (comunicazione interna ed esterna col paziente) e umanizzazione delle cure</i> (campo obbligatorio del tracciato record)	Umanizzazione del sistema delle cure

tributo alle spese rispetto a quello previsto dal sistema nazionale.

Per il provider privato vi è una riduzione del 30% del contributo di accreditamento rispetto a quello nazionale solo se gli obiettivi dell'attività formativa sono in linea con gli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010 e del Piano di Rientro e Riqualificazione 2010-2012, (tabella C obiettivi formativi).

Il contributo annuale fisso e quello legato alle attività formative sono da corrispondere all'Organismo regionale per la Formazione in Sanità, incardinato funzionalmente presso l'As-

essorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia, in quanto Ente Accreditante deputato a gestire la formazione continua in medicina a livello regionale.

Una volta ottenuto l'accreditamento provvisorio e versato il contributo annuale fisso, il provider comunica, attraverso la piattaforma dell'Agenas adattata per la Regione Puglia, il programma definitivo di ogni progetto/evento almeno 30 giorni prima della data di inizio (per i progetti/eventi RES e FSC) o della data di attivazione (progetti/eventi FAD).

Punto 6 - Entro 90 giorni dalla fine del pro-

getto/evento il provider versa il contributo relativo all'attività formativa svolta, in funzione del numero di crediti attribuiti per i progetti/eventi RES e FSC, del numero di crediti e del numero di partecipanti per i progetti/eventi FAD.

Punto 7 - L'ORFS effettua ex post, attraverso visite in loco, la verifica della sussistenza dei requisiti per il mantenimento dell'accreditamento. Ogni anno si effettuano delle visite ad almeno il 10% dei provider accreditati, finalizzate a rilevare l'idoneità dei requisiti ed eventuali violazioni. In caso di rilevazione di violazioni dei requisiti richiesti, l'Ente accreditante/ORFS emette i conseguenti provvedimenti che possono includere ammonizioni con indicazione delle correzioni richieste e dei termini entro cui attuarle, sospensione temporanea o, nei casi più gravi, revoca dell'accreditamento.

Punto 8 - La comunicazione tra l'Agenas e l'ORFS si svolge attraverso l'indirizzo e-mail dell'Organismo, formazioneinsanita@regione.puglia.it, che è l'interfaccia istituzionale con la segreteria ECM.

CONCLUSIONI

In un contesto sociale in cui è cambiata la sensibilità individuale del diritto alla salute e della qualità dell'assistenza sanitaria, è fondamentale ridefinire criticamente i modelli gestionali-organizzativi delle Aziende sanitarie, rivalutandone il ruolo in termini sistemici e sottolineando l'importanza del capitale umano e della formazione del personale per promuovere la crescita della professionalità e ridefinire i modelli socio-assistenziali.

La professionalità, le competenze, la capaci-

tà di adattarsi al cambiamento, sono alcuni degli elementi che la Regione Puglia vuole oggi contribuire a migliorare attraverso un processo di innovazione culturale in ambito socio-sanitario, anche grazie al programma di Educazione Continua in Medicina.

Per la Puglia l'innovazione è un nuovo modo per "fare le cose". L'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità della Regione Puglia, in linea con il programma nazionale di Educazione Continua in Medicina, ha avviato, con il supporto della Commissione Regionale per l'Educazione Continua e della Consulta Regionale per la Formazione in Sanità, la prima iniziativa di formazione in ambito sanitario su tutto il territorio regionale, attraverso un modello di formazione orientato alla sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale.

Fra le novità messe in campo vi è la definizione di un modello sperimentale, per l'accreditamento regionale dei progetti/eventi formativi e dei provider residenziali, di Formazione sul Campo (FSC) e di Formazione a Distanza (FAD), che mette in stretta relazione l'esperienza ormai consolidata in ambito nazionale della piattaforma informatica per l'accreditamento dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali, adattata e contestualizzata alle esigenze della Regione, con le competenze specifiche della Regione Puglia.

Tale sinergia istituzionale oltre a sperimentare i punti dichiarati nell'atto di convenzione, dall'analisi, allo studio, alla mappatura dell'offerta formativa, nonché all'elaborazione e alla realizzazione dei programmi informatici e gestionali necessari alla realizzazione del sistema di formazione continua della Regione, offre come valore aggiunto la possibilità di ri-

durre i costi, rispetto ad un sistema di accreditamento regionale ex-novo, e il superamento dell'autoreferenzialità, meccanismo questo che ogni sistema inevitabilmente pone in es-

sere, analizzando da un punto di vista critico le proprie capacità, competenze, ma anche i propri gap, in un'ottica di continuo miglioramento.

Bibliografia

- AA.VV., *L'Educazione Continua in Medicina*, Il Pensiero Scientifico editore, 2003;
- *Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il "Riordino del sistema di Formazione continua in medicina" del 1/08/2007*;
- *Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il "Nuovo sistema di Formazione continua in medicina. Accredimento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero e liberi professionisti" del 05/11/2009*;
- *Regolamento applicativo dei criteri oggettivi dell'accordo Stato Regioni del 5/11/09 per l'accreditamento, approvato dalla CNFC il 13/01/2010*;
- Bateson G., *Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*, Adelphi, 2007;
- Guerrieri C., Ruozi C., Vandelli P., *I saperi della Formazione in Sanità*, Maggioli, 2007
- Ungaro F., Portoghese A., Fiore T., *La Formazione nei sistemi complessi adattativi*, in *Dedalo - Gestire i sistemi complessi in sanità*, vol. IV n. 3/2006.

Formare ad una cultura etica

di **Vincenzo Alastra***, **Leonardo Jon Scotta****, **Francesca Menegon*****, **Ida Grossi°**

* Direttore SOC Formazione e Comunicazione ASL BI (Biella)

** Psicologo SOC Formazione e Comunicazione ASL BI

*** Sociologa SOC Formazione e Comunicazione ASL BI

° Direttore Sanitario ASL BI

48

monitor

Il percorso formativo qui presentato concerne un'iniziativa accreditata ai sensi del sistema ECM che è stata possibile condurre garantendo la necessaria flessibilità progettuale, sia in riferimento alle diverse sessioni formative e alle metodologie didattiche impiegate che ai particolari contenuti oggetto di trattazione negli incontri da parte del docente e dei discenti.

L'accreditamento al sistema ECM, se adeguatamente interpretato e seguito dagli operatori di un Servizio Formazione, si è dimostrato compatibile con questi criteri di flessibilità. Il sistema di accreditamento, e quindi il dover rispettare una serie di vincoli normativi, si sono accompagnati al buon esito di un'iniziativa, conseguito grazie all'interesse, alla motivazione intrinseca e al coinvolgimento autentico richiesto e sollecitato nei partecipanti.

Certo tutto ciò ha potuto aver luogo grazie a favorevoli condizioni di contesto, ma anche e soprattutto in virtù di un'attenzione particolare posta, in tutte le fasi del processo formativo (a partire dall'ideazione e progettazione preliminare, fino alla progettazione di dettaglio e al momento "erogatorio") nel far sì che potessero essere chiari e condivisi gli obiettivi perseguiti e l'articolazione del percorso formativo.

L'iniziativa formativa qui presentata ha potuto aver luogo grazie al considerevole impegno e continuo apporto progettuale e operativo espressi dagli operatori dei Servizi Formazione e dalle Direzioni Sanitarie qui richiamati:

Francesca Menegon (sociologa), Francesca De Marchi (psicologa), Rosa Introcaso (Coord. Prog. Formativi della SOC Formazione e Comunicazione) - ASL BI;

Daniela Costa (Referente del Servizio Formazione), Arabella Fontana (Direttore Sanitario) - ASL NO;

Luigi Petrone (Direttore SOC. Gestione Attività Supporto Direzione), Renzo Sandrini (Direttore Sanitario) - ASL VCO

Daniela Bervignoli (Operatore Servizio Formazione), Mario Traina (Direttore Sanitario) - ASL VC;

Paola Dalla Piazza (Referente Servizio Formazione), Paolo Bruni (Direttore Sanitario fino al 31-12-2010), Gianenrico Guida (Direttore Sanitario) - "AOU Maggiore Carità" di Novara;

Gabriella Emma (Responsabile Servizio Formazione), Giovanna Volo (Direttore Sanitario) - ASP di Enna;

Alberto Peretti (Formatore e Filosofo)

LA CENTRALITÀ DELLA DIMENSIONE ETICA: VERSO NUOVE PRATICHE DI FORMAZIONE

Lo sviluppo di un'azienda sanitaria, sia essa pubblica o privata, sarà sempre più interconnesso con la cultura etica che verrà coltivata in seno alla medesima e con la sua capacità di sostanziare davvero, al suo interno, così come nei confronti della popolazione del proprio territorio, una prospettiva di comunità.

Si parlerà sempre più di etica aziendale in rapporto alla dimensione di sviluppo delle stesse aziende sanitarie (individuazione delle priorità a fronte di risorse limitate, miglioramento delle condizioni di lavoro, ricerca di autentiche forme di partecipazione della cittadinanza, ecc.) e al sistema dei valori (adozione di logiche di dialogo e cooperazione all'interno e all'esterno dell'organizzazione, politiche di coinvolgimento ed inclusione degli stakeholder, valorizzazione delle differenze, disponibilità all'ascolto ai vari livelli organizzativi, coltivazione del senso di appartenenza alla comunità di riferimento, ecc.).

Come potrà e dovrà allora evolvere la formazione nel prossimo futuro per rispondere a questa sfida etica altrettanto eticamente?

In relazione a quanto sopra accennato, la formazione assumerà un'importanza strategica di assoluto rilievo nella misura in cui sarà in grado di favorire, sostenere e incentivare processi di maturazione di una coscienza etica fondata sul dialogo ed il partenariato, sentimenti di appartenenza comunitaria e capacità di ascolto attivo e sapienziale.

I momenti formativi si proporranno anche, e

sempre più, come occasioni per creare condivisione e confronto di valori. La formazione dovrà mirare al potenziamento di abilità sociali ed intelligenze emotive in grado di favorire l'apprendimento di capacità comunicative, tolleranza, umiltà, pazienza, immedesimazione, empatia, mediazione, ecc.; tutte competenze queste delle quali l'azienda sanitaria del futuro avrà, sicuramente, un crescente bisogno.

Molte risposte-proposte al riguardo, certamente interessanti, si situano in una cornice estrinseca all'impianto formativo, ovvero non si limitano a proporre solo cambiamenti intorno ai metodi, alle didattiche, ai luoghi, ai contenuti, ecc., della formazione, ma si esprimono, esse stesse, nella messa in campo di ulteriori domande.

Quali rapporti fra formazione ed etica? Quali valori coltivare e sostenere da parte dei sistemi formativi aziendali?

In sintesi, la formazione dovrebbe sempre più assumere una dimensione esperienziale ad elevata tonalità esistenziale, essere cioè capace di promuovere nei trainees una revisione dei processi comunicativi e determinate competenze socio-relazionali.

Il progetto formativo qui presentato¹ nasce, in tal senso, dalla consapevolezza della centralità della riflessione etica, sia in vista di traguardi di eccellenza delle prestazioni erogate, sia in una prospettiva di benessere e qualità della vita lavorativa degli operatori. La dimensione etico valoriale va infatti intesa come una sorta di superficie su cui l'intera azienda dovrebbe "camminare" e grazie alla quale funzionare.

¹ Il percorso formativo fa parte del Progetto di Agenas: "Condividere e diffondere la prospettiva etica nelle Organizzazioni Sanitarie: verso un modello di analisi e misurazione della Cultura Etica Aziendale", coordinato dall'ASL BI.

LO SCENARIO OPERATIVO E LE FINALITÀ DEL PROGETTO FORMATIVO

Il contesto istituzionale e progettuale: qualche numero

Il progetto formativo ha interessato, in una prima fase, le 5 Aziende Sanitarie appartenenti al Quadrante Piemonte Nord Orientale², coinvolgendo ben 651 Operatori. Sono state realizzate 31 edizioni del percorso formativo, per un totale di 67 giornate d'aula.

Il percorso formativo ha poi, nella sua fase di trasferimento ad altre realtà nazionali, coinvolto l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna che ha realizzato 4 edizioni di formazione d'aula per un totale di 6 giornate d'aula e 80 Operatori coinvolti.

È previsto inoltre, in un prossimo futuro, un'analoga iniziativa formativa in collaborazione con l'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità della Regione Puglia, rivolta a tutti i Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie di questa Regione.

Obiettivi generali e output previsti

Il progetto persegue come finalità il rinforzo e la coltivazione di una cultura etica in ogni azienda coinvolta, attraverso la redazione, in forma partecipata e condivisa da un'ampia e rappresentativa serie di operatori, di una Carta Etica aziendale. Nello specifico, per quanto riguarda le Aziende dell'Area Piemonte Nord Orientale, è stata realizzata in forma congiunta una Carta Etica Inter-aziendale³.

Gli **obiettivi generali** perseguiti dal progetto nel suo complesso, comuni ad entrambe

le esperienze, possono essere qui richiamati:

- attivare laboratori di **formazione-intervento** capaci di coinvolgere adeguate rappresentanze degli attori organizzativi più significativi per posizione, qualifica, articolazione operativa di riferimento delle aziende sanitarie coinvolte;
- attivare ed incentivare processi di **partecipazione** e di protagonismo (empowerment degli operatori), all'interno dei contesti organizzativi attraverso l'uso polisemico di codici e linguaggi, attingendo a forme creative di comunicazione e partecipazione, anche al fine di realizzare interventi di animazione delle comunità di riferimento (creazione e accompagnamento di comitati e gruppi di lavoro, diffusione di prodotti comunicativi, rapporti con i media locali, eventi e manifestazioni, ecc.);
- sottoporre a studio e osservazione le pratiche messe in atto all'interno del progetto, intendendo il medesimo come sperimentale al fine di valutarne l'esportabilità, in toto o in parte, e la contestualizzazione dell'esperienza, in altre realtà regionali e nazionali.

Il progetto si propone, quindi, di definire una solida **piattaforma etica** il più possibile condivisa da parte delle Aziende Sanitarie coinvolte, a partire dalla quale innestare azioni ulteriori, progetti e iniziative diverse; un "**cuore etico**" a sostegno dello sviluppo organizzativo in tal modo perseguito, con indubbi vantaggi in termini di identità, appartenenza e autentica motivazione all'agire professionale da parte di tutto il personale.

² A.S.L. BI di Biella, A.S.L. VC di Vercelli, A.S.L. NO di Novara, A.O.U. Maggiore della Carità di Novara, A.S.L. VCO del Verbano Cusio Ossola.

³ La Carta Etica Inter-Aziendale è un documento che sancisce il reciproco riconoscimento tra le realtà partecipanti al progetto, raccogliendo e integrando fra loro le diverse Carte Etiche Aziendali.

IL PERCORSO

Sia nella fase di prima sperimentazione del progetto, che in quella relativa al progressivo consolidamento ed allargamento, particolare attenzione è stata data alla “fase di lancio”, sia attraverso percorsi di progettazione partecipata e condivisa, sia tramite il confronto condotto con i Collegi di Direzione di tutte le Aziende coinvolte (organizzazione di più incontri di presentazione e dibattito su finalità e metodologie di azione, ecc.). Altrettanta cura ed attenzione sono state poi riservate al reclutamento dei partecipanti, avvenuto attraverso la messa a punto e la diffusione di materiale informativo specifico, la conduzione di diverse riunioni, di numerosi incontri dedicati e contatti telefonici, condotti dagli operatori dei Servizi Formazione. Tutte azioni volte a favorire una ottimale informazione e la partecipazione volontaria di professionisti motivati e rappresentativi dei ruoli organizzativi e delle qualifiche professionali presenti in azienda.

Una volta definiti i partecipanti, si è potuto procedere con la realizzazione dei laboratori di formazione-intervento, che hanno rappresentato il vero e proprio cuore del processo. I laboratori sono stati animati da un docente d’aula, filosofo e counselor esperto in etica del lavoro⁴, e condotti attraverso modalità partecipate, improntate ad una logica “formativa-trasformativa” (Alastra, 2007; Battistelli et al., 2002). Si è voluto cioè attingere agli apprendimenti esperienziali degli operatori e, allo stesso tempo, offrire loro un’occasione per confrontarsi ed interro-

garsi in merito a prassi e valori eticamente fondati e condivisi, e perciò degni di essere mantenuti, consolidati e diffusi.

I temi dell’etica sono stati proposti ai partecipanti non come nozioni da interiorizzare. Sono soprattutto emersi dal confronto e dalle narrazioni della loro vita lavorativa, anche grazie agli stimoli e alle suggestioni proposti (che sono stati soprattutto di tipo artistico e letterario). Tre sono le aree di riflessione su cui i gruppi sono stati invitati a confrontarsi e a raccontare i propri vissuti:

- benessere lavorativo, *eudaimonia*⁵ e beni di relazione;
- il superamento della prospettiva individualistica, meccanicistica e strumentale nei processi e nelle dinamiche di lavoro;
- essere persone sul lavoro: confronto e riflessione sulle pratiche etiche in uso nei diversi contesti.

La riflessione etica proposta in aula ha affrontato questioni, per così dire, di etica “spicciola”, legate alla quotidiana vita lavorativa. Si sono in tal modo create le condizioni per discutere e proporre indirizzi di comportamento che possano contribuire a rendere la vita professionale davvero “buona”, cioè arricchente ed appagante, sia per gli operatori che per gli utenti. Si è trattato inoltre di un’occasione per interrogarsi su come abbinare principi di efficacia, efficienza, eccellenza del servizio con la ricerca della qualità di vita, tanto degli operatori quanto delle persone che fruiscono delle prestazioni.

Le testimonianze di ciascun partecipante e i

⁴ Dottor Alberto Peretti, filosofo e counselor, Studio Alberto Peretti - Vita Eudaimonica.

⁵ Con il termine *eudaimonia* i Greci antichi intendevano una “vita realizzata”, una “vita degna di essere vissuta”, in quanto capace di corrispondere con le più profonde caratteristiche dell’essere umano. La concezione eudaimonica propone di interpretare il ben essere come una particolare condizione di vita, una vita compiuta, in cui le capacità proprie di ciascuna persona possano trovare espressione e maturazione. L’*eudaimonia* lavorativa designa quindi l’insieme delle condizioni e dei comportamenti di lavoro eticamente radicati atti a permettere a ciascuna persona la piena realizzazione di sé, un’adeguata qualità di esistenza, una vita professionale davvero appagante.

contributi di ogni gruppo di lavoro, emersi durante gli incontri, sono stati quindi raccolti attraverso un'accurata attività di "recording" e hanno rappresentato la base per la redazione della Carta Etica Inter-aziendale⁶.

Infine, per far sì che anche le azioni di cambiamento o miglioramento eventualmente scaturite dai laboratori di formazione-intervento fossero caratterizzate da un elevato grado di partecipazione diretta degli operatori, sono stati attivati anche, nelle diverse realtà organizzative, gruppi di "Attivatori e Facilitatori Etici" che hanno potuto progettare e proporre ai colleghi iniziative di carattere tecnico, comunicativo, culturale, ricreativo finalizzate al miglioramento della qualità etica del lavoro e della vita lavorativa, con particolare cura e riferimento alle seguenti funzioni:

- diffusione di buone prassi in tema di qualità della vita organizzativa;
- censimento e valorizzazione di iniziative aziendali meritevoli;
- orientamento etico dei sistemi operativi;
- traduzione in proposte operative eticamente improntate delle strategie aziendali.

Le fasi del processo che hanno portato alla realizzazione della Carta Etica sono state strutturate secondo un percorso che riassumiamo sinteticamente.

FASE DI PRESENTAZIONE

- Incontri di presentazione del progetto alle Aziende del Quadrante Piemonte Nord.
- Progettazione partecipata e condivisa nella programmazione e realizzazione degli incontri di formazione intervento con i Referenti delle Aree Formazione delle Azien-

de del Quadrante Piemonte Nord e con il Responsabile del Servizio Formazione della A.S.P. di Enna.

- Condivisione e messa a punto del progetto in relazione alle specificità di ogni particolare contesto organizzativo (la tematica sulla quale focalizzare la riflessione etica è stata individuata in base alle diverse esigenze di contesto). Tale contestualizzazione è stata condotta attraverso il confronto condotto con i Collegi di Direzione delle Aziende partecipanti.

FASE DI LANCIO

- Lancio del progetto in ogni Azienda, attraverso il coinvolgimento di Responsabili, Dirigenti e Quadri.
- Reclutamento dei partecipanti attraverso la messa a punto, la diffusione di materiale informativo specifico e la conduzione di diverse tipologie di riunioni e incontri dedicati, contatti telefonici.

LABORATORI

di FORMAZIONE-INTERVENTO

- Incontri di trattazione della tematica dell'etica sui luoghi di lavoro e nelle organizzazioni attraverso il confronto con i partecipanti e l'utilizzo di stimoli pittorici e letterari.
- Narrazione della vita lavorativa e valorizzazione degli apprendimenti esperienziali degli operatori.

RECORDING

- Registrazione scritta delle testimonianze dei partecipanti e di ogni gruppo di lavoro.

⁶ Nel sito della ASLBI (www.aslbi.piemonte.it) è disponibile in formato PDF sia la Carta Etica dell'Ascolto della ASL BI che la Carta Etica Interaziendale prima richiamata.

ro (attività di recorder condotta con massima attenzione alla trascrizione fedele dei contributi stessi).

REDAZIONE della CARTA ETICA

- Raccolta delle testimonianze dei partecipanti e di ogni gruppo di lavoro di tutte le Aziende coinvolte, con l'elaborazione di testi contenenti, in forma organizzata e fedele, le testimonianze sopra citate. Tali documenti sono andati a costituire la Carta Etica Inter-aziendale⁷.

GRUPPO ATTIVATORI ETICI

- Formazione-intervento per la costituzione del Gruppo di "Attivatori e Facilitatori Etici" che hanno contribuito attivamente alla realizzazione e alla diffusione della Carta Etica.

I PUNTI DI FORZA DEL PROGETTO FORMATIVO

Sono stati coinvolti nei laboratori di *formazione-intervento* circa il 10% di tutti i dipendenti delle aziende partecipanti, per un totale di circa 750 operatori. Alcuni punti di forza, di seguito sinteticamente richiamati, qualificano in modo significativo l'intero percorso formativo.

Una progettazione forte ma flessibile, compatibile con il sistema ECM

Attraverso una progettazione flessibile, rispettando le attenzioni metodologiche prima ac-

cennate, è stato possibile realizzare un'esperienza formativa con un alto potenziale di sviluppo professionale e organizzativo. Il forte commitment, sostanziatosi in particolare con l'impegno diretto e continuo delle Direzioni Sanitarie, ha permesso di mantenere alto il livello di motivazione dei partecipanti ai corsi, ed elevato l'interesse da parte del restante personale.

Puntare su una metodologia di formazione-intervento ha facilitato virtuosi processi di apprendimento organizzativo e di ricostruzione di senso entro un contesto complesso come un'organizzazione sanitaria. Inoltre, in virtù della molteplicità e complessità delle variabili in gioco, è stata percorsa una progettualità distante dal paradigma della razionalità tecnica.

La progettazione per calibrarsi opportunamente rispetto a contesti organizzativi caratterizzati da dinamicità e mutevolezza continua, ha dovuto essere quanto più flessibile e disponibile ad accogliere quote di incertezza e work in progress, consentendo aggiustamenti continui, sulla base delle retroazioni dei partecipanti via via registrate.

Un processo formativo inserito in un progetto di intervento ampio

Il percorso di formazione-intervento è risultato particolarmente efficace perché è stato inserito in una cornice di senso e operativa più ampia del percorso formativo in aula.

I presupposti del percorso formativo sono sta-

⁷ La Carta Etica costituisce quindi il punto culminante di un processo di maturazione e di affinamento etico comunicativo. Raccoglie, struttura, organizza in modo organico le riflessioni e le prospettive etiche emerse in specifici gruppi di partecipanti ai percorsi di formazione-intervento. La Carta Etica intende:

- Favorire la crescita e la maturazione di persone responsabili, capaci di usare il cuore e la ragione per destreggiarsi tra i quotidiani conflitti di valore.
- Permettere di legare passato, presente e futuro. Quindi aprire orizzonti di senso più ampi e luminosi per il lavoro quotidiano, portando alla luce i valori che entrano in gioco, quelli presenti, quelli da elaborare, quelli appannati oppure da difendere e rinforzare.
- Creare identità. Quindi rafforzare e rinsaldare l'identità organizzativa attraverso una riflessione e un confronto collettivo sui valori fondanti l'agire, che devono necessariamente essere frutto di scelte ponderate e di meditata adesione.

ti oggetto di particolare cura da parte degli operatori dei Servizi Formazione in diverse circostanze (nella diffusione nelle aziende, negli artefatti comunicativi predisposti all'uso, nel reclutamento ed ingaggio dei partecipanti, nell'apertura dei lavori di ogni edizione, ecc.) e congruamente rinforzati da una significativa comunicazione organizzativa condotta dai vertici aziendali. Il tutto ha rappresentato una articolata e concatenata serie di interventi che si sono proposti quali "enzimi" o catalizzatori che hanno portato i diversi attori organizzativi ad interrogarsi sulla dimensione etica del loro agire, sui valori da coltivare e, quindi, sul come, quando e con chi impegnarsi in tal senso.

Le Azioni di Consolidamento e il Laboratorio Etico Permanente

A partire dal percorso formativo presentato e dalla conseguente redazione della Carta Etica Interaziendale possono scaturire una serie di azioni da realizzare al fine di consolidare la cultura etica aziendale risvegliata in tal senso. Si tratta di diversi e successivi progetti in tema di etica, condotti sia a livello di singola azienda sanitaria, sia in forma di azione congiunta e coordinata da parte di più aziende. Si potranno realizzare progetti formativi con una fase di sperimentazione in alcune Unità Operative territoriali ed ospedaliere, i quali potranno verificare quanto operare in una prospettiva etica e su valori condivisi possa incidere sul benessere organizzativo, sulla relazione con il paziente, sulla qualità dell'offerta dei servizi e dunque nella prevenzione di errori, tutto ciò attraverso l'individuazione di specifici indicatori. Inoltre, potranno svilupparsi azioni mirate al riconoscimento della qualità delle relazioni umane come rilevante capitale aziendale.

Oltre ad iniziative formative specifiche, il progetto ha previsto fin da subito la creazione di un *Laboratorio Etico Permanente* di tipo riflessivo che abbia come fine quello di stimolare l'intera organizzazione a perseguire logiche di benessere etico organizzativo. Nelle aziende coinvolte si stanno costituendo gruppi di operatori e *Laboratori Aziendali*, sulla base di criteri di trasversalità orizzontale (coinvolgimento di tutti i ruoli, di tutte le strutture e servizi) e trasversalità verticale (coinvolgimento di tutti i livelli gerarchici). Questi Laboratori sono finalizzati al "censimento" e alla "certificazione", valorizzazione, diffusione ed incentivazione delle iniziative aziendali e delle buone prassi di interesse etico, e alla sperimentazione di modelli di valutazione-valorizzazione del capitale etico aziendale. Tali Laboratori Aziendali potranno infine promuovere particolari progetti, ricercare forme di integrazione e partenariato fra loro ed altro ancora.

Una metodologia didattica innovativa: far parlare l'esperienza

Un altro punto di forza del progetto formativo è stata la scelta di una metodologia didattica basata sulla narrazione della propria esperienza. La riflessione etica e il pensiero etico aziendale è scaturito dal dialogo tra i partecipanti e tra le loro testimonianze di vita lavorativa quotidiana vissuta.

Questo ha permesso di riscoprire potentemente la *mission* dell'azienda sanitaria ed il senso del quotidiano vivere ed operare in essa, come ben spiegano le parole di Luigina Mortari (2003, p.102):

“La tendenza a stare dentro confini rassicuranti dei codici condivisi è sempre in agguato. Ma c'è un tempo per sostare entro il perimetro di universi simbolici rassicuranti e un tempo per

agire il pensare rischioso, che ci fa avventurare in luoghi sconosciuti dove mancano punti di appoggio collaudati. Forse la vera saggezza sta nel saper vedere quando è tempo di stare nei luoghi condivisi... e quando è tempo di arrischiare i sentieri faticosi di quel pensare che ha la facoltà di far sperimentare nuove possibilità di appartenenza, di dischiudere inediti orizzonti simbolici entro i quali trovare nuove isole di significato”.

Puntare sulla motivazione intrinseca

Alla perplessità iniziale sulla possibilità di fermarsi a riflettere insieme su una comune prospettiva etica, oltretutto in un momento di grande cambiamento ed incertezza, è corrisposto da parte dei partecipanti grande interesse, partecipazione e coscienza condivisa dell'importanza del riappropriarsi del proprio ruolo, delle proprie responsabilità, della propria identità personale e professionale.

L'apprezzamento per il percorso viene confermato dai dati sulla soddisfazione dei partecipanti proposti in allegato.

È emerso fortemente come il percorso debba essere personale ma anche e soprattutto dell'organizzazione e del management. L'azienda deve sostenere e supportare una prospettiva etica condivisa con azioni organizzative specifiche oltre che con percorsi di formazione-intervento.

Un progetto trasferibile in altri contesti

Tale progetto risulta trasferibile poiché concerne una tematica centrale e trasversale in qualsiasi tipo di organizzazione. In particolare la trasferibilità del progetto si è già palesata con successo nel passaggio da una prima sperimentazione aziendale condotta presso la ASL BI ad una

Interaziendale che ha compreso le aziende sanitarie del Piemonte Nord e nell'esperienza condotta presso l'ASP di Enna.

PER CONCLUDERE: NON SI PUÒ CHIEDERE ETICA SENZA OFFRIRE ASCOLTO E PARTECIPAZIONE

All'interno delle organizzazioni sanitarie quando si parla di “etica” ci si riferisce, generalmente, a ciò che attiene alle deontologie professionali degli operatori e, soprattutto, ai momenti in cui gli operatori si interrogano sulle decisioni da prendere in campo clinico-terapeutico. Comunemente si intende il comportamento etico degli operatori come derivante da un corpus di principi guida, contenuti in codici, i quali dovrebbero orientare le scelte e i comportamenti quotidiani dei singoli.

Una volta definiti i grandi principi, i singoli sono però spesso “lasciati soli” nel passaggio da quanto viene affermato nei codici, all'applicazione di tali principi nella realtà cangiante e complessa delle relazioni e degli infiniti casi umani. Il risultato è spesso quello di percepire tali principi come profondamente giusti, ma eccessivamente assoluti rispetto alla contingenza della realtà lavorativa.

Una delle possibili soluzioni è evitare di far confezionare a pochi i principi guida che definiscono “il buono e il giusto”: come dimostra l'esperienza qui illustrata, è necessario fare in modo che il discorso etico emerga dalle parole e dalle esperienze situate di molti operatori che, messi nella condizione di confrontarsi, possano iniziare insieme un percorso che vada alle radici della questione etica stessa, cioè che parli di riconoscimento e di rispetto dell'Altro, rappresentato non solo dal paziente/utente ma anche dal collega.

Portare alla luce le questioni etiche che stanno alla base dei comportamenti più “spicci” può aiutare a ridare senso a parole importanti che, a volte, tendono a smarrirsi, nella loro altisonanza, la capacità di parlare veramente alla vita quotidiana delle persone.

L’etica non va seguita, va praticata. “Fare etica” all’interno delle organizzazioni sanitarie significa, dunque, mettere i professionisti che vi ope-

rano in condizione di acquisire uno sguardo “etico” sul proprio lavoro, offrendo spazi formativi in cui potersi raccontare e confrontare e in cui scoprire che gli interrogativi etici emergono continuamente e che, forse, proprio affrontando quelli che paiono più “quotidiani”, è possibile gettare delle solide basi per accogliere e considerare quelli legati a situazioni particolarmente gravi e complesse.

Breve bibliografia di riferimento

- Alastra, V. (2007), “La ricerca partecipata sul tema del benessere organizzativo in sanità”. In D. Converso e R. Falchetta (a cura di), *Burn-out e non solo. Valutazione del rischio, prevenzione e benessere nelle organizzazioni* (pp.126-142), Centro Scientifico Editore, Torino.
- Battistelli, A., Majer, V., Odoardi, C. (2002), *Sapere, fare, essere. Formazione come percorso di cambiamento nelle organizzazioni*, Franco Angeli, Milano.
- Di Gregorio, R. (1998), *La formazione-intervento nelle organizzazioni. Esperienze e strumenti*, Guerini e Associati, Milano.
- Mortari, L. (2003), *Apprendere dall’esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*, Carocci Editore, Roma.
- Mortari, L. (2008), *A scuola di libertà. Formazione e pensiero autonomo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Peretti A. (2008), *I giardini dell’Eden. Il lavoro riconciliato con l’esistenza*, Liguori Editore, Napoli.
- Schein E. H. (1985), *Cultura d’azienda e leadership*, Guerini e associati, Milano.
- Schein E. H., (2001), *La consulenza di processo. Come costruire le relazioni d’aiuto e promuovere lo sviluppo organizzativo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Allegato

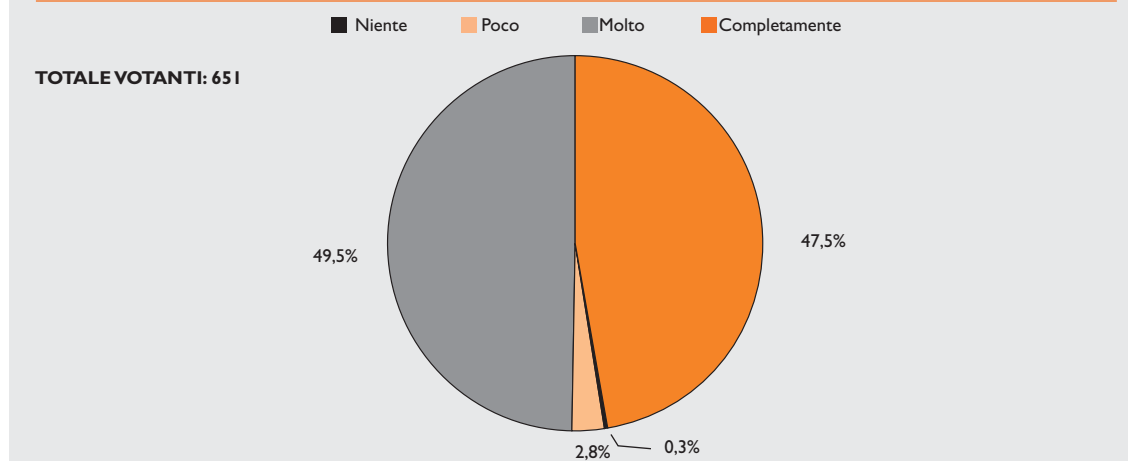
La valutazione dei risultati del percorso formativo:
alcuni dati sul gradimento del percorso formativo raccolti attraverso
il questionario ECM

IN RIFERIMENTO ALLE AZIENDE SANITARIE DEL PIEMONTE NORD⁸

Risultati complessivi di tutti i partecipanti al percorso formativo in Piemonte

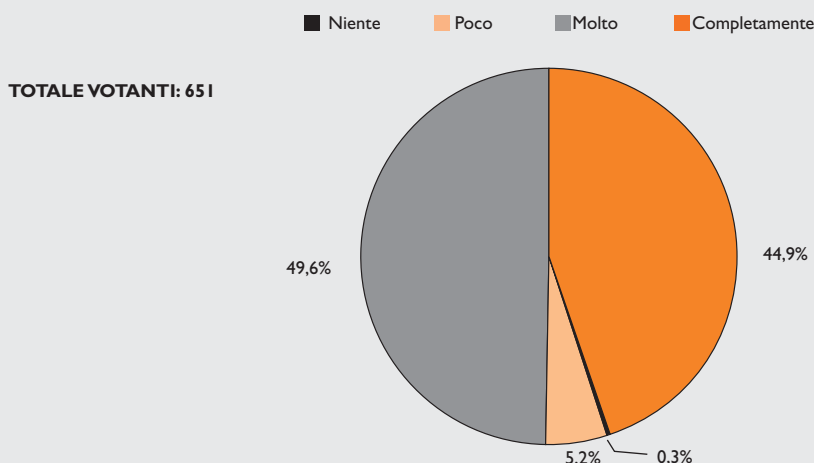
	Niente	Poco	Molto	Completamente	Totale votanti
Item 6) Come valuta l'efficacia delle tecniche e dei metodi didattici impiegati in questo evento?	2	18	322	309	651
Item 7) Come valuta l'efficacia formativa dell'evento?	2	34	323	292	651

Item 6 - Come valuta l'efficacia delle tecniche e dei metodi didattici impiegati in questo evento?



⁸ Gli Item riportati nelle tabelle e nei grafici seguenti sono tratti dal questionario di Gradimento Corso ECM presente sulla piattaforma di accreditamento della Regione Piemonte (www.ecmpiemonte.it)

Item 7 - Come valuta l'efficacia formativa dell'evento?



Media complessiva di tutti i partecipanti al percorso formativo in Piemonte

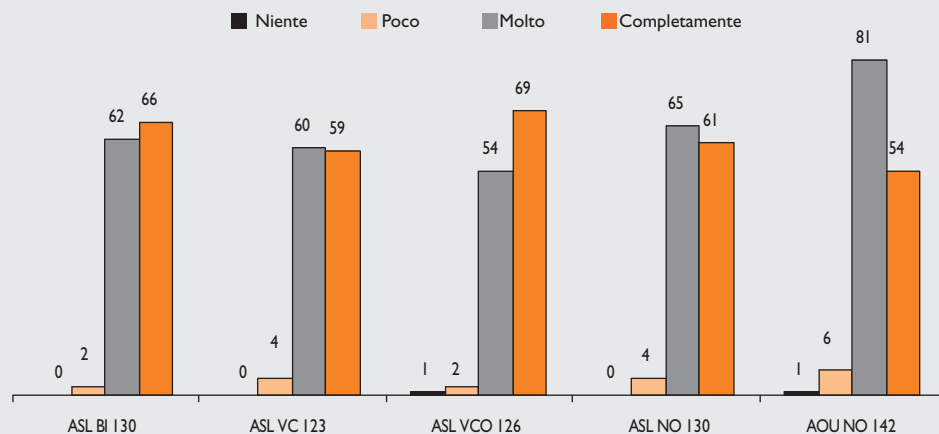
	Media	Totale votanti
Item 8) Come valuta (da 0 a 10) l'inserimento di questo evento nel Suo programma di sviluppo professionale?	8,5	651

Risultati per singola asl partecipante

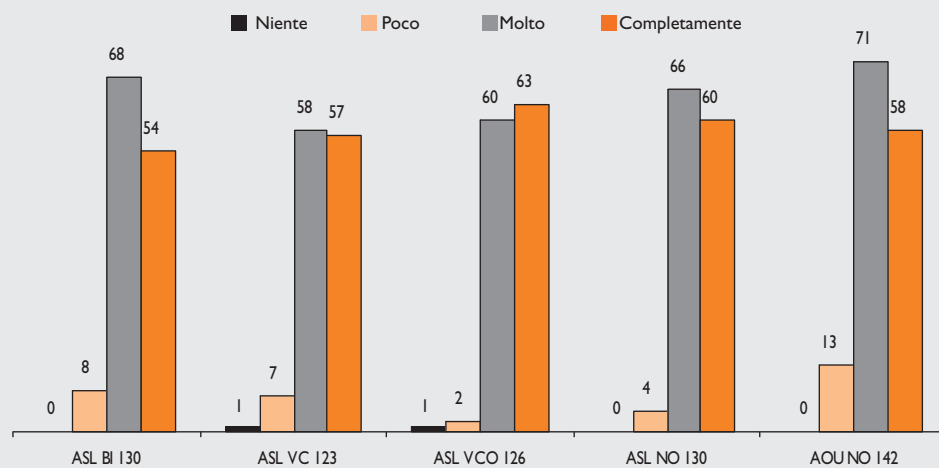
ITEM 6) Come valuta l'efficacia delle tecniche e dei metodi didattici impiegati in questo evento?	Niente	Poco	Molto	Completamente	Totale votanti
ASL BI	0	2	62	66	130
ASL VC	0	4	60	59	123
ASL VCO	1	2	54	69	126
ASL NO	0	4	65	61	130
AOU NO	1	6	81	54	142

ITEM 7) Come valuta l'efficacia formativa dell'evento?	Niente	Poco	Molto	Completamente	Totale votanti
ASL BI	0	8	68	54	130
ASL VC	1	7	58	57	123
ASL VCO	1	2	60	63	126
ASL NO	0	4	66	60	130
AOU NO	0	13	71	58	142

Item 6 - Come valuta l'efficacia delle tecniche e dei metodi didattici impiegati in questo evento?



Item 7 - Come valuta l'efficacia formativa dell'evento?



Media per singola asl partecipante

ITEM 8) Come valuta (da 0 a 10) l'inserimento di questo evento nel Suo programma di sviluppo professionale?

	Media	Totale votanti
ASL BI	8,4	130
ASLVC	8,3	123
ASLVCO	8,8	126
ASL NO	8,5	130
AOU NO	8,3	142

IN RIFERIMENTO ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

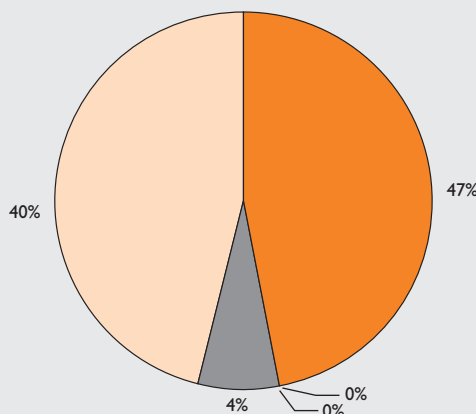
Risultati complessivi di tutti i partecipanti al percorso formativo ad Enna

	Non rilevante	Poco rilevante	Abbastanza rilevante	Rilevante	Molto rilevante	Totale votanti
Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?	0	0	4	26	27	57
	Scarsa	Mediocre	Soddisfacente	Buona	Eccellente	Totale votanti
Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?	0	0	2	23	32	57
	Inefficace	Parzialmente efficace	Abbastanza efficace	Efficace	Molto efficace	Totale votanti
Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?	0	1	8	25	23	57

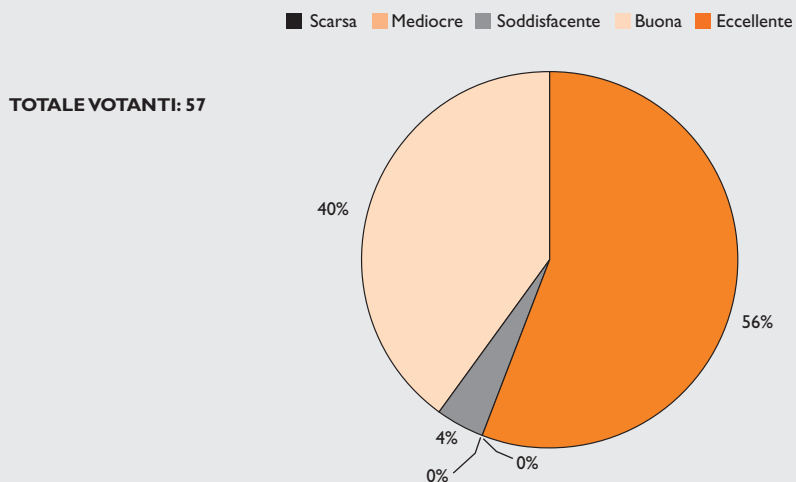
Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

■ Non rilevante ■ Poco rilevante ■ Abbastanza rilevante ■ Rilevante ■ Molto rilevante

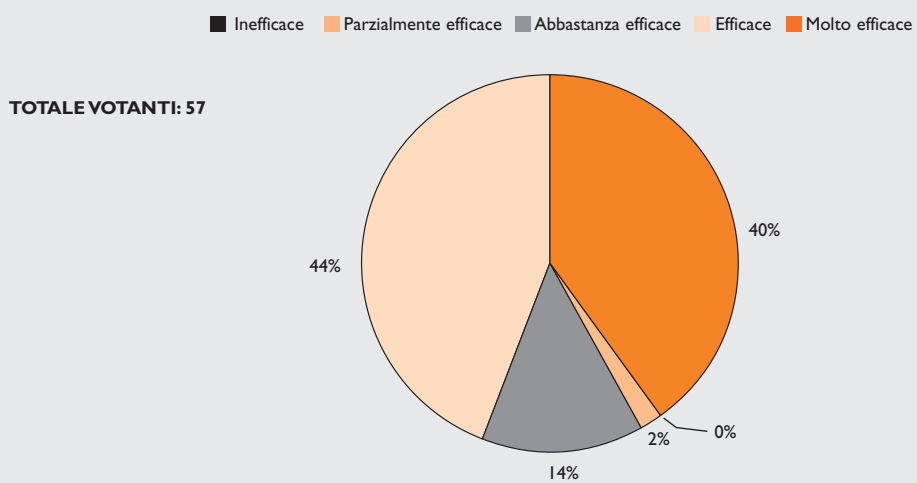
TOTALE VOTANTI: 57



Come valuta la qualità educativa/di aggiornamento fornita da questo evento?



Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?



Lavorare in rete: fra autonomia e interdipendenza

Le attività di Agenas a supporto delle Regioni

a cura della **sezione Documentazione, Informazione e Comunicazione**
Agenas

62

monitor

D a qualche anno Agenas promuove e coordina diverse iniziative, per adempiere ai propri compiti istituzionali e fornire un valido supporto tecnico-operativo alle politiche di governo condivise tra Stato e Regioni per lo sviluppo e la qualificazione del Servizio sanitario nazionale. L'Agenzia opera direttamente, attraverso sistemi di *monitoraggio, valutazione e informazione condivisi*, con la realizzazione di due Reti, RIHTA (Rete Italiana per l'HTA) e RE.MO.LE.T. (Rete Monitoraggio Lea Tempestiva). Inoltre, Agenas svolge un ruolo di supporto all'organizzazione della Rete dei Distretti sanitari in Italia, e della Rete, promossa dal Ministero della salute e condivisa da Regioni, Province Autonome, Ordini, Società scientifiche e Associazioni professionali di settore, per realizzare una Campagna informativa sull'Emergenza-Urgenza. In tal modo, l'Agenzia opera per rafforzare il sistema delle relazioni e favorire l'organizzazione delle interdipendenze per la produzione di valori comuni. Lo stato dell'arte delle attività di Agenas per "Lavorare in Rete" è stato presentato nell'ambito del Forum PA 2011, che quest'anno ha posto al centro dell'attenzione il concetto di "rete", come simbolo dell'evoluzione nelle relazioni tra diversi soggetti (amministrazioni pubbliche, imprese, mondo della ricerca e cittadini). L'Agenas si è dunque inserita in tale contesto per far conoscere il proprio operato e le proprie attività, appartenenti rispettivamente ad aree tematiche diverse (Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo, Monitoraggio della Spesa Sanitaria, Organizzazione dei Servizi Sanitari, Qualità e Accreditamento) consapevole del fatto che la condivisione di informazioni e valutazioni, l'integrazione fra servizi e professioni favorisce l'innovazione e la crescita del Ssn.

Sono promosse e gestite da Agenas:

- **RIHTA** (Rete Italiana per l'HTA), una rete collaborativa interregionale che favorisce la condivisione delle esperienze maturate da organismi che,

in Italia e a vario livello, effettuano valutazioni di Health Technology Assessment (HTA) o attività similari;

- **RE.MO.LE.T.** (Rete Monitoraggio Lea Tempestiva), un'attività coordinata che ha lo scopo di aiutare le Regioni a confrontare i propri dati di attività e di spesa con le altre.

Agenas, inoltre, opera a supporto di:

- **Rete dei Distretti sanitari in Italia**, che ha sviluppato la nuova "Indagine sullo stato di attuazione dei Distretti sanitari in Italia", svolta con la collaborazione delle Regioni, con il contributo dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica S. Cuore di Roma, nonché con la partecipazione della Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto;
- **Rete della Campagna informativa sull'Emergenza-Urgenza**, che ha lo scopo di informare il cittadino sul corretto uso dei servizi di Emergenza-Urgenza, attraverso una Campagna condivisa dalle Regioni, le Province Autonome, gli Ordini, le Società scientifiche e le Associazioni professionali di settore.

LA RETE ITALIANA PER L'HTA (RIHTA)

I contenuti sono stati elaborati dal Gruppo RIHTA¹.

La RIHTA è una rete di collaborazione tra le tecno-strutture delle Regioni e Agenas, promossa e coordinata dalla sezione Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo (ISS).

L'iniziativa è nata nel 2009 con lo scopo di realizzare e sviluppare iniziative, progetti e interventi volti a ottimizzare le valutazioni siste-

matiche delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment) nell'ambito dei Servizi sanitari regionali. La Rete è stata istituita con un accordo di collaborazione tra l'Agenzia e le Regioni e le P.A. con la finalità di adottare iniziative comuni di supporto reciproco e collaborazione tecnico-scientifica in grado di facilitare il trasferimento e la condivisione delle conoscenze acquisite e maturate nei diversi contesti.

La funzione della RIHTA, infatti, è quella di effettuare la valutazione tecnico-scientifica di tecnologie e interventi sanitari rilevanti, basandosi sulle capacità e le competenze disponibili tra i partecipanti alla Rete, di produrre report con una metodologia condivisa, sostenere le Regioni che non hanno implementato e sviluppato il processo valutativo, facilitare l'integrazione dell'HTA nelle politiche decisionali ed evitare duplicazioni.

Tutte queste attività si esplicano mediante:

- a) il confronto dei piani di lavoro con la ricerca dei possibili livelli di collaborazione;
- b) la condivisione delle fasi tecniche di cui si compone la valutazione di una tecnologia sanitaria che consenta l'attribuzione dei compiti sulla base della expertise già presente nella Rete;
- c) l'individuazione delle tecnologie e degli interventi sanitari di cui le singole Regioni prevedono di doversi occupare in futuro per evitare eventuali duplicazioni;
- d) lo sviluppo di metodi per adattare, a livello regionale, valutazioni di tecnologie e interventi sanitari già esistenti a livello nazionale o internazionale.

Il sistema di governo

Il modello organizzativo del sistema di governo della RIHTA *non è gerarchico*: ciascuna Re-

¹ La stesura dell'articolo è a cura di Marina Cerbo, Laura Velardi, Antonella Cavallo ed Emilio Chiarolla.

gione mantiene autonomia politica e amministrativa (Figura 1).

Il Comitato di Coordinamento esprime gli indirizzi e gli obiettivi generali delle attività, monitorizza l'andamento e i risultati delle attività condotti dalla Rete, supporta l'attivazione di gruppi di lavoro tematici.

Il Comitato ha individuato, tra i suoi primi obiettivi, quello di sviluppare le capacità operative dei gruppi di lavoro, analizzando i bisogni formativi per colmare le eventuali lacune e condividere e valorizzare le competenze già esistenti.

A tale proposito, si è impegnato nella creazione di strumenti operativi per facilitare la produzione di documentazione e la diffusione di report prodotti da Agenzie nazionali e internazionali quali l'istituzione di un Forum volto a favorire lo scambio di know-how HTA regionali; inoltre, promuove la condivisione di argomenti di interesse regionale, in vista di possibili sviluppi HTA e la collaborazione per ricerche e valutazioni sull'adozione di tecnologie, la loro diffusione, il loro impatto.

Le attività svolte

È stato realizzato un Forum, consultabile dai part-

ner della RIHTA all'indirizzo <http://hta.agenas.it/>, per la condivisione, la discussione e lo scambio di documenti (Figura 2).

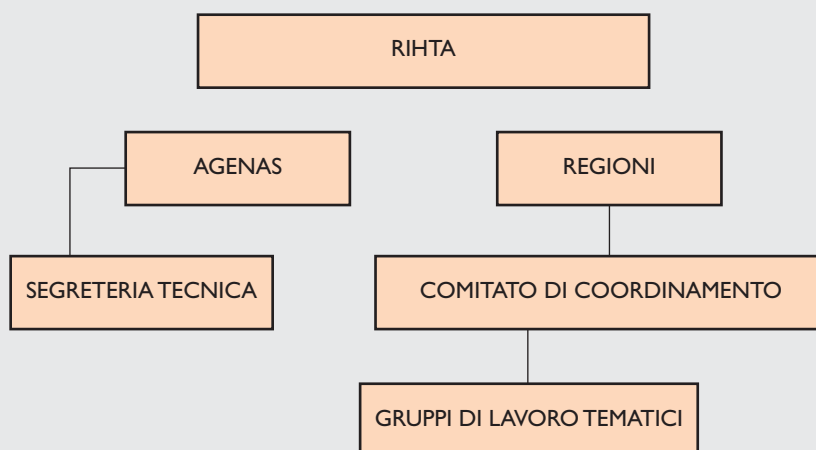
Le attività in corso

L'attivazione del Gruppo di lavoro per la formazione (RIHTA-f) ha portato all'organizzazione di seminari su specifiche tematiche individuate in sede di Comitato di Coordinamento della RIHTA:

- processo di prioritarizzazione;
- ricerca delle informazioni e sintesi delle evidenze;
- analisi di contesto e identificazione dei comparatori;
- fabbisogno di ricerca (come affrontare l'incertezza);
- relazione con gli stakeholder;
- struttura del report e del reporting.

Al ciclo di seminari, che ripercorre le tappe dell'assessment ed è condotto con il contributo di docenti esperti individuati dai componenti della Rete, partecipano due discenti per ciascuna Regione (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Pie-

Figura 1 - RIHTA: il sistema di governo



monte, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto e le P.A. di Bolzano e Trento) opportunamente designati sulla base di specifiche professionalità e competenze. Al fine di contestualizzare il processo formativo, nell'ambito del primo seminario (ad oggi, si sono tenuti i primi due incontri) ai partecipanti è stato fornito un elenco di tecnologie emergenti candidate all'*assessment*:

- Microinfusore per infusione sottocutanea di insulina;
- Sistema PET/MR;
- Valvola cardiaca biologica ad auto-ancoraggio per impianto mini-invasivo;
- Sistema impiantabile di neurostimolazione sacrale per il trattamento di disturbi dell'apparato digerente;
- Screening del carcinoma polmonare con TC spirale;
- Adroterapia.

Con gli elementi conoscitivi scaturiti dal primo modulo incentrato sul processo di priorizzazione, sono stati organizzati due gruppi di

lavoro e sono state selezionate due tecnologie che saranno oggetto del processo valutativo che si realizzerà durante lo svolgimento del ciclo seminariale.

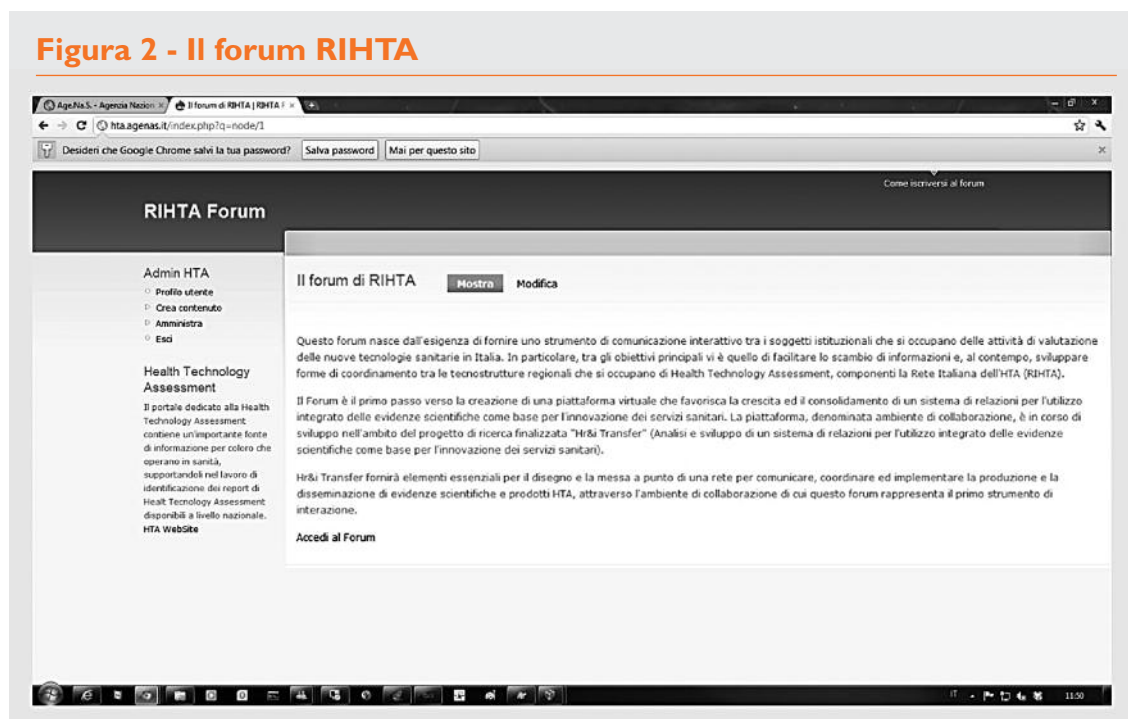
Agenas e le Reti internazionali di HTA

L'attività di forte coinvolgimento, da parte dell'Agenas, delle Regioni italiane che hanno avviato uffici/funzioni di HTA alla partecipazione alla RIHTA ha costituito un ulteriore passo avanti verso la crescita della capacità di valutazione delle tecnologie secondo percorsi condivisi anche a livello europeo.

La rete EUnetHTA

L'Agenas, a livello europeo, è Associated partner della EUnetHTA Joint Action, promossa dal Directorate General for Health and Consumer Affairs della Commissione Europea (DG SANCO), struttura che, per il triennio 2010-2012, ha il compito di *approfondire e sperimentare metodologie e strumenti per una stabilizzazione del net-*

Figura 2 - Il forum RIHTA



work europeo di HTA a livello comunitario.

Il coordinamento, curato dalla Danimarca, vede la partecipazione di 37 *Partner* (rappresentativi di 30 Paesi) di cui 13 con funzioni di leadership e/o co-leadership di una linea di lavoro (Work Package -WP) e circa 35 unità di HTA di vario tipo (regionale_aziendale, universitario_ricerca).

Per l'Italia aderiscono al progetto, insieme ad Agenas e AIFA, le Regioni Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte e Veneto.

In particolare, l'Agenzia, oltre a partecipare a diversi WP tra cui quello di Coordinamento (WP1), ha assunto la Co-leadership, con la Finlandia, del WP4 "Core HTA" e coordina la linea di attività legata alla produzione di "Core" HTA, in cooperazione con le agenzie di diversi paesi.

I Core HTA sono report in cui vengono trattate sistematicamente e con una metodologia condivisa, sviluppata nell'ambito del progetto EUnetHTA (2006-2008), tutte le dimensioni di impatto di una tecnologia.

La rete EuroScan

L'Agenas partecipa attivamente anche al network EuroScan, la più importante rete internazionale di collaborazione tra le agenzie di Health Technology Assessment, fondata nel 1999 con l'obiettivo di *supportare le organizzazioni coinvolte nelle attività di segnalazione tempestiva e di allerta di tecnologie emergenti* al fine di analizzare i loro effetti e le conseguenze del loro utilizzo, nel breve e lungo periodo, nei sistemi sanitari dei diversi Paesi.

L'obiettivo di EuroScan è quello di:

- scambiare informazioni su farmaci, dispositivi, procedure, processi e assistenza sanitaria innovativi, tecnologie emergenti;
- valutare le risorse per il reperimento delle informazioni per l'identificazione delle tecnologie;
- condividere l'applicazione dei metodi nelle varie fasi della rapida valutazione;
- disseminare le informazioni che scaturiscono dall'assessment.

La partecipazione di Agenas al network EuroScan consente un costante aggiornamento delle innovazioni tecnologiche che si affacciano sul mercato e una rilevante opportunità di collaborazione internazionale.

In particolare l'Agenzia, in questo ambito, oltre a collaborare con altri partner europei, produce direttamente specifici report di Horizon Scanning (HS) e contribuisce, occasionalmente, alla stesura articoli per le newsletter.

RETE DI MONITORAGGIO LEA TEMPESTIVA (RE.MO.LE.T.)

I contenuti sono stati tratti dal numero 21 di Monitor², da "L'attività ospedaliera: dati e riflessioni", Quaderno di Monitor, 5° supplemento al numero 24 di Monitor³ e dalla presentazione di RE.MO.LE.T., tenutasi nell'ambito del Forum PA 2011⁴.

Rendere disponibili informazioni aggiornate per la valutazione e il confronto tra le Regioni e gli enti istituzionali interessati è l'obiettivo per cui nasce RE.MO.LE.T., il programma di un Gruppo di lavoro formato da esperti delle Regioni e dalla sezione Monitoraggio della Spesa Sanitaria dell'Agenas, attivato nel 2007 dall'Agenzia stessa. L'analisi dei da-

² "RE.MO.LE.T. i primi risultati: i dati Sdo 2007", a cura del Gruppo RE.MO.LE.T, pag 37-60.

³ "Analisi dei dati Sdo 2006/2008", a cura del Gruppo RE.MO.LE.T, (stesura dell'articolo Isabella Morandi) pag 11-26.

⁴ A cura di Francesca Giuliani.

ti raccolti nell'ambito del gruppo RE.MOLE.T. non intende essere un'alternativa ai dati ufficiali raccolti dal Ministero della salute, ma uno strumento che affianchi i tradizionali flussi ministeriali, una risorsa in più per le Regioni partecipanti, che desiderano condividere i loro dati in tempi il più ridotti possibile e utilizzarli per un'attività di *benchmarking reciproca*, orientata a una valutazione finalizzata alla programmazione. Oltre a un *Gruppo di lavoro tecnico*, la Rete di monitoraggio Lea tempestiva è composta da un *Comitato istituzionale*, che identifica le problematiche da analizzare e da un *Comitato scientifico*, che mette a punto la metodologia da utilizzare; entrambi sono formati da personale dell'Agenas, dal Ministero della salute, dall'Istat e dalle Regioni.

RE.MOLE.T. è un'attività coordinata con l'obiettivo di aiutare le Regioni a confrontare i propri dati di attività e di spesa con le altre. La Rete favorisce dunque uno scambio e un confronto reciproco, che prescinda da un mero controllo dell'autorità centrale e che sia invece orientato ai fini delle decisioni programmatiche locali. Inizialmente nelle riunioni del gruppo (cui partecipano alla pari tutti i soggetti coinvolti) si discutono gli obiettivi, gli argomenti e le priorità da trattare. Si stabilisce una metodologia condivisa e vincolante per la raccolta dei dati che deve essere rispettata da ogni partecipante: *il modo di operare è completamente condiviso*. Le tabelle intermedie inviate da ogni singolo partecipante costituiscono il database, che serve per l'analisi dei dati. Questi dati intermedi, infatti, sono poi rielaborati in ambito Agenas, con il contributo di qualche altro collaboratore di RE.MOLE.T. È importante che tutti i risultati, sia finali sia intermedi, vengano fatti circolare, rispettando però la privacy: ciascuna

Regione produce solo tabelle aggregate secondo le specifiche stabilite insieme. È fondamentale che i dati originali non escano mai dalle rispettive Regioni così come sono stati raccolti, ma vengano processati, analizzati e valutati al loro interno secondo le metodologie prestabilite dal gruppo. Prima di diffondere i risultati, gli elaborati sono valutati da parte di coloro che hanno inviato i "semi-lavorati" e costoro, a loro volta, possono, anzi devono, chiederne una valutazione anche da parte dei responsabili regionali. Le pubblicazioni delle evidenze emerse avvengono comunque solo con l'autorizzazione del gruppo.

Tutte queste operazioni devono essere effettuate nel più breve tempo possibile, in quanto la caratteristica principale di RE.MOLE.T. consiste proprio nella *tempestività*. Alle Regioni, infatti, ciò che più manca sul piano informativo è il potersi confrontare a breve sui dati delle altre, per poter valutare se i propri andamenti e scostamenti siano generali o specifici della propria realtà. Hanno partecipato fino allo scorso anno: Campania, Basilicata, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto. La Rete RE.MOLE.T. è ovviamente aperta a successive e gradite adesioni.

Attività svolte

Poiché la normativa nazionale e gli accordi Stato-Regioni ha posto regole e fissato obiettivi in relazione al *contenimento del tasso di ospedalizzazione, alla riduzione dell'inappropriatezza e all'incremento dell'efficienza*, è stato scelto di analizzare le dimensioni correlate a tali intenti e tra loro molto interdipendenti.

I primi dati analizzati e presentati sul numero 21 di *Monitor*, nel luglio 2008, erano relativi

ai ricoveri ospedalieri dei malati per acuti del primo semestre 2007 in sei Regioni: Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Sicilia e Umbria. La tempestività di tale pubblicazione voleva dimostrare come, a pochi mesi di distanza dagli eventi, fosse possibile effettuare analisi e confronti con dati sufficientemente validati. Dai risultati emergeva che alcune informazioni risentivano delle diverse specificità organizzative e tariffarie ed era perciò molto importante analizzarli congiuntamente ai soggetti che avevano prodotto tali dati. I volumi dei ricoveri ordinari non si erano sostanzialmente modificati e quindi tra il 2006 e il 2007 non c'era stata un'importante riduzione dei ricoveri ordinari a favore dei ricoveri in day hospital. Il case mix non sembrava sostanzialmente cambiato nelle sue dimensioni generali, tuttavia, era importante, al riguardo, notare come i dati fornissero segnali significativi di voci con variazioni non trascurabili; ad esempio era interessante notare come alla diminuzione del volume dei ricoveri in day hospital si associasse un aumento della loro complessità media, mentre questo non avveniva per i ricoveri ordinari, in cui invece sembrava fosse avvenuto l'inverso. I ricoveri in day hospital erano drasticamente diminuiti nelle due Regioni, Lombardia e Lazio, che avevano in quel periodo realizzato l'ambulatorizzazione di alcuni interventi e in particolare quelli relativi alla cataratta e al tunnel carpale. In alcune Regioni non si era verificato lo stesso fenomeno sia perché, come nel caso dell'Emilia Romagna, l'ambulatorizzazione era già stata realizzata precedentemente, sia perché in altre non si era ancora ampiamente avviata. Infine la presenza di ricoveri ordinari definiti a rischio di inappropriata era ancora molto elevata.

Il programma RE.MO.LE.T. ha continuato le

sue analisi e nel 2009 sul Quaderno di Monitor, il 5° supplemento al numero 24, ha descritto l'attività ospedaliera erogata dalle Regioni che hanno aderito alla Rete (Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta, Veneto) e ne ha valutato l'evoluzione nel triennio 2006-2008.

La tendenza generale evidenziava la riduzione del numero di ricoveri sia di tipo medico sia di tipo chirurgico, sia in regime ordinario sia di day hospital e la riduzione dell'incidenza di quest'ultimo sul complesso dei ricoveri, ma con differenze significative e di segno opposto tra le Regioni. Alla contrazione dei volumi seguiva l'ovvia riduzione dei tassi di ospedalizzazione ma non necessariamente del volume di attività, in quanto la complessità della casistica aumentava in tutte le Regioni. Permanevano forti differenze nei livelli di erogazione di prestazioni di alta complessità, che presentavano quote più elevate nelle Regioni del Centro-Nord, e di prestazioni a rischio di inappropriata con volumi elevati (ma in diminuzione) in alcune Regioni sia settentrionali sia del Centro-Sud. Non disponendo dei flussi relativi alle prestazioni specialistiche ambulatoriali non era possibile valutare se e in quale proporzione i fenomeni osservati fossero determinati dalla progressiva deospedalizzazione di specifiche prestazioni ovvero se dipendessero da differenti fattori. Solo in tal modo era possibile superare l'utilizzo di indicatori come la proporzione di ricoveri in day hospital rispetto al complesso di ricoveri, ormai completamente inadeguati in riferimento alla mutata organizzazione dei Ssr. Le Regioni, infatti, che avevano trasferito parte dell'attività di day hospital a livello ambulatoriale risultavano aver avuto un aumento della proporzione di ricoveri or-

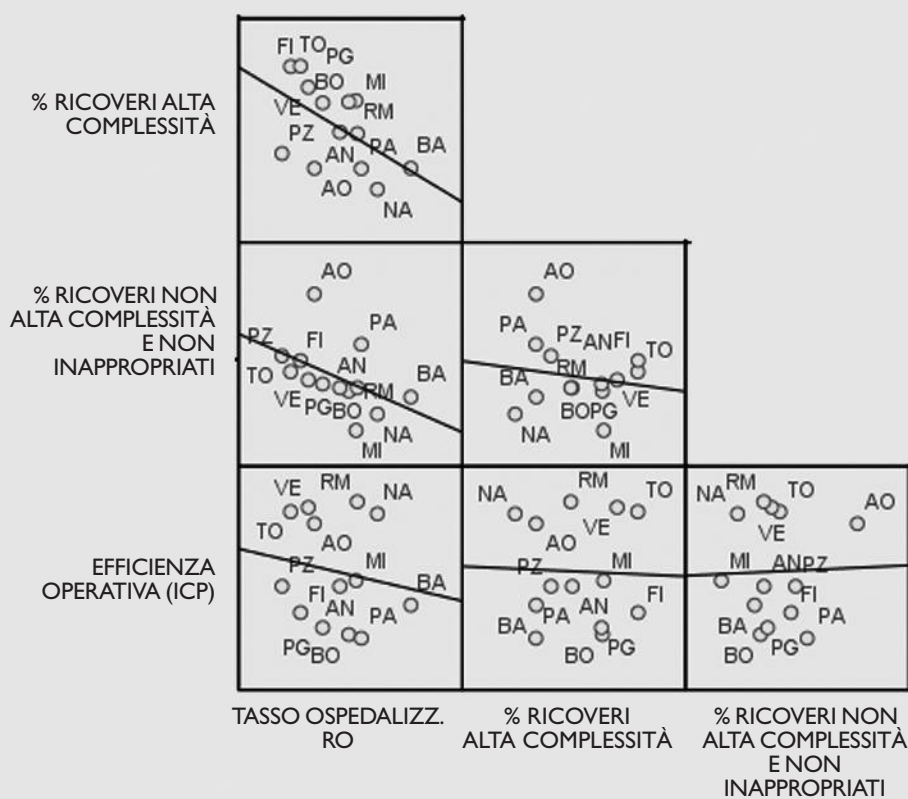
dinari a rischio di inappropriately anche se la frequenza assoluta era diminuita. I fenomeni osservati non consentivano di individuare modelli di sviluppo in cui fossero coniugati tassi di ospedalizzazione contenuti, case mix costituito da sufficienti quote di prestazioni di complessità alta o media ed elevata efficienza operativa. L'analisi di alcune dimensioni (tasso di ricovero in regime ordinario, proporzione di ricoveri di alta complessità, proporzione di ricoveri di non alta complessità e non a rischio di inappropriately, efficienza operativa standardizzata) ha consentito, attraverso i diagrammi di dispersione (Figura 3), di evidenziare la distribuzione delle Regioni rispetto a singole coppie di indicatori.

Il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario aveva una correlazione inversa rispetto alla proporzione di casi di alta complessità e alla

proporzione di casi di minore complessità, ma non a rischio di inappropriately (e quindi correlazione positiva con i ricoveri inappropriati). Tuttavia la notevole dispersione dei punti nei grafici in cui l'efficienza operativa è stata analizzata in associazione con gli altri indicatori dimostrava come essa dipendesse da fattori diversi dai tassi di ricovero e dalla complessità del case mix.

Considerando anche ulteriori dimensioni, si è verificato che le Regioni in cui si coniugavano efficienza e complessità superiori alla media (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Umbria) presentassero differenti proporzioni di ricoveri a rischio di inappropriately, diversa incidenza del day hospital, divergenti trend di variazione del volume dei ricoveri ordinari e di day hospital.

Figura 3 - Distribuzione delle Regioni rispetto a coppie di indicatori



RE.MO.LE.T. oggi

Nell'evoluzione di RE.MO.LE.T. si è deciso di valutare in modo sperimentale la possibilità di utilizzare *analisi complessive di più file (Dati Sdo, Flussi specialistica e farmaceutica)* tra loro linkati, allo scopo di ottenere indicazioni utili ai fini del Monitoraggio dei Lea e della Spesa, interesse principale della sezione di Agenas coordinatrice del progetto RE.MO.LE.T.

Attualmente è in corso un esercizio concreto in nove Regioni per vedere quali tra queste siano in grado di produrre dati aggregati per settore riferibile ai soggetti individuali, al fine di dare un'identificazione clinica dei soggetti. L'esercizio ha comunque già un suo interesse in quanto vuole verificare i differenti costi globali delle prestazioni (ospedaliere, specialistiche, farmaceutiche) usate da coloro che sono stati ricoverati per diversi DRG e che quindi possono considerarsi portatori di differenti patologie. RE.MO.LE.T., dunque, si conferma, nel modo di operare completamente condiviso, come una preziosa Rete di scambio e confronto, finalizzata a favorire il benchmarking tra le Regioni e orientata sempre di più a programmi di cambiamento e miglioramento locali.

LA RETE DEI DISTRETTI SANITARI IN ITALIA

I contenuti sono stati tratti da "La Rete dei Distretti sanitari in Italia", Quaderno di Monitor, 8° supplemento al numero 27 di Monitor⁵.

La necessità di una sempre maggiore integrazione socio-sanitaria è alla base dell'Indagine sullo stato di attuazione dei Distretti sanita-

ri in Italia, effettuata nell'anno 2010 e realizzata dalla sezione *Organizzazione dei Servizi Sanitari (OSS)* di Agenas con la collaborazione delle Regioni e con il prezioso contributo dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica S. Cuore di Roma, nonché con la partecipazione della Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto. Il lavoro sui Distretti è stato riconosciuto anche dalla Giuria dei *Public Affairs Award*, che ha assegnato all'Agenas, Sezione OSS, il prestigioso riconoscimento di "Eccellenza nei *Public Affairs 2011*"; il premio è stato consegnato il 5 luglio nell'ambito del 3° Convegno nazionale della *Public Affairs Associations - Relazioni istituzionali in sanità*.

L'Indagine, al suo terzo aggiornamento sullo stato di attuazione dei Distretti, il primo nel 2001, il secondo nel 2005/2006, è stata condotta sulla base delle priorità individuate dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale: l'analisi delle caratteristiche organizzativo-strutturali (ambito territoriale prevalente, centri di responsabilità, profilo professionale e posizione funzionale del Direttore di Distretto, programmazione distrettuale, negoziazione di risorse e prestazioni, formazione del personale, audit formalizzati); l'analisi delle associazioni causali tra alcuni elementi concettuali caratterizzanti il Distretto in termini di "facilitatore" dell'integrazione dei servizi e dei professionisti dell'assistenza primaria e alcune conseguenze a impatto organizzativo. I risultati sono stati presentati in occasione del Convegno "La rete dei Distretti sanitari in Italia", tenutosi a Roma il 30 marzo 2011 e sono stati pubblicati in un numero monografico di Monitor, contenente oltre al report finale dell'Indagine, con-

⁵ "Executive summary i messaggi tascabili della ricerca", di Paolo Da Col, Mariadonata Bellentani, pag. 10-14; "Report dell'Indagine", di Mariadonata Bellentani, Gianfranco Damiani, Alessandra Ronconi, Sara Catania, Leonilda Bugliari Armenio, pag. 15-60.

tributi di esperti e di referenti regionali. La pubblicazione, *I Quaderni di Monitor*, 8° supplemento al numero 27, è scaricabile anche all'indirizzo: http://www.agenas.it/monitor_supplementi.html.

Una sintesi dell'Indagine

Dai dati dell'Indagine, condotta attraverso questionari e l'uso di specifiche analisi statistiche, emergono due considerazioni preliminari:

1. *L'adesione pressoché unanime del target individuato*: 681 Distretti sul totale di 711 (95,8%)

hanno reso disponibili le informazioni richieste, dimostrando, quindi, una "forte" capacità di risposta del sistema da parte delle strutture più giovani dei nostri servizi sanitari (Tabella 1);

2. la maggioranza delle risposte fornite ha consentito di disegnare un quadro omogeneo, in cui, tuttavia, si sono potuti riconoscere trend territoriali ben definiti, con caratteristiche e differenze peculiari tra Nord (talora distinte nelle parti Est e Ovest) Centro e Sud e Isole.

Figura 4 - Bollino d'Eccellenza nei Public Affairs 2011 ad Agenas



PUBLIC AFFAIRS AWARD
ECCELLENZA 2011
ISTITUZIONI PUBBLICHE

RIQUADRO 1 - COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO

Mariadonata Bellentani - Agenas
Leonilda Bugliari Armenio - Agenas
Sara Catania - Agenas
Alessandra Ronconi - consulente statistico Agenas
Silvia Arcà - Ministero della salute
Carola Magni - Ministero della salute
Gianfranco Damiani - Università Cattolica S. Cuore di Roma
Cristina Beltramello - Direttore Sanitario ULSS 3 Bassano del Grappa
Paolo Da Col - Direttore Distretto n. 1 ASS 1 "Triestina"
Saverio Di Ciommo - Direttore del Distretto di Casalecchio di Reno
Gilberto Gentili - Direttore Sanitario ASUR Marche
Rosario Mete - Direttore Distretto 12 ASL Roma C
Rodolfo Rollo - Direttore Generale ASL Brindisi
Piero Salvadori - Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie - Asl di Empoli
Antonio Trimarchi - Direttore Distretto sociosanitario Este ULSS 17

REFERENTI REGIONALI

Abruzzo - Rosa Borgia
Basilicata - Giuseppe Montagano
Calabria - Rosanna Maida
Campania - Rosanna Romano, Annarita Greco
Emilia Romagna - Clara Curcetti, Luisa Parisini
Friuli Venezia Giulia - Paolo Da Col
Lazio - Valentino Mantini, Laura Gerosa
Liguria - Graziella Giusto
Lombardia - Concetta Malaspina, Anna Maria Maestroni, Antonella Nenna
Marche - Gabriella Beccaceci
Molise - Gianfranca Testa
P.A. Bolzano - Alfred König, Irene Bauer
P.A. Trento - Luciano Pontalti
Piemonte - Gabriella Viberti
Puglia - Vito Piazzolla, Marisa De Palma, Patrizia Marzo, Fulvio Longo
Sardegna - Gian Pietro Ortu
Sicilia - Damiana Pepe
Toscana - Simona Dei
Umbria - Carla Cicioni, Giuliangela Proietti Bocchini, Isolina Cuccarini
Valle d'Aosta - Paola Ippolito
Veneto - Antonino Compostella, Silvia Vigna

I dati emersi sono stati ottenuti attraverso i seguenti metodi:

- studio epidemiologico osservazionale di tipo trasversale;
- indagine di tipo censuaria rivolta alla totalità dei distretti dislocati sul territorio nazionale;
- strumento di rilevazione: questionario auto-compilato dai Direttori di Distretto;
- 33 domande prevalentemente di carattere qualitativo.

Le informazioni raccolte fanno riferimento al 31 dicembre 2009.

Inoltre, sono state condotte analisi descrittive per le caratteristiche strutturali dei Distretti (tabelle di frequenza con dettaglio regionale per alcune caratteristiche demografiche e strutturali del Distretto, tabelle di frequenza stratificate per ripartizione geografica per tutti i restanti quesiti del questionario) e analisi infe-

renziali per lo studio delle associazioni tra variabili.

Caratteristiche generali del Distretto oggi

Il Distretto, la struttura operativa dell'Asl che contribuisce a garantire i Livelli essenziali di assistenza riferibili al sistema della *Primary health care*, si traduce principalmente nella proposizione, attuazione e verifica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale e nella realizzazione della continuità assistenziale per pazienti cronici e con bisogni assistenziali complessi.

I Distretti in Italia oggi si presentano come organizzazioni con territori e popolazioni di riferimento rimarchevoli: 85.000 abitanti in media e una superficie media di 440 km². Numeri maggiori, quindi, di quanto previsto dal d.lgs n. 229/99. Pur nell'ampia variabilità inter-distrettuale/inter-regionale, il 73,5% dei Distretti co-

Tabella I - Tasso di risposta per Regione

Regione	Distretti attivi al 31.12.2009	Numero questionari pervenuti	Tasso di risposta (%)
ABRUZZO	25	19	76,0
BASILICATA	11	11	100,0
CALABRIA	35	35	100,0
CAMPANIA	72	72	100,0
EMILIA ROMAGNA	38	38	100,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	20	20	100,0
LAZIO	55	52	94,5
LIGURIA	19	19	100,0
LOMBARDIA	81	81	100,0
MARCHE	23	23	100,0
MOLISE	7	7	100,0
PIEMONTE	58	41	70,7
P.A. DI BOLZANO	20	20	100,0
P.A. DI TRENTO	13	13	100,0
PUGLIA	49	49	100,0
SARDEGNA	23	20	87,0
SICILIA	62	61	98,4
TOSCANA	34	34	100,0
UMBRIA	12	12	100,0
VALLE D'AOSTA	4	4	100,0
VENETO	50	50	100,0
ITALIA	711	681	95,8

pre un territorio urbano (40,5%) o extraurbano (33,4%). Potrebbe, quindi, tornare di attualità il dibattito se debbano esistere Distretti modellati diversamente a seconda della collocazione geografica e della densità abitativa, dato che l'espressione dell'assistenza primaria trova giustificazione anche rispetto a questi parametri. Occorrerebbe, invece, approfondire se, per rispettare i Livelli essenziali di assistenza, gli standard di organizzazione e dotazione di risorse del Distretto urbano o extraurbano debbano essere programmaticamente diversi da quelli esistenti in altre aree di riferimento a minor densità abitativa e con diverse caratteristiche geografico-ambientali.

Caratteristiche organizzative

I dati dell'Indagine sono in grado di giustificare l'individuazione del Distretto come struttura complessa, anche a valenza dipartimentale:

nel 78% dei Distretti esistono centri di responsabilità definiti (addirittura oltre 6 nel 25% dei casi) (Figura 6). Rispetto alla precedente Indagine del 2005/2006, nella complessità della rete assistenziale emerge anche un rafforzamento della figura del Direttore di Distretto. Infatti, gli sono attribuiti riconoscimenti formali più evidenti nell'ambito delle gerarchie aziendali: il 94,2% è responsabile di struttura complessa (nel 23,5% dei casi con indennità dipartimentale). Nel 97% dei casi la carica di Direttore di Distretto è ricoperta da un dirigente del Ssn, mentre nel restante 3% l'incarico è svolto da un medico di medicina generale (Figura 7) e nel 46,3% dei casi viene affidato per nomina fiduciaria, mentre nel 43% per concorso. In generale, dunque, emerge come non sia ancora definito o definibile il profilo professionale ideale del Direttore di Distretto né la sua qualificazione accademica.

Tabella 2 - Caratteristiche generali dei Distretti

Caratteristiche dei Distretti	n	%
Superficie di competenza del distretto (in km²)		
<140	156	22,9
140-399	178	26,1
400-649	149	21,9
≥650	147	21,6
Missing	51	7,5
Popolazione residente		
<30000	72	10,6
30000-59999	161	23,6
60000-100000	211	31,0
>100000	214	31,4
Missing	23	3,4
Tipo di azienda sanitaria		
sub provinciale	185	27,2
provinciale	426	62,5
interprovinciale	8	1,2
regionale	57	8,4
Missing	5	0,7
Totale	681	100,0

Programmazione e integrazione sociosanitaria

Dall'Indagine emerge anche quella che viene ritenuta all'unanimità una delle premesse indispensabili per l'integrazione, vale a dire la coincidenza tra territorio del Distretto e ambito sociale, registrata nell'80% dei casi, e la partecipazione alla costruzione del Piano di Zona, 84% (Tabella 3). Tuttavia, la programmazione interna del Distretto avviene più legata a specificazioni aziendali che non al Programma delle attività territoriali (Pat).

Altra questione rilevante per i Distretti è quel-

la, spesso poco considerata, che interessa il grado di coordinamento tra loro all'interno dell'azienda di appartenenza. Il 62,9% dei Direttori di Distretto ha risposto affermando che esiste un coordinamento all'interno dell'Asl e che, nei 2/3 dei casi, è di tipo funzionale. Nel 59,2% dei Distretti esiste, poi, un Ufficio di coordinamento dell'attività distrettuale (Ucad) che contribuisce alla programmazione e all'integrazione. Oltre al problema della negoziazione delle risorse da rafforzare, un limite piuttosto significativo emerso dall'Indagine è quello relativo alla valutazione

Figura 5 - Ambito territoriale

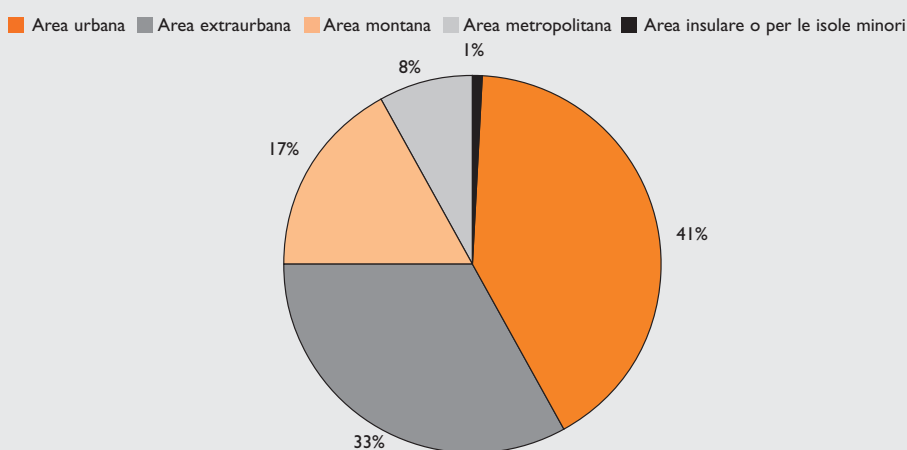


Figura 6 - Presenza di centri di responsabilità all'interno dei Distretti

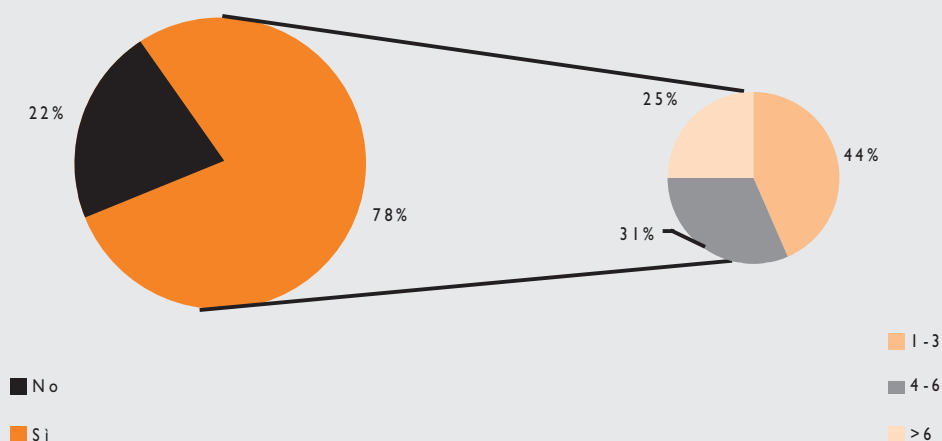


Tabella 3 - Coincidenza tra territorio del Distretto e ambito sociale

Area geografica	Si	No
Nord Est	77,9	22,1
Nord Ovest	72,4	27,6
Centro	96,7	3,3
Sud e Isole	77,7	22,3
Totale	80,0	20,0

dei bisogni del cittadino, effettuata “spesso” nel 48,1%, “raramente” nel 40,1% e che non viene mai compiuta nell’11,3% dei casi, senza particolari distinzioni fra le diverse aree territoriali, nonostante la rilevanza ad essa attribuita dalla normativa nazionale e regionale.

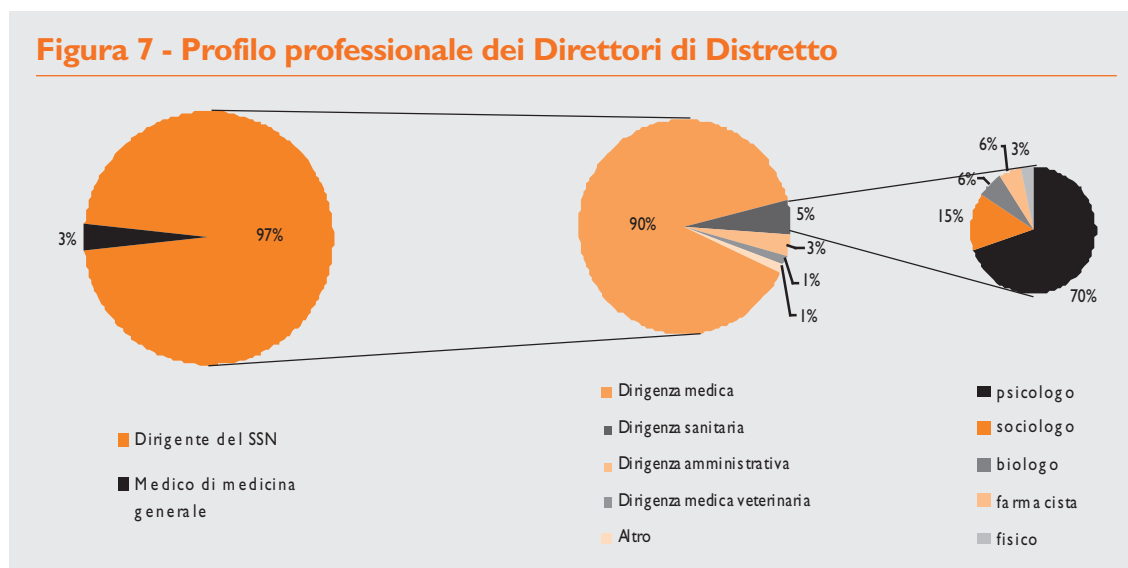
La ricerca ha preso in considerazione anche l’aspetto della partecipazione del cittadino, il cui coinvolgimento è lievemente aumentato rispetto alla precedente Indagine del 2005/2006 (dal 40 al 44%). A forme istituzionali di partecipazione, quali le consulte con i cittadini e i comitati consultivi misti, sono state affiancate modalità più flessibili, quali gruppi di lavoro su obiettivi specifici.

Dall’Indagine emergono anche alcune cri-

titicità: i percorsi formativi espressamente dedicati al proprio personale sono svolti “spesso” nel 61% dei casi, “raramente” nel 32%, “mai” nel 6,4%.

Anche per quanto riguarda la negoziazione di obiettivi e risorse tra Distretto e Direzione generale dell’Azienda, dai dati raccolti risulta che, mentre la negoziazione annuale degli obiettivi avviene nell’85,2% dei Distretti, quella delle risorse interessa poco più del 33%, dati che evidenziano la difficoltà nell’implementare un vero e proprio processo di budgeting nelle Aziende sanitarie e che dimostrano che il Distretto non è visto in modo univoco, come soggetto fondamentale per la negoziazione di obiettivi e risorse nell’ambito dell’assistenza primaria.

Figura 7 - Profilo professionale dei Direttori di Distretto



Linee prioritarie per lo sviluppo del Distretto: una *vision comune*

Il trend attuale nel Paese sembra essere quello di un *Distretto che assume un ruolo di tutela*, meno impegnato negli aspetti di erogazione diretta e più rivolto ad aspetti di *governance e di garanzia del cittadino sui Livelli essenziali di assistenza*, in un contesto in cui si rende necessario promuovere e ampliare l'assistenza primaria, di cui esistono evidenze di efficienze, efficacia ed equità. Tuttavia l'Indagine rivela che *l'integrazione sociosanitaria è ancora un elemento debole del sistema* ed è necessario puntare l'attenzione sugli aspetti della prevenzione e del trattamento della fragilità e della cronicità.

Dall'Indagine emergono alcune linee prioritarie per lo sviluppo del Distretto, condivise con tutto il Gruppo di lavoro e valutate positivamente dai referenti regionali, dai responsabili scientifici e dai Direttori di Distretto presenti al Convegno del 30 marzo. Risulta importante che il Distretto, per ricomporre l'azione di diversi attori nel soddisfare i bisogni della popolazione, operi nell'ambito di percorsi assistenziali da attivare e adattare nell'operatività con i professionisti del territorio, a cominciare dai medici di medicina generale. È pertanto fondamentale soddisfare il fabbisogno organizzativo di coordinamento/integrazione, all'interno dell'assistenza primaria, attraverso diversi meccanismi di coordinamento. Alla base dello sviluppo di questi meccanismi di coordinamento evoluti deve esserci una collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale, basata su:

- l'esistenza di obiettivi chiari e condivisi e di una *vision comune*, orientata sui bisogni del cliente/assistito;
- l'*internalizzazione*, ossia la consapevolezza, da parte dei professionisti, delle loro inter-

dipendenze e dell'importanza di gestirle;

- la *formalizzazione*, ossia la definizione chiara di azioni, ruoli e responsabilità attraverso un approccio sistematico, che utilizza diversi strumenti, quale lo sviluppo di accordi interorganizzativi, protocolli, sistemi informativi, procedure ecc.;
- la *governance*, intesa come capacità, da parte degli organismi di governo, di fornire linee di indirizzo chiare ed esplicite, al fine di guidare azioni strategiche in grado di promuovere l'implementazione di processi di collaborazione. Governance significa anche leadership di manager o professionisti, supporto ai professionisti e apprendimento continuo per sostenere i cambiamenti nelle attività cliniche, condivisione di responsabilità a livello decisionale tra tutti i soggetti coinvolti, collegamento tra individui e organizzazioni facilitato dalla disponibilità di luoghi di incontro.

In questa visione, il Distretto esprime principalmente la funzione di integrazione nei servizi sanitari e sociosanitari tra diversi professionisti, organizzazioni e assistiti, facilitando, nel rispetto delle autonomie dei diversi attori, la crescita del protagonismo degli stessi assistiti (processi di empowerment), della responsabilizzazione degli operatori, delle capacità di programmazione e valutazione delle attività su obiettivi comuni di assistenza.

Un altro elemento di estremo interesse derivante dall'Indagine riguarda il valore della realizzazione di percorsi assistenziali e il miglioramento del clima organizzativo del Distretto, in cui la formazione svolge un ruolo strategico nel creare non solo una rete professionale, ma una rete organizzativa tra i diversi attori che si muo-

vono nel sistema complesso “Distretto”. Ciò si concretizza nella:

- gestione tecnica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale dell'assistito con patologia cronica o bisogno di salute complesso;
- facilitazione dell'attuazione della continuità assistenziale in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, sostenibilità, mediante la ricomposizione dei saperi specialistici e tecnici delle diverse autonomie professionali;
- rendicontazione e comunicazione di azioni svolte nell'intero sistema di Primary health care;
- azione di advocacy verso i cittadini, ossia sostegno e promozione di programmi di tutela della salute, favorendo la loro attiva partecipazione alla realizzazione di un reale sistema di attenzioni primarie per la salute.

In tal modo, un sistema centrato sull'offerta di prestazioni frammentarie potrebbe evolvere verso un modello in cui l'assistito può trovare risposta ai suoi bisogni mediante l'attivazione di reti e percorsi che, alimentati da risorse e competenze integrate a livello locale, rispondano a essenziali principi universali di presa in carico istituzionale e di continuità assistenziale.

I risultati dell'Indagine si possono unire alle riflessioni del Gruppo di lavoro sui Distretti, da cui emerge una *vision* del Distretto che lo individua come:

- luogo di *integrazione professionale*, di globalità della presa in carico e della risposta all'utente (in contrapposizione all'assistenza ospedaliera, dove l'evoluzione tecnologica accresce la specializzazione delle competenze e la settorializzazione dell'agire; inoltre, le disposizioni istituzionali e organiz-

zative responsabilizzano non tanto sulla presa in carico quanto sull'efficacia/efficienza della produzione);

- luogo in cui si assicura la produzione dei *servizi sul territorio* (con una tendenza a integrare l'erogazione diretta con una pluralità di servizi che vengono svolti all'esterno e acquisiti con forme diverse di convenzioni e garanzie di qualità);
 - luogo di *allocazione e gestione delle risorse* rispetto a obiettivi predefiniti;
 - luogo di *prevenzione e medicina pro-attiva*, da svolgersi mediante i professionisti del territorio, e prima di tutto i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, rafforzando e ampliando i programmi e le azioni rilevanti in termini di efficacia (screening, vaccinazioni, chronic care model e attività fisica adattata);
 - luogo dove l'*integrazione* non è tendenzialmente solo funzionale, ma diviene sempre più strutturale e fisica: nelle esperienze di Case della salute o in organismi simili, individuate da diverse Regioni nei propri atti di programmazione, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale agiscono in un'interazione funzionale tra loro e con una pluralità di altri professionisti del territorio, quali infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, personale amministrativo, psicologi ed altri.
 - luogo riconoscibile e di *ricomposizione di una rete di servizi* sempre più articolata, con modalità di integrazione orizzontale, intorno a problemi e obiettivi comuni (con reti virtuali o strutturali) e basati su modalità di fiducia e di relazioni competenti.
- Spetta dunque al sistema territoriale e in par-

ticolare al Distretto sviluppare questi principi tramite la definizione di accordi e regole condivise con i professionisti e i servizi, per realizzare unitariamente un sistema di assistenza primaria in cui la salute è affrontata, il più possibile, nella sua complessità e, come tale, con un approccio intersettoriale. A tal fine il Distretto non può che essere un'organizzazione complessa, motore di integrazione e continuità assistenziale. Occorre pertanto riflettere sulle criticità distrettuali e utilizzarle come opportunità per ridisegnare ruoli e funzioni all'interno della Primary health care.

LA RETE DELLA CAMPAGNA INFORMATIVA SULL'EMERGENZA-URGENZA

I contenuti sono stati tratti da Monitor 27⁶ e dalla presentazione "Campagna informativa nazionale. Il corretto uso dei servizi di Emergenza-Urgenza", tenutasi nell'ambito del Forum PA 2011.

La carenza di informazioni a disposizione del cittadino sulla natura e l'utilizzo dei servizi di Emergenza-Urgenza è stata individuata come una delle principali cause dell'incremento al ricorso di tali servizi. Promuoverne la conoscenza, le modalità di accesso e il loro corretto uso significa non solo aumentare le capacità del cittadino nella gestione delle risorse e dei servizi, nel *decision making* e nella risoluzione dei problemi, ma favorire anche l'efficacia e l'efficienza dei servizi stessi. Su queste ragioni nasce la Campagna informativa nazionale "*Il corretto uso dei servizi di Emergenza-Urgenza*", avviata nel febbraio 2010 dal Ministero della salute in collaborazione con Agenas, che si rivolge a tutta la popolazione con particolare attenzione ai giovani e ai cittadini stranieri. In questa sede presenteremo la *base infor-*

mativa comune della campagna (dalla Scheda 1 alla 6), condivisa da istituzioni e professionisti, che si potrà adattare a uno specifico target e contesto di diffusione territoriale. Tali contenuti si prefiggono l'obiettivo di promuovere l'informazione riguardo ai diversi servizi disponibili in caso di Emergenza-Urgenza, a come si possa accedere a ciascuno di essi e quale sia meglio contattare a seconda delle necessità. Il progetto si sviluppa in accordo con i principi dell'empowerment, seguendo una metodologia basata sull'intersettorialità e sul coinvolgimento più ampio possibile di tutti i portatori di interesse per la definizione di un messaggio comune e l'individuazione delle modalità di diffusione più efficaci.

Attivazione della Rete per la realizzazione del progetto

Sulla base delle indicazioni emerse dalla letteratura e nel rispetto di specifici principi metodologici, il Gruppo di Coordinamento del progetto (Riquadro 2), costituito da Ministero della salute e Agenas, ha invitato tutte le Regioni e Province Autonome (P.A.) a supportare l'implementazione della Campagna informativa, attuando quelle azioni di diffusione dei contenuti ritenute più utili ed efficaci per lo specifico contesto regionale. Tutte le Regioni/P.A. hanno dato la loro disponibilità a partecipare attivamente alla Campagna, costituendo il Gruppo di Pilotaggio della stessa (Riquadro 3) insieme ad Agenas e al Ministero della salute. È stato, quindi, condiviso tra i due Gruppi uno specifico piano attuativo che prevede la diffusione di contenuti informativi in tre ambiti, riconosciuti come "privilegiati" sulla base delle indicazioni emerse dall'analisi della letteratura e delle esperienze nazionali e internazionali:

⁶ "Campagna informativa nazionale: Il corretto uso dei servizi di Emergenza-Urgenza", pag 102-107.

1. “*Tecnico-professionale*”: professionisti che operano nell’Emergenza-Urgenza (PS, 118), Medicina Generale, Pediatria, Continuità Assistenziale;
2. “*Scuola*”: Scuola Primaria, Scuola Secondaria di I grado e Scuola Secondaria di II grado;
3. “*Cittadinanza*”: rete dell’associazionismo civico.

Per ciascuno dei tre ambiti si è ritenuto fondamentale rendere partecipi i principali stakeholder nella definizione dei contenuti e delle modalità di diffusione, attuando una strategia di progressivo coinvolgimento di tutti i possibili interlocutori. È stata, quindi, promossa la costituzione di un Gruppo di lavoro in ambito tecnico professionale a cui partecipano Ordini e Collegi, Associazioni Professionali e Società Scientifiche Nazionali di settore (Riquadro 4). Sono state attivate le comunicazioni con le Ambasciate dell’Albania, della Cina, del Marocco, della Romania e dell’Ucraina, ovvero con gli organismi di rappresentanza delle comunità straniere

più presenti sul territorio nazionale (dati Istat e Dossier Caritas Migrantes 2009). Sono state, infine, invitate ad aderire alla Campagna informativa le principali Associazioni nazionali di volontariato impegnate nel sistema territoriale di soccorso.

La base informativa comune⁷

Nella convinzione che sia fondamentale la diffusione di un messaggio alla cittadinanza univoco, basato sulle indicazioni della letteratura, delle iniziative già realizzate e condiviso all’interno di un modello a rete improntato allo scambio delle conoscenze ed esperienze, sono stati formulati una serie di contenuti informativi, organizzati nelle seguenti schede:

- che cos’è il numero 118 (Scheda 1);
- chiamare il numero 118 (Scheda 2);
- in attesa dei soccorsi (Scheda 3);
- il pronto soccorso (Scheda 4);
- l’accesso al pronto soccorso (Scheda 5);
- il servizio di Continuità Assistenziale – emergenza medica (Scheda 6).

⁷ La base informativa, elaborata in accordo con la letteratura e le esperienze maturate nell’ambito di riferimento, è stata condivisa a livello nazionale dalle Regioni, dalle Province Autonome e dagli Ordini, Società scientifiche e Associazioni professionali di settore, potrà essere adattata allo specifico target e contesto di diffusione.

Riquadro 2 - Gruppo di Coordinamento Campagna informativa per il corretto uso dei servizi di Emergenza-Urgenza



Ministero della Salute



Dipartimento della Qualità
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria,
dei Livelli Essenziali di
Assistenza e dei Principi etici di Sistema
Ufficio V

Massimo Giannone
Paolina Caputo
Angela Rita Panuccio

Sezione Qualità
e Accreditamento

Giovanni Caracci
Sara Carzaniga
Beatrice Cerilli
Micaela Cerilli

Sezione Affari Generali
e Personale

Laura Conti
Maria Albergo
Alessandra De Blasis
Tiziana Maola
Manuela Pardi

Tali schede sono state proposte dal Ministero della salute e rielaborate con il Gruppo di Pilotaggio, i professionisti della sanità e il mondo del volontariato impegnato nel sistema di Emergenza-Urgenza. Il processo appena descritto ha permesso la definizione di una base informativa comune, condivisa a livello nazionale sia dalle Regioni e P.A. sia dagli Ordini e Collegi, Associazioni Professionali e Società Scientifiche dei

professionisti che operano nell’Emergenza-Urgenza, Medicina Generale, Pediatria e Continuità Assistenziale. *Le sei schede informative rappresentano la base che i diversi attori potranno arricchire e adattare ai propri contesti locali.* Per raggiungere efficacemente il target della campagna, i contenuti sono stati tradotti in lingua inglese, francese, spagnola, tedesca, albanese, rumena, ucraina, cinese e sono stati resi disponibili

Riquadro 3 - Referenti regionali del Gruppo di Pilotaggio

Regione P.A.	Referente	Regione P.A.	Referente
ABRUZZO	Annamaria Giammaria	MARCHE	Sandro Oddi
ABRUZZO	Marianna Mancini	MOLISE	Fedele Clemente
BASILICATA	Libero Mileti	PIEMONTE	Francesco Enrichens
BOLZANO	Manfred Brandstaetter	PIEMONTE	Fabrizia Tagliaferri
BOLZANO	Haimo Kaser	PUGLIA	Ambrogio Aquilino
CALABRIA	Antonino Orlando	PUGLIA	Benedetto Pacifico
CALABRIA	Anna Trapasso	SARDEGNA	Antonello Lai
CAMPANIA	Renato Pizzuti	SARDEGNA	Donatella Cossu
CAMPANIA	Laura Barresi	SICILIA	Bernardo Alagna
EMILA-ROMAGNA	Eugenio Di ruscio	SICILIA	Giampiero Gliubizzi
EMILA-ROMAGNA	Francesca Serafini	TOSCANA	Fabio Arnetoli
FRIULIVG	Anna paola Agnoletto	TOSCANA	Marco Menchini
FRIULIVG	Alessandro Fanzutto	TRENTO	Alberto Zini
LAZIO	Michele Vullo	TRENTO	Luciano Pontalti
LIGURIA	Gabriella Paoli	UMBRIA	Antonio Perelli
LIGURIA	Francesca Di santo	UMBRIA	Linda Richieri
LOMBARDIA	Giancarlo Fontana	VALLE D'AOSTA	Massimo Pesenti Campagnoni
LOMBARDIA	Antonella Felice	VALLE D'AOSTA	Paola Ippolito

Riquadro 4 - Gruppo di lavoro in ambito tecnico - scientifico. Ordini e Collegi, Associazioni Professionali e Società Scientifiche Nazionali di settore

- AISACE - Associazione Infermieri Specializzati in Area Critica ed Emergenza
- ANIARTI - Associazione Nazionale Infermieri di Area critica
- C.A.R.D. - Confederazione Associazioni Regionali di Distretto
- FIMMG - Federazione Italiana Medici di Famiglia
- FIMEUC - Federazione Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza e Catastrofi
- FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri
- FNOMCeO - Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri
- IPASVI - Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Viglatrici d'infanzia
- Metis - Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale
- NOE - Nurses of Emergency - Associazione Scientifica Italiana Infermieri di emergenza
- SIMEU - Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza
- SIMEUP - Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica
- SIMG - Società Italiana di Medicina Generale
- SIP - Società Italiana di Pediatria
- SIS I18 - Società Italiana Sistema I18 – Consulta dei Dirigenti Responsabili delle Centrali Operative I18

bili anche sul sito dell’Agenzia all’indirizzo http://www.agenas.it/Emergenza_Urgenza.html.

Per realizzare la Campagna informativa, l’Agenas ha ritenuto opportuno coinvolgere da subito i cittadini, specialmente i giovani, pubblico a cui la campagna si rivolge con maggiore attenzione. L’Agenzia ha quindi bandito quattro concorsi di idee, rivolti ai giovani fino ai trenta anni di età, per l’ideazione di un logo, di uno slogan, di un poster e di un video/spot. Il 12 luglio la Commissione, composta dai rappresentanti del Ministero della salute e dell’Agenas, ha procla-

mato le opere vincitrici, che saranno poi utilizzate per promuovere la Campagna stessa; gli esiti dei concorsi di idee sono visibili sul sito dell’Agenzia. I mezzi di comunicazione, gli strumenti per la realizzazione e la relativa diffusione della Campagna saranno utilizzati calibrando sulle caratteristiche del contesto e del target, tenendo conto delle esperienze e dei risultati ottenuti da iniziative analoghe realizzate a livello locale e garantendo contemporaneamente l’unicità del messaggio informativo condiviso a livello nazionale.



Accordo di collaborazione
tra il Ministero della salute e l’Agenas

Campagna informativa nazionale
“Il corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza”

Contenuti informativi



Scheda 1 - Che cos’è il numero 1-1-8

- 1-1-8 è il numero telefonico, unico su tutto il territorio nazionale, di riferimento per tutti i casi di richiesta di soccorso sanitario in una situazione di emergenza-urgenza*.
- Il numero 1-1-8 mette in contatto il cittadino con una Centrale Operativa che riceve le chiamate, valuta la gravità della situazione e, se necessario, invia personale e mezzi di soccorso adeguati alle specifiche situazioni di bisogno. La centrale coordinerà il soccorso dal luogo dell’evento fino all’ospedale più idoneo.
- 1-1-8 è un numero gratuito ed è attivo su tutto il territorio nazionale, 24 ore su 24.
- Il numero 1-1-8 può essere chiamato da qualsiasi telefono, fisso o cellulare. I cellulari sono abilitati a effettuare chiamate verso i numeri di soccorso (118, 112, 113, 115) anche se la scheda non ha credito. Se si chiama da una cabina telefonica non è necessario né il gettone né la scheda.

*

Emergenza

1. Staticamente poco frequente
2. Coinvolge uno o più pazienti
3. Esiste immediato pericolo di vita
4. Richiede interventi terapeutici e salvavita immediati o nel più breve tempo possibile

Urgenza

1. Staticamente più frequente
2. Coinvolge uno o più pazienti
3. Non esiste immediato pericolo di vita
4. Richiede interventi terapeutici entro breve tempo

Scheda 2 - Chiamare il numero 1-1-8

Quando chiamare il numero 1-1-8

In tutte quelle situazioni in cui ci può essere rischio per la vita o l'incolumità di una persona come nel caso di:

- difficoltà o assenza di respiro
- dolore al petto
- perdita di coscienza prolungata (la persona non parla e non risponde)
- trauma e ferite con emorragie evidenti
- incidente (domestico, stradale, sportivo, agricolo, industriale)
- difficoltà a parlare o difficoltà/incapacità nell'uso di uno o di entrambi gli arti dello stesso lato
- segni di soffocamento, avvelenamento, annegamento o ustione.

Come chiamare il numero 1-1-8:

- Comporre il numero telefonico 1-1-8.
- Rispondere con calma alle domande poste dall'operatore e rimanere in linea fino a quando viene richiesto.
- Fornire il proprio numero telefonico.
- Indicare il luogo dell'accaduto (comune, via, civico).
- Spiegare l'accaduto (malore, incidente, ecc.) e riferire ciò che si vede.
- Indicare quante persone sono coinvolte.
- Comunicare le condizioni della persona coinvolta: *risponde, respira, sanguina, ha dolore?*
- Comunicare particolari situazioni: bambino piccolo, donna in gravidanza, persona anziana, persona con malattie conosciute (cardiopatie, asma, diabete, epilessia, ecc.).

IMPORTANTE

- La conversazione va svolta con voce chiara e debbono essere fornite tutte le notizie richieste dall'operatore che ha il compito di analizzarle: non è una perdita di tempo!!
- A fine conversazione accertarsi che il ricevitore sia stato rimesso a posto.
- Lasciare libero il telefono utilizzato per chiamare i soccorsi: si potrebbe essere contattati in qualsiasi momento dalla Centrale Operativa per ulteriori chiarimenti o istruzioni.

Scheda 3 - In attesa dei soccorsi

Cosa fare

- Attenersi alle disposizioni telefoniche date dal personale del 1-1-8.
- Coprire il paziente e proteggerlo dall'ambiente.
- Incoraggiare e rassicurare il paziente.
- In caso di incidente, non ostacolare l'arrivo dei soccorsi e segnalare il pericolo ai passanti.
- Slacciare delicatamente gli indumenti stretti (cintura, cravatta) per agevolare la respirazione.

Cosa non fare

- NON lasciarsi prendere dal panico.
- NON spostare la persona traumatizzata se non strettamente necessario per situazioni di pericolo ambientale (gas, incendio, pericolo di crollo imminente, ecc.).
- NON somministrare cibi o bevande.
- NON fare assumere farmaci.

IMPORTANTE

NON occupare MAI la linea del numero telefonico utilizzato per chiamare i soccorsi: si potrebbe essere contattati in qualsiasi momento dalla Centrale Operativa per ulteriori chiarimenti o istruzioni.

QUANDO NON CHIAMARE IL NUMERO 1-1-8

- Per tutte le situazioni considerabili non urgenti.
- Per richiedere consulenze mediche specialistiche.
- Per avere informazioni di natura socio sanitaria: orari servizi, prenotazioni di visite o indagini diagnostiche, farmacie di turno.

Scheda 4 - Il pronto soccorso

Cos'è

Il Pronto Soccorso ospedaliero è la struttura che garantisce esclusivamente il trattamento delle emergenze-urgenze, ovvero di quelle condizioni patologiche, spontanee o traumatiche, che necessino di immediati interventi diagnostici e terapeutici.

Quando andare

È bene utilizzare il Pronto Soccorso per problemi acuti urgenti e non risolvibili dal medico di famiglia, dal pediatra di libera scelta o dai medici della continuità assistenziale (ex guardia medica).

Quando non andare

Il Pronto Soccorso non è la struttura nella quale approfondire aspetti clinici non urgenti o cronici. Pertanto, non rivolgersi al PS:

- per evitare liste di attesa nel caso di visite specialistiche non urgenti
- per ottenere la compilazione di ricette e/o di certificati
- per ottenere controlli clinici non motivati da situazioni urgenti
- per evitare di interpellare il proprio medico curante
- per ottenere prestazioni che potrebbero essere erogate presso servizi ambulatoriali
- per comodità, per abitudine, per evitare il pagamento del ticket.

IMPORTANTE

Ogni visita inutile al Pronto Soccorso è un ostacolo a chi ha urgenza.

Un corretto utilizzo delle strutture sanitarie evita disservizi per le strutture stesse e per gli altri utenti.

Il buon funzionamento del Pronto Soccorso dipende da tutti.

Scheda 5 - L'accesso al pronto soccorso

Come si accede

Si accede al Pronto Soccorso direttamente o con l'ambulanza chiamando il numero 1-1-8.

Il Triage e i Codici colore: il semaforo della salute

• All'arrivo al Pronto Soccorso, il cittadino riceve un'immediata valutazione del livello di urgenza da parte di infermieri specificamente formati, con l'attribuzione del codice colore che stabilisce la priorità di accesso alle cure in base alla gravità del caso e indipendentemente dall'ordine di arrivo in ospedale.

Tale metodica è denominata "Triage" ed è finalizzata ad evitare le attese per i casi urgenti.

• Il Triage non serve a ridurre i tempi di attesa bensì a garantire che i pazienti estremamente gravi non debbano attendere minuti preziosi per la vita.



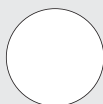
Codice rosso: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure;



Codice giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, potenziale pericolo di vita; prestazioni non differibili;



Codice verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili;



Codice bianco: non critico, pazienti non urgenti.

IMPORTANTE

Al Pronto Soccorso ha la precedenza il paziente più grave e non chi arriva per primo.

Arrivare in ambulanza al Pronto Soccorso non significa essere visitati in tempi più rapidi.

Scheda 6 - Il servizio di continuità assistenziale (ex Guardia medica)

Cos'è

- È il servizio che, in assenza del medico di famiglia, garantisce l'assistenza medica di base per situazioni che rivestono carattere di non differibilità, cioè per quei problemi sanitari per i quali non si può aspettare fino all'apertura dell'ambulatorio del proprio medico curante o pediatra di libera scelta.
- Il servizio è attivo nelle ore notturne o nei giorni festivi e prefestivi.
- Il medico di continuità assistenziale può:
 - effettuare visite domiciliari non differibili
 - prescrivere farmaci indicati per terapie non differibili, o necessari alla prosecuzione della terapia la cui interruzione potrebbe aggravare le condizioni della persona
 - rilasciare certificati di malattia in casi di stretta necessità e per un periodo massimo di tre giorni
 - proporre il ricovero in ospedale.

Come si accede

Si accede attraverso un numero telefonico dedicato che si può reperire presso la propria ASL.

Il medico di continuità assistenziale, sulla base della valutazione del bisogno espresso, può rispondere tramite consiglio telefonico, visita ambulatoriale (ove possibile) o visita domiciliare.

È responsabilità del medico, anche sulla base di linee guida nazionali e/o regionali, valutare se è necessaria la visita domiciliare.

Quando chiamare

Per problemi sanitari emersi di notte o nei giorni festivi e prefestivi, quando il proprio medico curante non è in servizio, e per i quali non si possa aspettare.

- Il servizio è attivo:
 - di notte: dal lunedì alla domenica, dalle ore 20.00 alle ore 08.00
 - di giorno: - nei giorni prefestivi, dalle ore 10.00 alle ore 20.00
 - nei giorni festivi, dalle ore 08.00 alle ore 20.00

Quando non chiamare

Per problemi di emergenza o di urgenza sanitaria (per i quali si contatta direttamente il Servizio di emergenza - urgenza 1-1-8).

Per prescrizione di esami e visite specialistiche.

