



Formazione continua *Le strategie per far crescere la qualità dell'assistenza*

# È ora di learning organization

**Valutazione  
degli obiettivi, lavoro  
in piccoli gruppi,  
alto grado d'interazione  
tra docenti e discenti,  
possibilità di praticare  
le competenze acquisite  
sono le caratteristiche  
che identificano  
l'evento ideale**

di Antonino Cartabellotta \*  
Barbara Curcio Rubertini \*\*  
Franco Berti \*\*\*

L'avvio del programma nazionale per l'Educazione continua in medicina (Ecm), se da un lato ha allineato l'Italia agli altri sistemi sanitari "civili", dall'altro ha suscitato reazioni negative tra i professionisti della Sanità: aggravii burocratici, noiosi questionari, letture soporifere, impegno economico, incertezza sull'efficacia/utilità delle attività di Ecm.

Superata la "sbornia iniziale", bisogna riconoscere che esistono due vere sfide per l'Ecm:

- consolidare diffusamente tra gli operatori sanitari, la cultura della formazione continua, intesa come parte integrante della pratica professionale;
- responsabilizzare progressivamente le aziende sanitarie per:
  - a) definire, coerenti con le strategie di politica sanitaria nazionale, regionale e locale, i propri obiettivi formativi;
  - b) selezionare dall'offerta di mercato le iniziative che consentano di raggiungere gli obiettivi fissati;
  - c) organizzare in proprio la formazione per i propri dipendenti.

Inoltre, l'estensione dell'obbligatorietà del programma Ecm a tutte le categorie professionali, comporta un impiego non indifferente di giornate lavorative (si veda la tabella 1) che richiede alle azien-

de sanitarie una pianificazione strategica della formazione dei propri dipendenti, sia per ottenere il massimo risultato dal tempo e dagli investimenti destinati all'Ecm che per evitare conseguenze negative sul funzionamento delle strutture.

Senza entrare nel merito degli aspetti organizzativi delle iniziative di Ecm il presente contributo approfondisce le tematiche relative all'efficacia degli interventi di formazione continua, così da fornire una guida alle aziende sanitarie, nel loro duplice ruolo di provider e di utenti del mercato Ecm. A tal fine proveremo a rispondere alle seguenti domande:

- Quali principi regolano l'apprendimento dei soggetti adulti?
- Quali sono gli end-point dell'Ecm?
- Quali prove d'efficacia ha prodotto, a oggi, la ricerca educativa?
- Quali caratteristiche deve avere l'evento formativo ideale, avendo come fine ultimo la modifica dei comportamenti professionali?

## Teoria dell'apprendimento dei soggetti adulti

I discenti adulti, dotati di propria autonomia decisionale, quando inseriti in un ambiente formativo, regrediscono al ruolo in cui li ha

\* Gimbea - Gruppo italiano per la Medicina basata sulle evidenze

\*\* Azienda ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia Ufficio Sviluppo organizzativo - Dipartimento di Medicina interna

\*\*\* Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma



condizionati il modello pedagogico tradizionale, altamente efficace sui bambini: la dipendenza passiva dal docente. Insistendo nel ruolo di "educatori tradizionali", si configura il "paradosso del purgatorio didattico", dove nonostante gli sforzi del docente, l'apprendimento è minimo o nullo. D'altronde, l'incapacità della pedagogia tradizionale a preparare gli operatori sanitari per un lifelong learning è riconosciuta da tempo, perché, indipendentemente dal ruolo e dal livello professionale, gli adulti sono motivati ad apprendere se l'attività didattica:

- viene percepita rilevante;
- è basata e costruita sulle precedenti esperienze;
- coinvolge direttamente e consente una partecipazione attiva;
- è basata su problemi (problem-based learning);
- permette di responsabilizzare il proprio apprendimento (self-directed learning);
- consente di applicare immediatamente quanto appreso;
- prevede cicli di riflessioni e azioni;
- è basata sulla fiducia e sul rispetto reciproci.

### Gli end-point dell'Ecm

Nella ricerca clinica gli end-point sono distinti in surrogati (soft) e clinicamente significativi (hard): a esempio, un farmaco anti-ipertensivo può essere efficace nel ridurre la pressione arteriosa (end-

**Tabella 1. I numeri del programma nazionale Ecm**

- Il numero di professionisti interessati è stimato in circa 900mila unità, di cui un terzo medici, un terzo infermieri e il restante terzo suddiviso tra le diverse figure professionali (biologi, farmacisti, tecnici, veterinari ecc.)
- Nel 2002 ogni operatore sanitario, per acquisire i 10 crediti previsti, dovrà impiegare in formazione continua 1,5-2 giornate lavorative; nel 2003, per acquisire 20 crediti, dovrà destinarne 3-4
- Nel biennio 2002-2003 gli operatori del Sistema sanitario nazionale impegneranno 3-5 milioni di giornate lavorative in attività di Ecm (l'eventuale avvio della formazione a distanza potrebbe ridurre tale numero, anche se il numero di crediti acquisibili con tale forma di Ecm non potrà superare il 50% del totale)

point surrogato), oppure gli eventi cerebrovascolari (end-point hard). È ovvio che le prove di efficacia ottenute da sperimentazioni cliniche che misurano end-point hard, hanno una rilevanza clinica e sociale di gran lunga maggiore.

Anche per gli interventi educazionali esistono vari livelli di efficacia, descritti da Kirkpatrick oltre 35 anni fa (vedi Tabella 1).

A esempio, l'efficacia di un intervento formativo sul management dei pazienti con polmonite acquisita in comunità (Cap), può avere diversi livelli di valutazione:

- **Reazione.** L'iniziativa è stata gradita: alla fine del corso il 90% dei partecipanti ha giudicato di qualità elevata l'evento formativo.
- **Apprendimento.** I medici hanno acquisito nuove conoscenze: rispetto al test d'ingresso, dove solo il 30% dei partecipanti sapeva

che i pazienti in classe I di Fine hanno un rischio di mortalità inferiore all'1%, nel test finale tale percentuale è salita all'85 per cento.

● **Attitudini.** I medici hanno modificato i comportamenti clinici: l'applicazione dello score di Fine è divenuta pratica comune tra i medici di medicina generale

● **Esiti.** Si è assistito a una modifica di esiti assistenziali: nei dodici mesi successivi all'intervento formativo, l'ospedalizzazione dei pazienti con Cap in classe I di Fine si è ridotta del 40 per cento.

Poiché a livello locale è spesso difficile, se non impossibile, valutare l'efficacia degli interventi educazionali su end-point hard (modifiche di comportamenti professionali e di esiti assistenziali), bisogna necessariamente affidarsi alle migliori evidenze disponibili.

Tra i numerosi progressi compiuti dalla ricerca sugli interventi edu-

**Tabella 2. Gli end-point dell'Ecm**

End-point	Oggetto della valutazione	Strumenti
Reazione	Gradimento dell'iniziativa formativa	Questionari di gradimento
Apprendimento	Conoscenze e competenze acquisite	Test iniziale e finale, prova pratica
Attitudini	Comportamenti professionali	Clinical audit, before-after studies
Esiti	Esiti assistenziali (clinici, economici, umanistici)	Clinical audit, before-after studies



cazionali negli ultimi 30 anni, uno dei piú rilevanti è la consapevolezza che le scelte educazionali analogamente ad altre decisioni, devono essere guidate dalle evidenze scientifiche.

### Le prove di efficacia degli interventi educazionali

In generale, la formazione del medico (non solo l'Ecm, ma anche quella universitaria e specialistica) può riconoscersi in due paradigmi contrastanti: quello tradizionale, basato sull'autorevolezza del docente e sulla totale dipendenza del discente e quello innovativo che, condividendo i principi dell'Evidence-based medicine (Ebm), costituisce il fondamento per il life-long learning, il vero obiettivo dell'Ecm.

Seguendo la gerarchia delle evidenze ufficiale dell'Ebm, i trial controllati e randomizzati (Randomized controlled trials - Rct) costituiscono lo standard delle prove sperimentali: è proprio ai Rct e - se disponibili - alle revisioni sistematiche che si fa riferimento in prima istanza, per supportare l'efficacia degli interventi sanitari.

Le revisioni sistematiche pubblicate negli anni Novanta da Davis e collaboratori e ora continuamente aggiornate, dagli stessi autori, in una revisione della Cochrane Collaboration (vedi Tabella 3) hanno ripetutamente dimostrato che le attività formative tradizionali (convegni, seminari, letture) - dove chi partecipa ha solo una funzione passiva - non sono in grado di modificare la pratica professionale, né tantomeno gli esiti assistenziali. Viceversa, le attività che coinvolgono attivamente i partecipanti e forniscono loro strumenti pratici, sono in grado di modificare la pratica professionale e, occasionalmente, gli esiti assistenziali. Questi risultati, coerenti con la teoria dell'apprendimento dei sog-

Tabella 3. Efficacia dell'Ecm: la revisione Cochrane

Implicazioni pratiche
<ul style="list-style-type: none"><li>● Considerato che l'obiettivo dell'Ecm è modificare la pratica professionale, chi pianifica/partecipa a tali attività deve sapere che le prove di efficacia degli interventi educazionali supportano l'organizzazione/partecipazione solo a workshop interattivi, uniche attività formative in grado di migliorare la pratica professionale</li></ul>
Implicazioni per la ricerca
<ul style="list-style-type: none"><li>● Nonostante il numero limitato di valutazioni rigorose sull'efficacia delle attività di formazione "tradizionali" (convegni, seminari, letture), non è necessario pianificare ulteriore ricerca per questo tipo di attività</li><li>● Considerato che i workshop interattivi hanno effetti variabili, la ricerca futura dovrebbe focalizzarsi sulle caratteristiche in grado di massimizzarne l'efficacia: numero dei partecipanti, opportunità di attività pratiche, utilizzo di sessioni di follow-up</li><li>● Le prove di efficacia derivate da Rct devono essere integrate con la ricerca qualitativa, al fine di chiarire quali caratteristiche dei workshop possono migliorare la pratica professionale</li></ul>

getti adulti, non costituiscono una novità per chi si occupa di psicologia cognitiva: infatti, le conoscenze acquisite durante la ricerca di soluzioni a problemi reali sono meglio elaborate e memorizzate rispetto a quelle ottenute dallo studio non finalizzato.

Ovviamente, non mancano critiche sull'inopportunità di allineare la gerarchia delle prove di efficacia degli interventi educazionali, a quella degli interventi sanitari, in particolare sull'egemonia dei Rct. Questa tendenza è alimentata dal fatto che nelle aree non mediche, la ricerca educativa utilizza altri disegni: studi quasi sperimentali e, soprattutto, la ricerca qualitativa.

Senza entrare in dettagli metodologici, dobbiamo riconoscere che esistono numerose difficoltà/limiti a utilizzare i Rct nella ricerca educativa: la fattibilità della randomizzazione, l'impossibilità a condurre studi in cieco, il controllo delle variabili (strumenti e risorse, motivazione di docenti e di-

scendenti, aspettative individuali, influenze istituzionali) che influenzano il processo educativo, la scelta degli end-point.

### L'evento formativo ideale

L'Ecm tradizionale è costituita da un sistema di acquisizione di crediti formativi, assegnati dal sistema vigente, quale "premio" per aver impiegato una certa quantità di tempo nella partecipazione di attività formative, che nella maggior parte dei casi (conferenze, letture, seminari), essendo "teacher-centred", utilizzano modelli educazionali passivi, inefficaci nel modificare la pratica professionale. Consistenti evidenze scientifiche dimostrano, invece, che gli operatori sanitari traggono beneficio sia dalla capacità di sviluppare i propri obiettivi formativi, sia dalle riflessioni sui progressi nell'apprendimento.

Considerato che il fine ultimo della Ecm è incidere sull'efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Ssn,



qualunque attività formativa dovrebbe essere in grado, non solo di migliorare le conoscenze dei partecipanti, ma soprattutto di modificare l'attività professionale. Alla luce delle evidenze scientifiche, della teoria dell'apprendimento dei soggetti adulti, possiamo delineare alcuni requisiti minimi per le attività di formazione continua di tipo educativo:

- effettuare una valutazione preliminare degli obiettivi formativi (learning needs);
- utilizzare la metodologia dei piccoli gruppi (small group learning);
- garantire un elevato livello di interazione tra docenti e discenti;
- essere di tipo problem-based, ossia coinvolgere i partecipanti a trovare soluzioni a problemi (clinici e/o assistenziali reali), possibilmente dagli stessi formulati (problem-based learning);
- evitare di infondere nozioni ex cathedra, scarsamente ritenute dai discenti e, comunque, destinate, per natura delle scienze mediche, a rapida obsolescenza;
- fornire l'opportunità di praticare le conoscenze e le competenze acquisite (learning by doing);
- fornire strumenti per il self-directed and lifelong learning;
- "rinforzare" l'attività educativa con altre strategie in grado di modificare i comportamenti professionali, la cui selezione può derivare solo dall'analisi delle prove di efficacia (si veda «Il Sole-24 Ore Sanità Management» novembre 2000, pagine 29-34), dal contesto e dalle attitudini dei professionisti locali.

Quest'ultimo punto riporta alla necessità di una stretta collaborazione, e verosimilmente di una qualche forma di coordinamento, tra varie infrastrutture aziendali - uffici di formazione, uffici qualità, uffici accreditamento, servizi epidemiologici - i cui sforzi dovreb-

bero convergere verso obiettivi comuni. Infatti, poiché le attività di Ecm rappresentano solo uno degli interventi in grado di modificare i comportamenti professionali, devono essere inserite in una strategia multifattoriale il cui obiettivo è il miglioramento dell'appropriatezza di prestazioni sanitarie e, più in generale, della qualità assistenziale (si veda il box).

Infine, nella lenta e progressiva costruzione di una learning organization, che riconosce nell'apprendimento degli operatori sanitari lo strumento per migliorare e mantenere la qualità assistenziale, le aziende sanitarie dovrebbero:

- convincere i professionisti che la formazione continua non s'identifica con i congressi, almeno sino a quando non diventeran-

no learner-centered;

- fare in modo che l'Ecm diventi un'attività realmente "continua" e non casuale, sporadica, opportunistica;
- stimolare i professionisti a formulare problematiche assistenziali rilevanti, a ricercare e interpretare le nuove conoscenze e ad applicarle alla pratica assistenziale;
- responsabilizzare i professionisti a una Ecm self-directed, che comprende la gestione dei contenuti e la valutazione dell'apprendimento;
- fornire la possibilità, sia di riflettere sulle "criticità" della pratica professionale, sia di "misurare" i miglioramenti indotti dall'Ecm: questo coincide con l'avvio di attività di audit strutturate ed integrate nella pratica professionale. ●

### Le strategie per mutare i comportamenti professionali

Nell'applicazione delle strategie del governo clinico aziendale, le aziende sanitarie di Reggio Emilia - Arcispedale Santa Maria Nuova e Azienda Usl - in collaborazione con il Gimbe, hanno creato un'infrastruttura professionale di referenti dipartimentali, la Clinical effectiveness unit (CeU) che, attraverso la metodologia e gli strumenti della Evidence-based medicine, supporta le direzioni sanitarie aziendali sui temi del miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Una delle priorità identificate è stata «Trasfusione di sangue e di emocomponenti: appropriatezza e gestione del rischio» per la quale è stata accuratamente pianificata, in relazione al contesto locale, una strategia d'implementazione multifattoriale, che risulta la più efficace nel modificare i comportamenti professionali:

- un processo di adattamento

di linee guida internazionali, preventivamente validate per la loro qualità metodologica;

- un processo di consenso formale, al fine di pervenire a una condivisione tra i vari professionisti;
- un audit retrospettivo per identificare i gap tra i comportamenti professionali e gli standard definiti dalle linee guida;
- l'uso di reminder: poster, leaflet, moduli richiesta sangue;
- l'avvio di attività educative accreditate secondo il programma nazionale per l'Ecm: workshop interattivi a piccoli gruppi, dove a partire dalla presentazione di casi clinici reali, viene simulata, anche con tecniche di role-playing, l'applicabilità delle linee-guida;
- il coinvolgimento di opinion leader locali;
- l'avvio di un audit prospettico per verificare la modifica dei comportamenti professionali.