

La possibilità di fare elaborazioni per settori e per profili professionali permette alle aziende di avere un panorama chiaro del soddisfacimento dell'offerta formativa e dei settori o profili che non hanno avuto adeguata formazione.

Conclusioni

La combinazione di tre elementi fondamentali (gli input della Direzione Aziendale, l'elaborazione del fabbisogno formativo e l'analisi della formazione realizzata) permette un'individuazione ragionata e concordata degli obiettivi formativi aziendali annuali.

Le 16 Aziende sanitarie toscane sono raggruppate in tre aree vaste e dal 2009 sono stati costituiti i Poli di Area vasta sulla formazione, che sono vere e proprie cabine di regia per la programmazione della formazione. Questo livello esprime gli obiettivi formativi comuni alle Aziende della stessa Area vasta, ma anche la traduzione di quegli obiettivi formativi regionali che si sostanziano in percorsi formativi, i quali, per numerosità e complessità, hanno bisogno del livello dell'Area vasta per essere realizzati.

La Regione Toscana con il Piano Sanitario Regionale, atto di programmazione triennale (2008-2010), individua gli obiettivi formativi regionali legandoli ai bisogni di salute e offre il contesto nel quale si muovono sia le Aziende sia le Aree vaste. La Regione dispone poi di tutte le relazioni annuali delle Aziende sanitarie toscane e dei dati completi e aggiornati dell'anagrafe formativa regionale con i quali può conoscere l'offerta formativa per area geografica e per profili professionali; ciò permette di intervenire, con l'individuazione di obiettivi consensi, a livello regionale, di Area vasta o aziendale, secondo il tipo di necessità.

Anche a livello regionale, quindi, l'individuazione degli obiettivi formativi è il risultato di un atto di programmazione: frutto del lavoro dei settori della Direzione Generale e dell'elaborazione di dati a consuntivo che offrono una base importante per la programmazione successiva della formazione.

Si tratta di un sistema complesso in cui i diversi soggetti e strumenti concorrono ciascuno per la propria competenza all'individuazione degli obiettivi formativi ai tre livelli che il sistema prevede.

Indirizzo per la corrispondenza: silvia.falsini@regione.toscana.it

Quali prove di efficacia per la formazione continua?

La formazione residenziale

Antonino Cartabellotta

Riassunto. Viene affrontata la valutazione dell'efficacia della formazione residenziale in cinque punti: i principi che regolano l'apprendimento degli adulti, gli endpoint della formazione continua, le prove di efficacia della formazione continua, le caratteristiche di un evento residenziale evidence-based e i riferimenti al nuovo sistema di formazione continua nell'era della clinical governance. L'autore sottolinea la mancanza di prove di efficacia della formazione residenziale tradizionale e illustra i requisiti minimi di un workshop capace di modificare i comportamenti dei partecipanti: valutazione preliminare degli obiettivi formativi; interazione docenti-discenti; lavoro a piccoli gruppi; apprendimento basato su problemi; momenti di pratica di quanto appreso; rinforzo dell'insegnamento con altri problemi formativi.

Parole chiave. Clinical governance, formazione continua, medicina basata sulle prove di efficacia.

Summary. *What evidence that continuing education is effective? Focus on Residential training.*

The paper assesses effectiveness of Continuing Medical Education (CME) on the basis of five points: the principles that rule adult learning, the main outcomes of CME, the evidence of effectiveness of CME, the features of an evidence-based residential course and the new Italian CME system in the clinical governance era. The author emphasizes the lack of proof of effectiveness in traditional residential teaching and illustrates the essential features of a workshop finalized to changing the behaviors of the participants: preliminary evaluation of the educational objectives; interaction with the teachers; small working groups; problem-based learning; learning by doing; reinforcement of teaching with other formative problems.

Key words. Clinical governance, Continuing Medical Education, evidence-based medicine.

Fisiopatologia dell'apprendimento degli adulti

La pedagogia tradizionale è inefficace nel preparare i professionisti sanitari per un "lifelong learning": gli adulti inseriti in un ambiente formativo re-grediscono al ruolo in cui li ha condizionati il modello pedagogico tradizionale. Secondo Spencer¹ è indispensabile un approccio "learner centred" della formazione continua (FC), tenendo conto che gli adulti sono motivati ad apprendere se l'attività didattica: viene percepita rilevante, è basata e costruita sulle precedenti esperienze, coinvolge direttamente e consente partecipazione attiva, è basata su problemi, permette di responsabilizzare il proprio apprendimento, consente di applicare immediatamente quanto appreso, prevede cicli di azioni e riflessioni ed è fondata sulla fiducia e sul rispetto reciproci.

Endpoint della formazione continua

Secondo la gerarchia di Kirkpatrick², esistono quattro categorie di endpoint su cui valutare l'efficacia della FC: gradimento, conoscenze e competenze, modifica dei comportamenti e impatto sugli esiti assistenziali.

Proviamo a esemplificare, facendo riferimento alla valutazione di un intervento formativo destinato ai medici di medicina generale sulla gestione dei pazienti con sospetta polmonite acquisita in comunità (Community Acquired Pneumonia = CAP).

- Gradimento: alla fine del corso, il 90% dei partecipanti ha giudicato di qualità elevata l'evento formativo.

- Apprendimento: 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 la percentuale è salita al 90%.

- Comportamenti professionali: a 6 mesi, il 75% dei medici di medicina generale applica lo score di Fine nei pazienti con sospetta CAP.

- Esiti: a 12 mesi, l'ospedalizzazione (inappropriata) dei pazienti con CAP in classe I di Fine si è ridotta del 30%.

In aula è possibile rilevare esclusivamente le prime due categorie di endpoint; comportamenti professionali ed esiti assistenziali possono essere valutati solo sul campo.

Prove di efficacia della formazione continua

Le revisioni sistematiche (Cochrane Collaboration³, Agency for Healthcare Research and Quality⁴) confermano che le attività formative tradizionali (convegni, seminari, letture) – in cui chi partecipa ha solo una funzione passiva - non modificano la pratica professionale, né gli esiti assistenziali; viceversa, la formazione residenziale che coinvolge attivamente i partecipanti e fornisce strumenti pratici, è efficace nel modificare la pratica professionale e, occasionalmente, gli esiti as-

sistenziali. Pertanto, le prove di efficacia degli interventi educazionali supportano l'organizzazione/partecipazione solo alla formazione residenziale interattiva, unica attività formativa efficace nel modificare la pratica professionale. La ricerca futura dovrebbe focalizzarsi sulle caratteristiche in grado di massimizzare l'efficacia della formazione residenziale (numero dei partecipanti, opportunità di attività pratiche, sessioni di follow-up, ecc.); inoltre, le prove di efficacia derivate da studi sperimentali quantitativi dovrebbero essere integrate con la ricerca qualitativa.

L'evento residenziale basato sulle prove

Considerato che il fine della formazione continua è quello di migliorare "efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza dell'assistenza prestata dal SSN", qualunque attività formativa dovrebbe essere in grado non solo di migliorare le conoscenze dei partecipanti, ma soprattutto di modificare i comportamenti professionali. Considerato che le attività "teacher-centred" sono inefficaci nel modificare la pratica professionale, i requisiti minimi che possono garantire alla formazione residenziale la modifica dei comportamenti professionali sono i seguenti: effettuare una valutazione preliminare degli obiettivi formativi (learning needs); utilizzare la metodologia dei piccoli gruppi (small group learning); assicurare un elevato livello di interazione tra docenti e discenti; coinvolgere i partecipanti nel trovare soluzioni a problemi assistenziali reali possibilmente da loro stessi formulati (problem-based learning); evitare di infondere troppe nozioni, che possono essere destinate a rapida obsolescenza; fornire l'opportunità di praticare conoscenze e competenze acquisite (learning by doing) e gli strumenti per il self-direct and lifelong learning; "rinforzare" la FC con altre strategie efficaci nel modificare i comportamenti professionali⁵, alcune delle quali rientrano nelle attività di formazione sul campo (audit clinico, processi di consenso formale, visite educazionali, ecc.).

Il modello lineare di acquisizione delle conoscenze (formazione continua – acquisizione di conoscenze – modifica delle attitudini – modifica dei comportamenti) è inefficace, sia perché i professionisti non sempre acquisiscono le conoscenze necessarie alla propria pratica, sia perché questa viene influenzata solo parzialmente dalle nuove evidenze.

La nuova ECM nell'era della Clinical Governance

Nell'era della Clinical Governance, l'organizzazione sanitaria non può mantenere il ruolo di "spettatore passivo" nella pianificazione della ECM, ma la direzione aziendale, supportata dagli uffici di staff e in collaborazione con i professionisti, deve sviluppare, attuare e verificare un piano di formazione continua efficace e sostenibile, facendo sempre riferimento alle migliori evidenze scientifiche.

Pertanto, preso atto che la nuova ECM è fortemente orientata alla diffusione dell'Evidence-based Practice (EBP) e all'attuazione del governo clinico, le organizzazioni sanitarie devono predisporre adeguate leve motivazionali per valorizzare il capitale umano e identificarsi come learning organization, riconoscendo nella formazione continua e nel miglioramento della competenza professionale le determinanti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza, sino a raggiungere l'eccellenza.

Bibliografia

1. Spencer JA, Jordan RK. Learner centred approaches in medical education. *BMJ* 1999; 318: 1280-3.
2. Kirkpatrick DI. Evaluation of training. In: Craig R,

Bittel I (eds). *Training and development handbook*. New York: McGraw-Hill 1967.

3. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009. Issue 2. Art. No: CD003030.
4. Effectiveness of Continuing Medical Education, Structured Abstract. February 2007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville: 2007.
5. Bero L, Eccles M, Grimshaw J, et al. *Cochrane effective practice and organisation of Care Group*. Disponibile a: www.epoc.cochrane.org.

Indirizzo per la corrispondenza: editor@gimbe.org

L'e-learning e la crescita professionale continua in medicina

Luca De Fiore

Riassunto. L'e-learning è ampiamente utilizzato nell'educazione continua in medicina ma tre principali questioni si pongono oggi all'attenzione dei decisori della sanità: la sostanziale eterogeneità dei progetti formativi basati sull'uso del web; le preoccupazioni sull'efficacia reale dell'e-learning; la varietà dei criteri per determinare l'efficacia della formazione a distanza. Le revisioni sistematiche propendono per un'efficacia dell'e-learning paragonabile a quella della formazione tradizionale. L'attenzione deve oggi focalizzarsi su come produrre progetti di e-learning efficaci e su quando preferirli ad altre modalità didattiche.

Parole chiave. Educazione continua in medicina, e-learning.

Introduzione

L'uso di internet nell'educazione degli adulti data da molti anni e anche le applicazioni in ambito sanitario sono numerose. La moltiplicazione delle esperienze è stata favorita da una serie di fattori: la crescente familiarità dell'utenza sanitaria con l'uso del computer e con il web; la curiosità di buona parte del personale sanitario per quella che è diffusamente percepita come una opportunità nuova nell'aggiornamento del medico; la possibilità di rendere compatibile lo studio a distanza con i ritmi intensi che caratterizzano il quotidiano di medici e infermieri; l'eventualità di individualizzare i percorsi formativi di singoli operatori o di gruppi di

Summary. *E-learning and the continuing professional development in medicine.*

E-learning is widely used in continuing medical education but three main problems still face health decision makers: the substantial heterogeneity among the characteristics of the web-based educational projects; the concerns about the e-learning effectiveness; the variety of outcomes used to evaluate the effectiveness. Systematic reviews suggest e-learning has effectiveness similar to traditional educational methods. The attention should now be given to how and when can we use e-learning to improve the health workers' performance and better healthcare.

Key words. Continuing Medical Education, e-learning.

essi, caratterizzati da bisogni formativi omogenei; la possibile economicità della produzione dei corsi e la relativa facilità di aggiornamento di successive edizioni¹.

Cosa sappiamo dell'efficacia dell'e-learning?

Le esperienze di Educazione Continua Medica a distanza sono dunque numerose; ma anche quelle più recenti hanno ancora un approccio sperimentale. Ciò è dovuto principalmente a due ragioni: la grande eterogeneità delle caratteristiche dei corsi e la mancanza di evidenze consolidate sulla loro efficacia o la non efficacia.