

Formazione continua: valorizzare il capitale umano per migliorare la qualità dell'assistenza

Antonino Cartabellotta
Presidente
Fondazione GIMBE

Il nuovo sistema ECM è fortemente orientato alla diffusione dell'Evidence-based Practice e all'attuazione del governo clinico: professionisti e organizzazioni sono chiamati a rivedere attitudini e comportamenti da tempo consolidati nel mondo della formazione sanitaria

Affermando che il fine ultimo della formazione continua è incidere «sull'efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza dell'assistenza prestata dal SSN», il Programma Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) si propone dal 2002 di misurare i risultati della formazione continua sia sui processi assistenziali (appropriatezza), sia sugli esiti clinici (efficacia, sicurezza) ed economici (efficienza).

Considerato il mancato raggiungimento degli obiettivi dichiarati, il nuovo sistema di Formazione Continua in Medicina ha introdotto numerosi strumenti: obiettivi formativi di processo e di sistema, dossier formativo e aree di riferimento costituiscono, infatti, i punti chiave per orientare la formazione continua - strumento trasversale di governo clinico - al miglioramento della pratica professionale, alla valorizzazione del capitale umano e alla qualità dell'assistenza sanitaria.

Senza entrare nel merito di aspetti normativi, il presente contributo sintetizza le più recenti evidenze scientifiche relative alle modalità di apprendimento dei soggetti adulti, agli *end-point* della formazione continua, all'efficacia delle diverse tipologie di eventi formativi; propone i "requisiti minimi" per massimizzare l'efficacia della formazione residenziale; identifica le principali criticità a livello dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie e fornisce alcuni suggerimenti pratici per superarle.

Fisiopatologia dell'apprendimento degli adulti

Gli adulti inseriti in un ambiente formativo regrediscono al ruolo in cui li ha condizionati il modello pedagogico tradizionale, ossia la dipendenza passiva dai docenti. Se questi mantengono il ruolo di formatori tradizionali, si configura il paradosso del "purgatorio didattico", dove, nonostante gli sforzi dei docenti, i partecipanti apprendono poco o nulla. D'altronde, l'inefficienza della pedagogia tradizionale nella formazione continua degli adulti è riconosciuta da tempo perché, indipendentemente dal ruolo e dal livello professionale, gli adulti sono motivati ad apprendere se

l'attività didattica possiede specifiche caratteristiche:

- è percepita come rilevante
- è basata e costruita sulle precedenti esperienze
- coinvolge direttamente i discenti e ne consente la partecipazione attiva
- è basata su problemi (*problem-based learning*)
- permette di responsabilizzare il proprio apprendimento (*self-directed learning*)
- consente immediatamente di applicare quanto appreso
- prevede cicli di azioni e riflessioni
- è basata sulla fiducia e sul rispetto reciproci (sia tra discenti, sia tra docente e discenti).

Tabella 1

End-point per valutare l'efficacia degli eventi formativi

Livello	End-point	Setting	Strumenti di valutazione
0	Presenza	Aula	<ul style="list-style-type: none"> • Firma di presenza • Scheda firmata di valutazione dell'evento ECM • Sistema elettronico a badges
1	Qualità percepita	Aula	<ul style="list-style-type: none"> • Scheda firmata di valutazione dell'evento ECM
2	Apprendimento	Aula	<ul style="list-style-type: none"> • Test a scelta multipla pre- e post-corso • Esame pratico • Esame orale • Prova scritta
3	Comportamenti professionali	Workplace	<ul style="list-style-type: none"> • Audit clinico
4	Esiti assistenziali	Workplace	<ul style="list-style-type: none"> • Progetti di miglioramento, audit clinico, sistemi informativi aziendali

End-point della formazione continua

Nella ricerca clinica gli *end-point* si distinguono in surrogati e clinicamente rilevanti: ad esempio, l'efficacia di un farmaco ipolipemizzante può essere valutata sulla colesterolemia (surrogato), oppure sulla mortalità e/o gli eventi coronarici non fatali. Parallelamente, nella ricerca educativa l'efficacia di un evento formativo può essere misurata con diversi end-point, strutturati da Kirkpatrick oltre 40 anni fa²:

1. Qualità percepita
2. Apprendimento di conoscenze e competenze tecniche
3. Modifica dei comportamenti professionali
4. Modifica di esiti assistenziali

I quattro livelli sono caratterizzati da una complessità crescente e ciascuno di essi rappresenta condizione necessaria, ma non sufficiente, per valutare il livello successivo. Di conseguenza, ogni end-point successivo al primo è più robusto del precedente, ma la sua valutazione richiede un'analisi più rigorosa e onerosa in termini di tempo e risorse. Infine, se i primi due livelli possono sempre essere misurati in aula, i livelli 3 e 4 richiedono specifici strumenti sul posto di lavoro (tabella 1). Per coerenza con le modalità di valutazione degli eventi ECM è stato aggiunto un livello 0 che corrisponde alla presenza del partecipante per l'intera durata del corso, condizione indispensabile per l'acquisizione dei crediti formativi.

In realtà, le organizzazioni sanitarie molto raramente valutano l'efficacia della formazione continua ai livelli 3-4, per due fattori: innanzitutto per "attitudine culturale" non sono abituate a misurare l'efficacia/efficienza delle azioni che intraprendono, per conservare, migliorare e sviluppare il proprio *know-how* in termini di valorizzazione del capitale umano; in secondo luogo, l'attività di valutazione ai livelli 3-4 è molto complessa, perché richiede commitment aziendale, competenze metodologiche, progettazione di un piano formativo ad hoc, risorse dedicate.

Tabella 2

Valutazione dell'efficacia di un progetto formativo

0. Presenza

Su 120 professionisti invitati, 90 (75%) hanno partecipato all'intera durata del corso

1. Qualità percepita

Il corso è stata gradito: il 90% dei partecipanti ha giudicato di qualità elevata l'evento formativo

2. Apprendimento

Rispetto al test iniziale, dove solo il 70% dei partecipanti sapeva che nei pazienti con scompenso cardiaco in tutte le classi NYHA gli ACE inibitori riducono la mortalità, nel test finale la percentuale è salita al 98%.

3. Comportamenti professionali

Un audit clinico, eseguito sei mesi dopo l'intervento formativo, ha dimostrato che al 95% dei pazienti con scompenso cardiaco viene prescritto un ACE inibitore.

4. Esiti assistenziali

Nei 24 mesi successivi all'intervento formativo, la mortalità per scompenso cardiaco si è ridotta del 5%.

La tabella 2 esemplifica la valutazione dell'efficacia di un progetto formativo sul management dello scompenso cardiaco.

Prove di efficacia

Le revisioni sistematiche di Davis pubblicate negli anni Novanta e confluite nella Cochrane review³ sul tema e un evidence-report dell'Agency for Health Care Research & Policy⁴, hanno dimostrato che le attività formative tradizionali (convegni, seminari, letture) - dove chi partecipa ha una funzione esclusivamente passiva - non modificano la pratica professionale, né tantomeno gli esiti assistenziali. Viceversa, la formazione interattiva che coinvolge attivamente i partecipanti e fornisce strumenti pratici è efficace nel modificare la pratica professionale e, occasionalmente,

gli esiti assistenziali. Questi risultati sono coerenti con la fisiopatologia dell'apprendimento degli adulti: infatti, le conoscenze acquisite durante la ricerca di soluzioni a problemi clinico-assistenziali reali sono meglio elaborate e memorizzate rispetto a quelle ottenute dallo studio non finalizzato.

L'evento residenziale evidence-based

L'ECM prevede l'acquisizione di crediti formativi, quale riconoscimento per aver partecipato ad attività formative. Al di là degli obblighi normativi che prevedono un formale accumulo dei crediti, bisogna essere consapevoli che le iniziative *teacher-centred* (conferenze, letture, seminari), utilizzando modelli educazionali passivi, sono inefficaci nel modificare la pratica professionale, tanto che oggi la nuova ECM li penalizza in termini di crediti formativi (0,2 crediti/ora per un massimo di 5 crediti/evento).

Considerato che il fine ultimo della formazione continua è incidere "sull'efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal SSN", oltre alle conoscenze dei partecipanti, la formazione continua dovrebbe migliorare i processi (appropriatezza) e gli esiti, sia clinici (efficacia, sicurezza), sia economici (efficienza). Tenendo conto delle migliori evidenze scientifiche disponibili, delle teorie sull'apprendimento dei soggetti adulti, oltre che dell'esperienza maturata negli ultimi 15 anni, ecco alcuni "requisiti minimi" per massimizzare l'efficacia della formazione residenziale:

- 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;
- coinvolgere i partecipanti nel trovare soluzioni a problemi clinico-assistenziali, possibilmente da loro stessi formulati (*problem-based learning*);

- evitare di infondere un numero eccessivo di nozioni *ex cathedra*, scarsamente ritenute dai partecipanti e destinate, per la natura delle scienze mediche, a rapida obsolescenza;
- fornire l'opportunità di praticare le conoscenze e le competenze acquisite (*learning by doing*);
- fornire strumenti per l'autogestione permanente del proprio apprendimento (*self-directed and lifelong learning*);
- "rinforzare" la formazione con altre strategie per modificare i comportamenti professionali, la cui selezione può derivare solo dall'analisi delle prove di efficacia, dal contesto e dalle attitudini dei professionisti locali. Il Cochrane Effective Practice and Organization (EPOC) Group⁵ ha sviluppato una "tassonomia" che classifica tali strategie in sei categorie: professionali, mediate dai pazienti, strutturali, organizzative, finanziarie e regolatorie. Pertanto, a livello delle organizzazioni sanitarie, la progettazione della formazione continua deve essere integrata con le strategie per il miglioramento della qualità. Infatti, poiché rappresentano solo uno degli interventi in grado di modificare i comportamenti professionali, le attività di ECM devono essere inserite in una strategia multifattoriale il cui obiettivo è il miglioramento dell'appropriatezza di prestazioni sanitarie e, più in generale, della qualità dell'assistenza sanitaria.

Conclusioni

Preso atto che il Nuovo Sistema di Formazione Continua è fortemente orientato alla diffusione dell'Evidence based Practice e all'attuazione del governo clinico⁶, professionisti e organizzazioni sono chiamati a rivedere attitudini e comportamenti da sempre consolidati nel mondo della formazione sanitaria. I **professionisti** non possono più identificare la formazione continua con la partecipazione a eventi residenziali tradizionali (congressi, conferenze), inefficaci nel modificare la pratica professionale, fortemente influenzati dagli sponsor e penaliz-

zati in termini di crediti ECM. In secondo luogo la formazione continua non può più essere un'attività casuale, sporadica, opportunistica, ma deve essere realmente "continua" e integrata nell'attività professionale; in tal senso, il dossier formativo dovrebbe costituire lo strumento ottimale per raggiungere questo ambizioso obiettivo. Infine, i professionisti devono sviluppare l'attitudine a identificare dalla pratica clinica quotidiana i propri gap di conoscenza, a formulare adeguati quesiti, a ricercare nuove conoscenze, a interpretarle e ad applicarle alla pratica professionale⁷. Questo configura il principio dell'autogestione permanente del proprio apprendimento (*self directed life-long learning*), di cui l'Evidence based Practice è lo strumento di riferimento, inserito dalla nuova ECM tra «le aree di particolare rilevanza per il SSN e i SSR». Dal canto loro, le **organizzazioni sanitarie** devono identificarsi come *learning organization*⁸, riconoscendo nella formazione continua e nel miglioramento della competenza professionale le determinanti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria sino a raggiungere l'eccellenza, così come richiesto dalle politiche di governo clinico.

Devono, inoltre, predisporre adeguate leve motivazionali per valorizzare il capitale umano⁹, in particolare integrando nei meccanismi di governance aziendali sistemi premianti con indicatori di qualità dell'assistenza (*pay-for-performance*).

Infine, responsabilizzando i professionisti a una formazione continua autogestita (dalla definizione dei bisogni formativi alla valutazione dell'apprendimento), devono mettere a disposizione risorse e strumenti, sia per riflettere sulle criticità dell'assistenza e della pratica clinica, sia per misurare l'efficacia della formazione continua sui comportamenti professionali - in particolare attraverso l'audit clinico¹⁰ - già inserito dalla nuova ECM tra le attività di formazione sul campo.

BIBLIOGRAFIA

1. Cartabellotta A. La formazione residenziale degli operatori sanitari. In: Pressato L, Cartabellotta A, Binetti P, Bernini G, Paltrinieri A, De Nardis F, De Fiore L e Federici A. L'educazione continua in medicina. Il Pensiero Scientifico Editore, 2003, Roma.
2. Kirkpatrick DI. Evaluation of training. In: Craig R, Bittel I, eds. Training and development handbook. McGraw-Hill, 1967, New York.
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. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evid Rep Technol Assess* (Full Rep). 2007 149:1-69.
5. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. Disponibile a: www.epoc.cochrane.org
6. Cartabellotta A. La formazione continua in medicina nell'era della clinical governance: opportunità e criticità. *FOR* 2011;87:97-102.
7. Davis D, Davis N. Selecting educational interventions for knowledge translation. *CMAJ* 2010; 182: E89-93.
8. Cartabellotta A, Curcio Rubertini B, Berti F. È ora di learning organization. *Sanità & Management*; 2002 (ottobre): 20-3.
9. Campbell EG, Rosenthal M. Reform of continuing medical education: investments in physician human capital. *JAMA* 2009; 302: 1807-8.
10. Schuwirth L, Cantillon P. The need for outcome measures in medical education. *BMJ* 2005; 331:977-8.

Nota. Questo contributo è una sintesi dell'intervento presentato allo Spring Forum 2011: Convegno Multidisciplinare di Educazione Continua in Medicina, Abano Terme (PD), 13-14 maggio 2011.

Indirizzo per la corrispondenza

Fondazione GIMBE
Via Amendola, 2 - 40121 Bologna
Tel 051 5883920
editor@gimbe.org

Un video di approfondimento è disponibile sul portale www.mdwebtv.it, visualizzabile anche con smartphone/iphone attraverso il presente **QR-Code**

