

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Organizzazione e gestione
della formazione continua
nelle aziende sanitarie**

A cura di

Silvia Boni (a), Giovanni De Virgilio (b),
Ranieri Guerra (b) e Debora Guerrera (b)

(a) Formez, Centro di Formazione Studi, Roma

(b) Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN
03/9

Istituto Superiore di Sanità

Organizzazione e gestione della formazione continua nelle aziende sanitarie.

A cura di Silvia Boni, Giovanni De Virgilio, Ranieri Guerra e Debora Guerrera
2003, v, 33 p. Rapporti ISTISAN 03/9

Il presente documento riprende le tematiche relative alla formazione permanente nelle aziende sanitarie affrontate dal progetto REFAS (REte di Formatori delle Aziende Sanitarie) attivato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel 1994. Nel 2001 e 2002, l'ISS, in collaborazione con il Centro di Formazione Studi Formez, ha organizzato una serie di incontri tecnici di formatori qualificati che operano nelle aziende sanitarie italiane. Le indicazioni tecnico-organizzative originate da tali incontri sono state raccolte con l'intenzione di stimolare riflessioni ed efficaci percorsi di crescita nel settore dello sviluppo delle risorse umane nelle aziende sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale. Si espone una analisi della formazione continua degli ultimi dieci anni nella Pubblica Amministrazione con particolare riguardo alla sanità. Vengono descritti i successi ottenuti e i principali ostacoli affrontati dalla formazione permanente nell'azienda sanitaria locale e ospedaliera. Sulla base delle esperienze condotte nel settore in questi ultimi anni si presentano gli spunti di riflessione per l'organizzazione dell'attività di formazione nell'azienda sanitaria. Si evidenziano gli aspetti del miglioramento continuo di qualità della formazione e i relativi requisiti per l'accreditamento nel sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM). Vengono presentate, infine, alcune riflessioni sul tema specifico dell'analisi di fabbisogno formativo.

Parole chiave: Formazione continua, Gestione della formazione, Qualità, Accredimento

Istituto Superiore di Sanità

Organization and management of continuing education in local health units.

Edited by Silvia Boni, Giovanni De Virgilio, Ranieri Guerra and Debora Guerrera
2003, v, 33 p. Rapporti ISTISAN 03/9 (in Italian)

This document deals with the themes of Continuing Education (CE) in the structures of the Servizio Sanitario Nazionale (SSN, the Italian National Health Service). In the year 1994 the Istituto Superiore di Sanità (ISS, the Italian National Institute of Health) set up a group of SSN educators (REFAS) to discuss the main aspects of CE in the health service. In 2001-2002, in collaboration with Formez, the ISS organised a new series of technical meetings. The deliberations generated during such meetings are presented in this volume: they are meant to stimulate virtuous patterns of development in the management of CE in the Italian Local Health Units. The "state of the art" in the CE of public administration with particular focus on the health services is presented. Achievements, successes, obstacles and limitations faced by the CE of the SSN activities in the last decade are described, as well as suggestions for improving the performance of CE. Aspects of quality and accreditation are discussed. Finally, indications on the specific topic of the training needs analysis are given.

Key words: Continuing Education, Management, Quality and Accreditation of Continuing Education

Per informazioni rivolgersi a: g.de.virgilio@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it/pubblicazioni.

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro* e *Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© 2003 Istituto Superiore di Sanità (Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma)

Questo documento è stato redatto grazie al contributo dei partecipanti dei seguenti workshop organizzati in collaborazione dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Formez

Workshop 6-7 giugno 2001, presso l'Istituto Superiore di Sanità

Boni S.	<i>Formez, Roma</i>
Carra W.	<i>Azienda Ospedaliera C. Poma, Mantova</i>
Carrieri V.	<i>Azienda Sanitaria Locale Brindisi 1</i>
Cirillo A.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Roma A</i>
Dal Ponte A.	<i>Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari Trento</i>
De Santis A.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Trapani</i>
De Virgilio G.	<i>Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Dell'Anna L.	<i>Azienda Ospedaliera Pordenone</i>
Farina M.	<i>Unità Locale Servizi Sanitari Vicenza</i>
Fittante C.	<i>Azienda Sanitaria Locale 6 Lamezia Terme</i>
Florio S.	<i>Azienda Sanitaria Locale Avellino 2</i>
Guerra R.	<i>Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Mastrogiovanni P.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Roma B</i>
Matteucci V.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale 2 Perugia</i>
Montella R.	<i>Azienda Sanitaria Locale Napoli 1</i>
Pernisco F.G.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale 9 Grosseto</i>
Prandi F.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Reggio Emilia</i>
Raboni R.	<i>Unità Locale Servizi Sanitari Rovigo</i>
Ronchetti M.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Roma C</i>
Vendruscolo M.	<i>Azienda Unità Locale Servizi Sanitari 9 Treviso</i>
Virgili R.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Roma D</i>

Workshop 5-6 marzo 2002, presso il Formez (Roma)

Barresi M.	<i>Azienda Ospedaliera Santobono Napoli</i>
Boni S.	<i>Formez, Roma</i>
Brinchi M.	<i>Azienda Sanitaria Locale 4 Terni</i>
Carra W.	<i>Azienda Ospedaliera C. Poma, Mantova</i>
Carrieri V.	<i>Azienda Sanitaria Locale Brindisi 1</i>
Cataldo A.	<i>Azienda Sanitaria Locale 22 Acqui Terme</i>
Dal Ponte A.	<i>Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari Trento</i>
De Luca M.A.	<i>Azienda Sanitaria Locale Salerno 2</i>
De Monaco E.	<i>Azienda Sanitaria Locale Napoli 4</i>
De Santis A.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Trapani</i>
De Virgilio G.	<i>Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Dell'Anna L.	<i>Azienda Ospedaliera Pordenone</i>
Fittante C.	<i>Azienda Sanitaria Locale 6 Lamezia Terme</i>
Frassinelli M.	<i>Unità Locale Servizi Sanitari 7 Treviso</i>
Geraci G.	<i>Azienda Sanitaria Locale Roma C</i>
Mastrogiovanni P.	<i>Azienda Sanitaria Locale Roma B</i>
Matteucci V.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale 2 Perugia</i>
Mazzetti M.D.	<i>Unità Locale Servizi Sanitari 18 Rovigo</i>
Melani P.	<i>Azienda Ospedaliera Pisana, Pisa</i>
Montella R.	<i>Azienda Sanitaria Locale Napoli 1</i>
Parato A.	<i>Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri Verona</i>
Pozzato P.	<i>Unità Locale Servizi Sanitari 19 Adria</i>
Ruozzi C.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Reggio Emilia</i>
Salis G.	<i>Azienda Sanitaria Locale 3 Nuoro</i>
Tadei M.	<i>Unità Sanitaria Locale Aosta</i>

Con la partecipazione di L. Pressato, Membro della Commissione nazionale per la formazione permanente.

Workshop 6-7 giugno 2002, presso l'Istituto Superiore di Sanità

Barresi M.	<i>Azienda Ospedaliera Santobono Napoli</i>
Boni S.	<i>Formez, Roma</i>
Brinchi M.	<i>Azienda Sanitaria Locale 4 Terni</i>
Carra W.	<i>Azienda Ospedaliera C. Poma, Mantova</i>
Carrieri V.	<i>Azienda Sanitaria Locale Brindisi 1</i>
Cataldo A.	<i>Azienda Sanitaria Locale 22 Acqui Terme</i>
De Luca M.A.	<i>Azienda Sanitaria Locale Salerno 2</i>
De Monaco E.	<i>Azienda Sanitaria Locale Napoli 4</i>
De Santis A.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Trapani</i>
De Virgilio G.	<i>Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Dell'Anna L.	<i>Azienda Ospedaliera Pordenone</i>
Fittante C.	<i>Azienda Sanitaria Locale 6 Lamezia Terme</i>
Frassinelli M.	<i>Unità Locale Servizi Sanitari 7 Treviso</i>
Geraci G.	<i>Azienda Sanitaria Locale Roma C</i>
Mastrogiovanni P.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Roma B</i>
Matteucci V.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale 2 Perugia</i>
Melani P.	<i>Azienda Ospedaliera Pisana, Pisa</i>
Montella R.	<i>Azienda Sanitaria Locale Napoli 1</i>
Parato A.	<i>Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri Verona</i>
Pernisco F.G.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale 9 Grosseto</i>
Pozzato P.	<i>Unità Locale Servizi Sanitari 19 Adria</i>
Raboni R.	<i>Unità Locale Servizi Sanitari Rovigo</i>
Ronchetti M.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Roma C</i>
Virgili R.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Roma D</i>
Ruozì C.	<i>Azienda Unità Sanitaria Locale Reggio Emilia</i>
Tadei M.	<i>Unità Sanitaria Locale Aosta</i>
Vendruscolo M.	<i>Unità Locale Servizi Sanitari 9 Treviso</i>

INDICE

Premessa	v
Lo scenario della formazione nella pubblica amministrazione e nella sanità	
<i>Silvia Boni</i>	1
Formazione permanente in azienda sanitaria locale e ospedaliera:	
successi e ostacoli	
<i>Giovanni De Virgilio</i>	13
Organizzazione della formazione permanente in azienda:	
strumenti di programmazione, destinatari e costi	
<i>Corrado Ruozi</i>	17
Qualità e accreditamento dei progetti di formazione e della struttura:	
metodi, tecniche e strumenti utili alla formazione permanente in sanità	
<i>Adriana Dal Ponte</i>	22
Analisi di fabbisogno formativo nella formazione permanente	
in azienda sanitaria	
<i>Ranieri Guerra</i>	26
Bibliografia	32

PREMESSA

I tre workshop, da cui origina il presente documento si sono svolti rispettivamente presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il 6-7 giugno 2002 e presso la sede del Formez in data 5-6 marzo 2002. I workshop hanno ripreso le tematiche affrontate del progetto REFAS (REte di Formatori delle Aziende Sanitarie) attivato dall'ISS nel 1994. Il processo di aziendalizzazione, allora in fase iniziale, richiedeva un ripensamento delle attività di formazione e aggiornamento delle nuove strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): soprattutto le aziende sanitarie territoriali e ospedaliere. Il progetto si avvale della partecipazione tecnica e intellettuale di un gruppo di operatori delle aziende sanitarie rappresentativi delle varie realtà presenti sul territorio nazionale.

Nel 1995 venne prodotto un documento nel quale venivano riassunte indicazioni tecniche e operative che delineavano un modello organizzativo della formazione permanente al quale le aziende avrebbero potuto fare utile riferimento.

Il primo dei tre Workshop si è ricollegato al percorso tracciato dal REFAS con l'intenzione di riprendere la discussione sul tema e iniziare un nuovo ciclo di incontri tra professionisti. Il secondo workshop ha offerto l'occasione di aggiornare la discussione a fronte dell'entrata in vigore del sistema di accreditamento Educazione Continua in Medicina (ECM). Il terzo ha affrontato la tematica specifica dell'analisi del fabbisogno formativo nella azienda sanitaria.

Il presente documento raccoglie le indicazioni tecnico-organizzative originate dai lavori dei suddetti Workshop con l'intenzione di stimolare riflessioni ed efficaci percorsi di crescita nel settore dello sviluppo delle risorse umane nelle aziende sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale.

Il primo contributo, a cura del Formez, è dedicato ad una analisi della formazione continua degli ultimi dieci anni nella Pubblica Amministrazione con particolare riguardo alla sanità. Il secondo si sofferma sui successi ottenuti e sui principali ostacoli affrontati dalla formazione permanente nell'azienda sanitaria locale e ospedaliera. Tali considerazioni sull'esperienze condotte nel settore in questi ultimi anni hanno generato gli spunti di riflessione per l'organizzazione dell'attività di formazione nell'azienda sanitaria che costituiscono il terzo contributo di questo documento. Sono successivamente analizzati gli aspetti del miglioramento continuo di qualità della formazione e ai relativi requisiti per l'accREDITAMENTO nel sistema di ECM.

Nell'ultimo capitolo, infine, vengono presentate le riflessioni dei partecipanti al Workshop del 6-7 giugno 2002 sulla analisi di fabbisogno formativo.

Questo documento, sue eventuali versioni aggiornate e documentazione aggiuntiva sull'argomento sono reperibili sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (www.iss.it) e sul sito del Formez (www.formez.it).

Ranieri Guerra, Giovanni De Virgilio

LO SCENARIO DELLA FORMAZIONE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E NELLA SANITÀ

Silvia Boni
Formez, Roma

Negli ultimi anni si è assistito ad una profonda accelerazione del processo di cambiamento che investe tutti gli ambiti della Pubblica Amministrazione (PA) originato sia da pressioni esogene (integrazione europea) che da pressioni endogene (spinta a fornire servizi migliori ai cittadini, devoluzione dei poteri dallo Stato alle Regioni e agli Enti Locali). In particolare emerge da più attori (governo, forze sociali) la volontà di investire risorse ed energie nell'innovazione mettendo a punto una vera visione strategica del cambiamento e sostenendo – attraverso azioni concrete – lo sviluppo della PA, la sua capacità di essere soggetto proattivo, di anticipare e interpretare i bisogni dei cittadini.

In questo processo l'investimento sulle risorse umane appare come un passaggio cruciale, dal quale può dipendere la portata effettiva del cambiamento auspicato. La necessità di possedere un quadro globale ha imposto il coordinamento delle risorse, per amplificare gli effetti degli investimenti, avviando un dialogo tra i vari ambiti della formazione (universitaria, professionale, continua) e tra i suoi protagonisti (scuole pubbliche e private, università, centri e istituti di formazione) a livello nazionale e internazionale.

Nelle note che seguono ci si propone di fornire un panorama delle linee di sviluppo della formazione nell'ambito della PA e della sanità cercando di rintracciare gli aspetti comuni e le sinergie che possono essere attivate per arricchire entrambi i settori.

Formazione nella pubblica amministrazione

Il Piano Straordinario per la Formazione (PSF) 2001-2003, concordato con le Regioni, rimane una cornice importante, una testimonianza dell'imponente sforzo di governo, coordinamento e integrazione del sistema formativo e dei suoi principali attori (le scuole pubbliche), e un punto di riferimento per i programmi formativi delle singole amministrazioni. Le indicazioni in esso fornite non sono solo relative agli ambiti di intervento ma un'attenzione specifica è anche centrata sulle metodologie, sull'accreditamento della formazione e sugli indicatori di qualità. Emerge la volontà di creare un organismo di coordinamento dell'intero sistema formativo che si doti anche di appositi strumenti (es. l'Osservatorio sui bisogni formativi creato presso la Scuola Superiore di Pubblica Amministrazione, SSPA).

In tale cornice va inserita anche la Direttiva sulla formazione e la valorizzazione del personale delle PA, del 13 dicembre 2001, emanata dal Ministro per la Funzione Pubblica (*Gazzetta Ufficiale* n. 26 del 31 gennaio 2002). Quest'ultima fa seguito ad un'altra importante Direttiva alle Amministrazioni Pubbliche in materia di formazione del personale, la n.14 del 24 aprile 1995, che ha costituito un *turning point* per la formazione nella PA e che, tra gli altri aspetti, stabiliva come obiettivo lo stanziamento di almeno l'1% del monte salari, da impegnare nella formazione, da parte di ciascuna amministrazione.

La recente direttiva persegue l'obiettivo di promuovere in tutte le Amministrazioni la realizzazione di un'efficace analisi dei bisogni formativi e la programmazione delle attività

formative, per assicurare il diritto individuale alla formazione permanente in coerenza con gli obiettivi istituzionali delle singole amministrazioni.

Essa stabilisce dei punti fondamentali che vanno sottolineati:

- sancisce il diritto alla formazione permanente attraverso la programmazione delle attività formative che devono tener conto anche delle esigenze e dell'inclinazione degli individui;
- stabilisce che la formazione del personale è anche una responsabilità dei dirigenti;
- fornisce indicazioni precise sugli organismi/strumenti generali e specifici di cui tutte le PA devono dotarsi;
- individua nella qualità del percorso formativo un aspetto essenziale.

Se la formazione deve essere un diritto per tutti i dipendenti – che hanno in tal modo la possibilità concreta di crescere, di sviluppare nuove competenze e rafforzare quelle esistenti, di adeguarsi ai continui cambiamenti in atto – le Amministrazioni sono tenute ad organizzare attività formative e a programmarle sui reali fabbisogni. L'analisi dei fabbisogni, aspetto fino ad ora tra i più carenti, la programmazione delle attività e la valutazione della formazione, e del suo impatto sull'organizzazione, appaiono infatti passaggi fondamentali nella progettazione del percorso formativo. La formazione è un investimento e, come tale, deve essere adeguatamente pianificato e valutato. In questa prospettiva la Direttiva introduce l'obbligo alla programmazione formativa: ciascuna amministrazione è tenuta, entro il 31 marzo di ogni anno, ad elaborare un piano di formazione del personale in cui vanno specificati obiettivi, risorse, destinatari e metodologie formative adottate.

Per arrivare ad un corretto piano formativo occorre sviluppare un'attenta analisi dei fabbisogni. È necessario innanzi tutto aver chiare le strategie generali, le scelte originate dalla consapevolezza di ciò che sta maturando in uno scenario più ampio (decentramento, informatizzazione, Europa) e che vengono esplicitate nelle linee di indirizzo del Dipartimento per la Funzione Pubblica (DFP). In sintonia con queste, occorre parallelamente indicare le linee di sviluppo della singola amministrazione, con tutte le sue peculiarità. Rispetto agli obiettivi individuati è necessario conoscere caratteristiche, competenze, ambiti di lavoro e interesse motivazionale del personale in servizio, delle competenze integrabili attraverso la formazione e di quelle che mancano e vanno acquisite all'esterno. Tali azioni permettono di disporre di un quadro aggiornato delle caratteristiche dei dipendenti e delle possibili linee di investimento sulle risorse umane. È interessante che nella Direttiva si espliciti il concetto di far incontrare, per quanto possibile, le esigenze di maggiore qualificazione dell'organizzazione con le ambizioni, gli interessi e le inclinazioni dei singoli. Un'amministrazione quindi attenta a fornire migliori prestazioni ai cittadini ma anche contemporaneamente alle esigenze del suo cliente interno, del personale. È evidente la consapevolezza che l'identificazione con ciò che si fa, a tutti i livelli organizzativi, è la chiave per ottenere prestazioni migliori e la pubblica amministrazione sembra aver assimilato profondamente questi concetti e volerli diffondere in tutti i suoi rami. È anche chiaro che viene del tutto esautorata la concezione del burocrate come un esecutore asettico e impersonale, che per anni è stata una garanzia di uguale trattamento a tutti i cittadini, ma è al contrario riconosciuta la differenza (all'esterno e all'interno) dei bisogni, delle persone, dei percorsi professionali, delle fasi della vita (alternanza impegni familiari e professionali).

I dirigenti sono responsabili della gestione del personale, e quindi della formazione delle risorse umane. Questo è un altro fondamentale tassello del mosaico. I dirigenti e i quadri della PA sono i veri protagonisti del suo processo di rinnovamento. Tale consapevolezza ha portato infatti, recentemente, alla costituzione dell'Associazione dei Giovani Dirigenti Pubblici (AGDP) che si sta – in tempi rapidissimi – ricavando un ruolo importante come centro di aggregazione di una comunità professionale composita che si va costruendo un'identità “forte” e si confronta, anche al di fuori dei confini del Paese, con i dirigenti delle altre nazioni europee in

una prospettiva di possibile mobilità. È stata presentata, al Forum PA 2002, una ricerca – che analizza i bisogni formativi derivanti dalla nuova funzione attribuita alla dirigenza della PA e le metodologie formative idonee – finalizzata a fornire indicazioni utili per rafforzare il percorso di carriera attraverso un più efficace sviluppo delle capacità e competenze manageriali.

L'identità dirigenziale nella PA sta assumendo caratteristiche specifiche di management pubblico, derivato da anni di pazienti tentativi di adattamento e introduzione di principi di organizzazione e gestione propri di altri contesti (privati) nel tessuto della PA. Tale *know-how* specifico va oggi rafforzato e diffuso anche attraverso nuove sperimentazioni. I dirigenti appaiono quindi, nel contempo, come destinatari di formazione manageriale, nella quale sono tenuti ad accrescere le loro competenze in gestione, investimento nelle risorse umane, *leadership*, programmazione, coordinamento, valutazione e anche negoziazione. Infatti anche quest'ultimo aspetto con la devoluzione e il diffondersi della contrattazione collettiva, e, soprattutto, di quella integrativa decentrata, acquisisce un peso notevole. I dirigenti si troveranno infatti a dover ricercare risorse aggiuntive da destinare alla formazione di tutto il personale. Riguarda sempre i dirigenti un significativo progetto del DFP (con un finanziamento di 4.906.349 euro) che rende possibile a quest'ultimi progettare i propri percorsi formativi e accedere alla selezione per ottenere un bonus formativo (dell'ammontare di 6 milioni di lire) che dovranno spendere entro il 2002.

Per sostenere l'investimento programmato sulle risorse umane ciascuna Amministrazione deve dotarsi di alcuni strumenti specifici quali: una banca dati sulle esperienze formative già svolte (qualità delle offerte, resoconti dei partecipanti, ecc.) (una specie di "memoria storica" dei percorsi già battuti), una short list delle istituzioni che erogano formazione (*provider*) già selezionate o accreditate (secondo quanto stabilito dal Decreto del Ministero del Lavoro n. 166 del 25 maggio 2001), la certificazione di qualità di tali enti ove sia possibile.

Esistono poi gli strumenti generali, funzionali a tutte le PA, come l'Osservatorio sui fabbisogni formativi, già costituito presso la SSPA, e potenziato dalla direttiva, e la banca dati generali. Nella Direttiva all'Osservatorio si richiede di monitorare i fabbisogni, la qualità e l'efficacia dell'azione formativa ma anche di raccogliere i Piani formativi delle Amministrazioni. In tal modo l'Osservatorio diventa un punto di accumulazione, confronto e studio fondamentale per i processi formativi e per governare l'intero sistema e anche una banca dati continuamente aggiornata e disponibile. L'Osservatorio è stato subito messo alla prova nella raccolta dei dati per la stesura del *V Rapporto sulla Formazione nella Pubblica Amministrazione* (presentato l'8 maggio 2002 al Forum della PA a Roma).

Il principio ispiratore della qualità pervade l'intera direttiva. Poiché la formazione costituisce un percorso complesso, che ha come fine la valorizzazione del personale e il miglioramento dei servizi pubblici, l'impegno delle amministrazioni nella gestione della formazione dovrà essere particolarmente attento alla qualità e all'efficacia.

Al paragrafo 5 vengono richiamati i principi guida per la qualità da seguire in tutte le tappe del percorso formativo (dall'individuazione dei destinatari, a quella del fabbisogno formativo, alla progettazione, alla formulazione della domanda, alla qualità dei soggetti erogatori e dei contenuti – taglio dei medesimi e metodologie impiegate alla valutazione della formazione. Su quest'ultimo aspetto si specifica che l'attività formativa deve risultare utile e, quindi, pertinente per le tre categorie di utenti, diretti, indiretti e finali: i partecipanti ai corsi, le amministrazioni e i cittadini.

L'interesse per la qualità viene testimoniato anche da tutta una serie di importanti iniziative concrete atte a sostenere l'impalcatura della direttiva. Tra queste si possono citare: la preparazione di una Guida operativa sulla formazione per supportare le amministrazioni, che verrà presto emanata dal DFP; la creazione di una Struttura di Coordinamento e l'apertura di tavoli tecnici su aspetti specifici (analisi dei bisogni, crediti formativi, bilancio delle

competenze); la programmazione della seconda Conferenza Nazionale sulla Formazione e la Gestione delle Risorse Umane (la prima fu realizzata dal 25 al 27 febbraio 1998); alcuni importanti progetti attivati direttamente dal DFP (quali quello sulla *governance*, sull'*e-government*, destinati a svilupparsi nel 2002-2003) o anche "Cantieri". Il progetto "Cantieri" è stato presentato il 20 febbraio 2002 ed è relativo ad una importante iniziativa per dare concretezza al cambiamento, punto di elaborazione strategica, rete di collegamento e raccolta di esperienze. La filosofia di base di Cantieri è l'*empowerment* istituzionale. Si mira a costruire una rete di relazioni vista come una risorsa per il cambiamento, capace di aumentare il capitale sociale collettivo.

Altro atto significativo è il Protocollo di Intesa sulla Qualità dei Servizi Formativi firmato dalle varie Scuole Nazionali di Formazione della Pubblica Amministrazione e dal DFP il 24 aprile 2002 a Roma. Le Scuole si impegnano a costituire un Comitato per la verifica e lo sviluppo della qualità che realizzerà un servizio di *audit* presso le Scuole stesse. Obiettivo dell'intesa è promuovere sinergie operative – tra le 8 maggiori Scuole operanti nel campo (SSPA, Formez, Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, Istituto Diplomatico "Mario Toscano", Scuola Superiore dell'Economia e delle Finanze, Scuola Civile della Difesa, Istituto "Guglielmo Tagliacarne", Scuola Superiore PA Locale) – che rendano possibile lo svolgimento di azioni trasversali quali la realizzazione di moduli concordati interdisciplinari, fino ad oggi difficilmente realizzabili, rafforzando l'efficacia, l'efficienza e l'economicità di gestione dell'offerta formativa delle Scuole.

Quest'ultime, hanno iniziato a dialogare andando oltre le competenze professionali e confrontandosi principalmente sulla qualità dei servizi offerti e sul processo formativo.

Tale intesa riguarda la formazione in presenza ma anche a tutti quei programmi di formazione a distanza (*e-learning*) e di formazione innovativa nelle metodologie e nei contenuti (*outdoor training*, *action learning*, ecc.).

Sintetizzando si può affermare dunque che il percorso dell'affermazione della formazione nella PA è rapido e che il sistema appare in piena evoluzione. Le indicazioni della direttiva, e le iniziative di supporto che dovrebbero favorire la sua attuazione, sembrano improntate a due concetti base, il coordinamento e l'integrazione, tra:

- DFP e altre amministrazioni
(centro e raccordo rispetto all'impostazione delle strategie formative);
- Regioni
che hanno programmato azioni formative volte a promuovere le integrazione dei servizi sul territorio, attraverso lo sviluppo di collaborazioni tra Amministrazioni e la realizzazione di servizi in forma associata;
- formazione pubblica e privata
(vedi il Protocollo d'intesa con la Confindustria firmato alla fine del 2001 tra questa e il DFP);
- scuole pubbliche
(vedi Protocollo d'intesa tra le diverse scuole pubbliche).

Tali linee strategiche (coordinamento e integrazione) sono perseguite anche nella formazione sanitaria permanente pur se con diverse declinazioni.

Comportamento degli attori sullo scenario della formazione permanente sanitaria

Gli attori principali della formazione permanente in sanità rimangono il Ministero della Salute, le Regioni e le Aziende Sanitarie. Nell'attuale fase di federalismo sanitario avanzato, i tre protagonisti si attestano su nuovi equilibri; si possono infatti notare nelle dinamiche di rapporti tra Stato e Regioni, tra Regioni e aziende sanitarie e tra aziende stesse, cambiamenti profondi che indicano una configurazione diversa degli spazi e un assestamento, come dopo una forte scossa di terremoto, dei reciproci territori. Certamente seguiranno altre scosse ma ormai la configurazione della mappa sembra essere abbastanza chiara.

Ministero della Salute

Lo scenario è caratterizzato da un Ministero della Salute ("resuscitato" grazie alla Legge n. 317/2001), sottoposto ad una nuova ristrutturazione (la riorganizzazione in tre Dipartimenti della Qualità, dell'Innovazione e della Prevenzione e comunicazione), che gestisce direttamente sempre meno ma potenzia sempre più il suo ruolo di indirizzo, coordinamento, valutazione nei confronti delle Regioni. Il coordinamento può essere più o meno accentuato, a seconda delle necessità che emergono dalle singole tematiche (es. i trapianti di organi, la gestione del plasma, ecc.) ma rimane il fatto che ogni aspetto deve essere comunque negoziato e approvato dalle Regioni.

Il Ministero – pur essendo un'Amministrazione trasversale, che non è cioè affidataria diretta dei Programmi (gestiti attraverso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e in alcuni casi dal Dipartimento della Funzione Pubblica, che a sua volta si rapporta al Ministero dell'Economia) – gioca un ruolo importante nei finanziamenti europei, realizzando alcuni progetti nell'ambito del Programma Operativo Nazionale Assistenza Tecnica e Azioni di Sistema (PON-ATAS) 2000-2006. Si possono citare ad esempio: quello relativo ad "Attività di informazione, comunicazione e pubblicità per la promozione e tutela della salute pubblica nell'ambito dei POR 2000-2006" Misura I.4 (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale, FSR); quello di "Attività di Assistenza tecnica e coordinamento a favore delle Amministrazioni regionali dell'obiettivo 1 per l'integrazione tra politiche strutturali e tutela della salute pubblica" Misura I.2 (FESR); quello di "Trasferimento delle metodologie e degli strumenti appropriati a supporto della qualità del sistema di governo delle politiche sanitarie sul territorio nelle fasi di programmazione, coordinamento, gestione, sorveglianza e controllo dei programmi dei fondi strutturali" Misura II.2 (Fondo Sociale Europeo). In questa veste il Ministero integra – anche con l'Istituto Superiore di Sanità – i progetti europei e coordina e sostiene l'attuazione dei Programmi Operativi Regionali (POR) che insistono sulle stesse problematiche.

Oltre al capitolo europeo, il Ministero dispone ancora dei fondi stanziati dall'art. 20 della Legge 11 marzo 1988 n. 67 (Finanziaria e successive modifiche e integrazioni) che autorizza un programma straordinario di investimenti per riqualificare l'offerta strutturale e tecnologica del Paese, con particolare riferimento alla necessità di riequilibrio in favore delle Regioni meridionali, e dall'art. 71 della Legge 23 dicembre 1998 n. 448 per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei centri urbani, con particolare riferimento alle città del Centro Sud, in un'ottica di miglioramento della qualità della vita, di semplificazione all'accesso dei servizi e di individuazione della domanda inespressa. In stretta sintesi, anche citando solo alcuni parziali e limitati esempi della più vasta e articolata attività del Dicastero, si può constatare che, a tutt'oggi, esso svolge un'azione importante, e sta inoltre dimostrando flessibilità, dinamismo e capacità di adattamento a ricoprire rapidamente i nuovi spazi che gli competono.

Anche nell'ambito della Formazione Permanente (indicata dal Progetto Obiettivo n. 4 "Potenziare i fattori di sviluppo (o capitali) della sanità" e n. 5 "Realizzare una formazione di alto livello in medicina e in sanità" del Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 non ancora approvato) il Ministero ha giocato un ruolo forte con l'operazione ECM (Educazione Continua in Medicina).

Dal 1° gennaio 2002 il programma ECM, dopo una prima fase di sperimentazione, è passato a regime. Da tale data si può far richiesta per ottenere l'accreditamento degli eventi che saranno operativi dal 1° aprile 2002.

Alla seconda edizione del Forum "Sanità Futura" (Cernobbio, 15-18 aprile 2002) dove sono stati forniti dati ufficiali dal Ministero della Salute, è emerso che su 8.736 eventi residenziali registrati solo 3.561 (il 40,6%) hanno concluso l'iter di accreditamento, sono stati cioè assegnati ai *referee* (esperti tecnici del ramo e non di apprendimento) e hanno ottenuto i crediti. Restano ancora da evadere 5.172 eventi (59,2%). Per quanto riguarda i *provider* si può dire che 1.574 sono Enti Pubblici, 1.328 privati, 963 Società Scientifiche, 183 collegi e ordini professionali. Dalla lettura dei dati emerge come a livello nazionale (naturalmente con differenze regionali anche importanti) ci sia un'offerta formativa adeguata per i medici (in particolare quelli di medicina generale), più svantaggiata per gli infermieri e ancora più carente per altre professioni sanitarie. Il disegno dell'ECM, di registrare tutti gli eventi formativi, per rilevare l'offerta effettiva, capirne qualità, potenzialità e provenienza dei *provider*, pur essendo decisamente ambizioso (e anche l'unico esperimento fin'ora tentato in Europa e in USA), ha avuto il merito di rendere accessibili le informazioni, procurando una base vasta di conoscenza sul campo utile ad impostare e far crescere il sistema della formazione permanente in sanità. Terminata la sperimentazione, la Commissione ECM dovrebbe funzionare da organo tecnico di esperti, che hanno accumulato *know-how* attraverso quest'esperienza e sono in grado di fornire indicazioni su programmi, metodologie, linee di sviluppo. L'iter dei tre *referee* scelti per ogni evento che, su base volontaria e senza retribuzione, vagliano i programmi, non sembra essere una procedura spedita, né rispondere a criteri di omogeneità di giudizio, in quanto i valutatori non seguono lo stesso approccio né hanno una formazione comune in proposito. Visti i numeri elevati da trattare, l'attesa diventa inevitabilmente troppo lunga e rischia di scoraggiare e far uscire dal mercato iniziative interessanti. Infatti non è solo un problema di tempi ma si riscontra una qualche difficoltà a registrare eventi che non siano "canonici" ma risultino piuttosto articolati a cavallo tra l'assistenza tecnica, lo sviluppo organizzativo e la consulenza sul campo. L'esperienza quindi deve considerarsi conclusa per alcuni aspetti e si apre una fase nuova di delega alle Regioni e di analisi di grandi progetti o tematiche metodologiche comuni come la Formazione e distanza e l'*e-learning*.

A fare chiarezza sull'ECM hanno contribuito due atti fondamentali.

Il primo è l'accordo siglato nella seduta del 20 dicembre 2001 tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province di Trento e Bolzano sugli obiettivi dell'ECM. Tale accordo chiarisce alcuni punti nodali nella dialettica tra Stato e Regioni. Si specifica che l'attività di formazione continua è disciplinata dalle Regioni sulla base di principi fondamentali fissati con legge dello Stato (al paragrafo 1), la Commissione ECM, integrata da altre figure espressioni delle Regioni, propone criteri e linee che le Regioni devono approvare. Inoltre si afferma che in fase di prima applicazione il ruolo delle Regioni nel processo ECM è così di seguito delineato:

- Alle singole Regioni, per quanto di propria competenza e in coerenza con gli indirizzi nazionali, è affidato il compito di promuovere sul loro territorio il sistema per la formazione continua e sono, pertanto, chiamate ad essere garanti della qualità e della trasparenza del sistema stesso.

- Lo svolgimento di tale duplice ruolo (promozione del sistema e garanzia del sistema) richiede una preliminare scelta di campo al fine di non scivolare in un possibile conflitto di interessi. Detto ruolo, infatti, risulta incompatibile con quello di *provider* (paragrafo 6).

Sempre nell'accordo la Commissione Nazionale per la Formazione Continua definisce gli obiettivi formativi di interesse nazionale, dividendoli in obiettivi generali e specifici (per singole categorie professionali, aree discipline). Sono state fornite quindi quelle indicazioni essenziali all'impostazione di una strategia di investimento sulle risorse umane a lungo raggio.

Il secondo atto è la Circolare del Ministero della Salute del 5 marzo 2002 su "ECM. Formazione Continua". Quest'ultima indica le varie "tappe" del percorso ECM. La prima tappa è riservata agli eventi formativi residenziali, la seconda alle attività formative a distanza (da sviluppare nel secondo semestre del 2002 e tappa obbligata visto l'elevato numero dei professionisti da coinvolgere – oltre 800.000), e finalmente viene indicato, come terza tappa, l'accreditamento dei *provider*, cioè degli erogatori di formazione, prevista nel 2003. Essa specifica anche che i 150 crediti che ogni operatore sanitario è tenuto ad acquisire sono stati distribuiti dal 2002 al 2006 su un quinquennio (rispettivamente 10, 20, 30, 40, 50) da tale data saranno solo tre gli anni in cui gli stessi crediti andranno maturati da parte di tutte le categorie professionali.

Regioni

Dalle indicazioni fornite dall'accordo e dalla circolare citati, emerge che lo sviluppo della formazione permanente in sanità dipenderà essenzialmente dal comportamento degli attori regionali e aziendali. Alle Regioni spetta il compito di promuovere, sul proprio territorio, il sistema della formazione permanente, costituendo la Commissione Regionale per la Formazione Continua (coinvolgendo gli Ordini e i Collegi professionali), organizzando i programmi regionali che concorrono alla realizzazione degli obiettivi fissati in sede nazionale e sviluppano gli obiettivi specifici regionali legati alle indicazioni del Piano Sanitario Regionale. Esse devono inoltre predisporre una relazione annuale alla Commissione Nazionale ECM sulla loro attività.

Viene avvertita dalle Regioni in modo netto la necessità di dotarsi di un organismo in grado di impostare, coordinare e valutare l'attività della formazione sanitaria permanente nel territorio regionale. Ciò premesso, la regia può essere svolta da una varietà di organismi/strutture che possono differire notevolmente secondo le peculiarità e le caratteristiche storiche e sociali del territorio.

In questo senso è determinante rintracciare, per quanto possibile, modelli e tendenze di sviluppo adottati dalle Regioni e dalle aziende. Proviamo ad esplorare, procedendo necessariamente per approssimazione, questo universo composito. Attualmente si possono riscontrare modelli forti che stanno emergendo, quale è il caso della Lombardia. Questa Regione dispone di una Scuola regionale l'IReF (Istituto Regionale lombardo per la Formazione del personale della PA, che è un ente dipendente dalla Regione); la Scuola di Direzione in Sanità (SDS) è una sede distaccata dell'IReF e agisce in stretto contatto con la Direzione Generale in modo da rispecchiare fedelmente gli indirizzi regionali. La SDS ha svolto un'opera di raccordo tra tutte le realtà pubbliche e private che operano nel campo della formazione al management sanitario. Nei fatti, la SDS ha messo a punto dei programmi base dei corsi rivolti a figure chiave dei Servizi Sanitari Regionali (quali i Direttori Generali, i Direttori Sanitari, i Dirigenti di struttura complessa dell'Area Ospedaliera, dell'Area dei Servizi, dell'Area Territoriale, ecc.) e ha indicato le modalità di svolgimento e la metodologia formativa e di valutazione. I *provider*, di cui la realtà lombarda è ricca, disponendo di vari erogatori anche di prestigio nell'area pubblica e privata, si sono adeguati facilmente alle richieste. In pratica invece della competizione sfrenata, che non avrebbe favorito una maturazione generale del sistema, è stata

realizzata una competizione “amministrata” (*managed competition*) che ha spostato il confronto sul piano della qualità delle iniziative svolte ma in una prospettiva di condivisione. Tale approccio può risultare funzionale ad altre Regioni del Paese perché cerca di coniugare la pluralità dell’offerta pubblica e privata con il coordinamento operativo, scientifico e metodologico della Scuola. Per altro esso risponde ai requisiti indicati nella Circolare del 5 marzo 2002 dal Ministero della Salute, laddove si afferma che non ci può essere commistione nel ruolo della Regione tra ente accreditante e *provider*. La Regione Lombardia intende esportare il suo modello proponendolo, e offrendo anche consulenze e il supporto necessario per l’operatività, in altre Regioni.

Modello altrettanto forte, basato sulla notevole esperienza pregressa, è quello che si riscontra in Regioni come l’Emilia Romagna dove è storica l’attenzione al territorio e ai servizi locali. Qui l’Agenzia Sanitaria Regionale (ASR), in collegamento con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, ha elaborato, in collaborazione con le aziende Sanitarie, un piano pluriennale integrato di formazione per le figure dirigenziali. Obiettivo prioritario è sviluppare un sistema regionale di formazione continua che si attivi su tre direttive principali: la formazione manageriale dell’alta dirigenza, la formazione per la dirigenza medica, amministrativa, tecnica e infermieristica; la formazione in medicina generale. Il legame con le aziende Sanitarie, e con le Università presenti nella regione, è molto forte fin dal momento della programmazione dell’offerta formativa che si snoda su due linee: l’intersectorialità e interdisciplinarietà e l’orientamento operativo. In effetti in questa Regione l’autonomia anche culturale e progettuale delle aziende è molto sviluppata e la maturità del territorio rende possibili situazioni di sinergia avanzata e programmi sperimentali e innovativi.

Anche in altre Regioni, come le Marche, la formazione sanitaria è affidata all’ARS. La *mission* dell’ARS è quella di elaborare programmi per l’aggiornamento del personale delle aziende Sanitarie e verificarne il risultato. Disponendo di un notevole *know-how* soprattutto sulla qualità applicata alla sanità, l’Agenzia ha avuto le capacità di elaborare programmi formativi anche originali (per esempio quello dei responsabili di distretto) che in qualche modo tendevano ad anticipare bisogni e supportare le scelte regionali. Inoltre l’Agenzia fornisce il coordinamento necessario alle aziende che gestiscono autonomamente iniziative formative sempre di rilievo regionale.

Uno dei più recenti esempi di tentativo di sperimentazione di nuove formule è quello del Lazio. Proprio a Cernobbio è stato infatti presentato un modello, ancora non operativo, di Polo Formativo Regionale Integrato per la Formazione. L’Agenzia Sviluppo Lazio è stata incaricata dallo stesso Assessore alla Sanità di creare un Consorzio per azioni di cui fanno parte, come soci alla pari, le 12 aziende sanitarie della Regione, le tre aziende ospedaliere e l’Agenzia stessa. L’idea è di mettere insieme le esigenze di formazione comuni a tutte le aziende per organizzare iniziative trasversali tese ad abbattere i costi, ottimizzando quanto ogni azienda è in grado di offrire, e creando economie di scala e valore aggiunto attraverso la condivisione di saperi.

L’unico caso documentato nel *V Rapporto sulla Formazione nella Pubblica Amministrazione* è quello della Regione Piemonte. La Direzione e controllo delle attività sanitarie dell’Assessorato regionale alla Sanità, ha organizzato un Osservatorio sulla formazione sanitaria che raccoglie i dati relativi alle iniziative formative (obbligatorie e facoltative) organizzate dalla Regione stessa e dalle 29 aziende sanitarie. Tali dati (raccolti in modo omogeneo e secondo precisi indicatori) sono relativi al personale, alle risorse investite, al numero dei corsi realizzati ai partecipanti, ai *provider*, e ad altre utili informazioni che permettono di disporre di un quadro non solo quantitativo delle attività. L’obiettivo è quello di poter agire da stimolo alle aziende, socializzando le esperienze migliori e segnalando eventuali criticità. Attraverso un confronto oculato si può anche cercare di elevare il livello comune della qualità delle iniziative intraprese.

La Regione Umbria è un altro esempio di mix tra Scuola Regionale di Amministrazione Pubblica Villa Umbra – che è stata creata recentemente e la cui finalità è la valorizzazione delle risorse umane in tutte le articolazioni della PA – che gestisce anche i corsi per Direttori Generali delle aziende Sanitarie e dei dirigenti, da un lato e le attività formative delle aziende dall’altro.

Altri casi potrebbero essere citati (quello della Sicilia e della Campania, per esempio, e di altre Regioni che non hanno ancora definito una strategia complessiva) ma non risultano per ora significativi di nuove esperienze emergenti.

Le indicazioni raccolte, pur nella loro parzialità e incompletezza, suggeriscono un’ampia disomogeneità di modelli di coordinamento, monitoraggio e valutazione della formazione permanente in Sanità e di altrettanta varietà nelle procedure di attribuzione dei crediti. Non solo dal punto di vista delle strutture cui viene affidata la gestione e il coordinamento della formazione continua, che hanno in ogni modo una stretta connessione con gli apparati regionali competenti, ma anche della loro etica programmatoria e organizzativa.

Il filo conduttore sembra essere però sempre quello del coordinamento e dell’integrazione tra Regioni e tra Regione e aziende sanitarie.

Aziende sanitarie

Due aspetti della circolare del Ministero della Salute del 5 marzo 2002 riguardano da vicino le aziende Sanitarie: la contribuzione e i Centri formativi ECM .

Nella circolare viene infatti ribadito che, in base a quanto stabilito nella finanziaria 2001 (Legge n. 388 del 23 dicembre 2000 all’art. 92 comma 5) ogni *provider* (pubblico o privato) debba versare un contributo, per l’accreditamento di ciascun evento, che può variare da un minimo di euro 258,23 a un massimo di euro 774,69 a seconda del numero di crediti attribuito.

Pur essendo chiare le ragioni di tale scelta (l’operazione ECM ha un costo) questa non è ovviamente stata vista con favore dalle aziende, specialmente da quelle più attive dal punto di vista dello sviluppo delle risorse umane, in quanto rappresenta un impegno finanziario non trascurabile e non previsto e, in qualche modo, tende a penalizzare chi fa di più. Questa “tassa” però può essere meno pesante con la attivazione di un “progetto formativo aziendale”, concetto che trova un qualificato inserimento nella linea della promozione dei Centri Formativi ECM.

La Commissione ECM ritiene che per la realizzazione del programma ECM, sia essenziale il ruolo delle aziende sanitarie (pubbliche e private) e la contestuale creazione di una rete territoriale di centri di formazione. I vantaggi della territorializzazione della formazione continua sono chiari in quanto rappresentano un fattore positivo economicamente (meno spese, niente trasferimenti, niente acquisto di “pacchetti” dal mercato, ecc.) ma anche un maggiore investimento sulla qualità della formazione come più rispondente ai bisogni individuati e più legata all’operatività del contesto specifico. Essa presuppone infatti un’accumulazione interna (sviluppo di competenze endogene di docenza e di tutoraggio), un maggiore ritorno per l’organizzazione stessa, un monitoraggio più preciso e una valutazione della qualità dell’iniziativa più profonda. Tra l’altro viene suggerito nella Circolare il consorzio di più aziende per la produzione di eventi formativi comuni.

Anche il Progetto formativo aziendale, costituito da più eventi, anche di diversa tipologia, caratterizzati da uno specifico e unitario obiettivo e dai medesimi destinatari, stimola la capacità dell’azienda a programmare la formazione, ad aggregare le iniziative per grandi linee e a collegarle in un insieme organico che sia funzionale agli obiettivi da raggiungere.

Nell’ultimo periodo si è assistito ad un intensificarsi delle attività formative da parte delle aziende sanitarie, e certamente questo è anche a seguito agli stimoli dell’ECM, che ha avuto effetti fortemente positivi diretti e indiretti. Tra i diretti: aver introdotto un sistema di valutazione omogeneo; l’aver richiamato alle proprie responsabilità gli ordini professionali, le

società scientifiche e le Università; l'aver agito da detonatore per l'avvio del sistema formativo sia per le Regioni che per le aziende sanitarie. Tra gli effetti indiretti l'ECM ha:

- richiamato l'attenzione sulla struttura e i referenti della formazione;
- reso necessario approfondire il processo formativo partendo dall'analisi dei bisogni;
- legato la formazione all'attuazione di processi innovativi.

Se l'azienda sanitaria deve comunque garantire a tutto il personale la possibilità di accumulare i crediti obbligatori è anche suo interesse, per evitare dispersioni e fughe, cercare di controllare quanto più possibile il processo fin dall'inizio. Si sviluppa sempre più quindi una presa di coscienza non solo dell'importanza dell'investimento sulle risorse umane come il primo capitale dell'azienda ma anche della necessità di poter disporre di apposite competenze, meglio se interne, in questo settore, per poter valorizzare al massimo le potenzialità presenti nell'azienda stessa. Attualmente il dibattito si sviluppa sulla funzione della formazione: dove è collocata, come è strutturata, di quali risorse è dotata e quali gli obiettivi. Lo screening delle realtà esistenti dimostra che, nella maggior parte dei casi, essa è in staff al Direttore Generale, e può essere o un'unità organizzativa all'interno di un ufficio che svolge compiti più estesi, o un ufficio vero e proprio dedicato solo alla formazione; in entrambi i casi, le risorse variano notevolmente a seconda delle caratteristiche dell'azienda e del suo territorio. Altro aspetto notevole è che i referenti della formazione, fin'ora non particolarmente considerati all'interno dell'organizzazione, si trovano a svolgere un ruolo chiave sul quale bisogna maggiormente investire e che deve, necessariamente, acquisire maggiore visibilità. Ciò che appare importante sottolineare è la tendenza ad elaborare una strategia e un piano pluriennale, e annuale, di sviluppo a livello aziendale. Nello stesso tempo si tendono a rafforzare capacità interne di gestione e sviluppo mettendo in piedi una rete di formatori (o referenti per la formazione) che agiscano da sensori e da promotori in tutta l'azienda sanitaria. La tendenza prevalente, che emerge dall'analisi di alcune esperienze, è quella di costruire un vero e proprio sistema formativo, che disponga di una rete di rilevatori di bisogni e di interlocutori competenti, spalmati in tutta l'organizzazione. La rete deve essere strutturata in modo da diffondere capacità trasversali di progettazione e valutazione nel resto dell'azienda. Si tende quindi a responsabilizzare tutti i livelli e a disporre di sensori che rilevino i bisogni presso ogni servizio e dipartimento diffondendo una cultura capillare della formazione.

Più l'idea di una formazione organica e continua si diffonde, più l'attenzione si sposta agli aspetti metodologici e qualitativi che assumono rilevanza fondamentale proprio ai fini di un'impostazione corretta del processo. Certamente il punto di partenza è l'analisi dei fabbisogni formativi.

Qui il discorso, con l'avvento dell'ECM comincia a complicarsi. Innanzi tutto analisi dei bisogni formativi di chi? Dell'organizzazione, e delle competenze necessarie alla stessa per adempiere ai suoi piani di sviluppo, oppure dei bisogni formativi degli individui singoli o associati in gruppi professionali?

L'individuazione di un piano formativo passa necessariamente per l'analisi organizzativa, un formatore è certamente un tecnico della formazione ma anche un analista dell'organizzazione che, attraverso vari passaggi (conoscenza approfondita del contesto, conoscenza dei vari punti di vista dell'organizzazione e del professionista) individua un percorso comune possibile e trova una congruenza tra iniziativa formativa e contesto in cui si inserisce e una mediazione di interessi.

In questa prospettiva l'ECM, nata per motivare i professionisti e per dare loro di nuovo un peso notevole nell'organizzazione, risponde come approccio alla logica individuale della crescita professionale del singolo. Se il professionista è tenuto ad accumulare i crediti necessari per continuare a far parte del gruppo di appartenenza è chiaro che cercherà di fare pressioni per condizionare le scelte formative dell'azienda, la quale, nel contempo, rischia, se vuole

accontentare i professionisti, visti i numeri, di essere travolta alla rincorsa dei crediti e di procedere in modo disordinato e slegato dai suoi obiettivi strategici e di non perseguire un'ottimizzazione delle sue risorse ma anzi di disperderle in mille rivoli. Dato che la formazione, come si diceva, inoltre è prevista nei contratti, si rischia che i vari gruppi professionali, coalizzati o divisi tra loro, si mettano a discutere con l'azienda sulla base di interessi di categoria complicando ancora di più la situazione. Il bivio per l'azienda è: o basarsi sull'ECM o ignorarla e considerarla un problema solo dei professionisti. Naturalmente sia l'una che l'altra strada si presentano difficili da percorrere.

Uno spazio possibile di incontro sembra proprio essere il progetto aziendale, c'è infatti uno scarto notevole tra la concezione dell'evento formativo come apprendimento professionale dei singoli e il progetto aziendale come strategia collettiva di apprendimento comune. Il progetto aziendale rappresenta il disegno strategico dell'organizzazione, coinvolge trasversalmente tutti i professionisti ed è materia di investimento per entrambi. Si può quindi affermare che possibilmente l'analisi dei bisogni deve concentrarsi sulle strategie aziendali, tenendo presenti i professionisti che operano all'interno. Se ci sono risorse residue da investire, l'azienda può anche considerare, in secondo luogo, di attribuirle ai professionisti ma solo su base residuale. Certo molto verrà giocato sui rapporti di forza locali e la situazione può mutare tra azienda e azienda.

Se per avere un'idea delle esperienze realizzate dalle aziende si opera una rapida analisi dei progetti presentati al *Premio Qualità in Sanità 2002* (3^a edizione), che mira a far emergere e dare visibilità alle *best practice* tese a promuovere i nuovi modelli gestionali e ad elevare il livello della qualità delle prestazioni rese al cittadino, si possono verificare alcuni fattori importanti. Il primo è quello che la qualità – come approccio generale comporta in sé una visione integrata dei processi organizzativi interni ed esterni – è ormai un tema che sta entrando profondamente nella cultura delle persone ed è ormai presente a tutti i livelli. Il secondo è quello che emerge di nuovo un'evidente distacco tra le Regioni del Nord e del Centro e quelle del Sud. Se analizziamo la provenienza geografica dei progetti presentati, a cura di aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere, su 221 progetti in gara vediamo che 136 vengono dal Nord, 53 dal Centro e 32 dal Sud dove il fattore qualità sembra ancora non essere una priorità.

Le Esperienze presentate sul tema della qualità approfondiscono tutte le aree di intervento: dall'applicazione dei sistemi di *Total Quality Management* (TQM), alle metodologie di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), alla Verifica e Revisione della Qualità (VRQ), agli strumenti di Analisi Partecipata della Qualità (APQ), ai sistemi di rilevazione della customer satisfaction fino ai processi di certificazione Uni Eni ISO.

Il progetto vincitore assoluto del 1° premio "La certificazione ISO evoluta: per ridare credibilità e coinvolgere i professionisti nella gestione aziendale", realizzato dal Policlinico di Modena, mette in evidenza un aspetto importante. La certificazione ISO dovrebbe essere un punto di arrivo. Questa esperienza documenta come, in realtà, rappresenta un punto di partenza nel lungo e continuo iter per la qualità. L'importante è proprio arrivare a ragionare in termini di qualità, mettere in moto il processo, implementare il sistema. L'obiettivo dell'ottenimento del riconoscimento ISO è funzionale all'analisi e revisione dei processi organizzativi. Il primo passo è la condivisione di un linguaggio comune, gli stessi termini della qualità vengono declinati con diverse accezioni, e poi è necessario individuare le unità di misura e applicarle in modo omogeneo. È stato anche sperimentato l'*audit* clinico strutturato. Attraverso questo percorso è stato possibile identificare azioni di miglioramento subito avviate. Prendendo spunto dall'esperienza accennata si può affermare che, effettivamente, non è l'adempimento a determinati requisiti che "di per sé" garantisce la qualità ma la certificazione rappresenta invece una garanzia di aver imboccato la via migliore sulla quale è possibile costruire in qualità.

Un altro fattore interessante che scaturisce dalla lettura dei progetti selezionati è la dimensione dell'integrazione: tra ospedale, territorio, servizi sociali, associazioni di volontariato e tra sfera pubblica e sfera privata.¹

Ancora una volta le linee conduttrici sembrano essere il coordinamento, l'integrazione per raggiungere un miglioramento qualitativo delle prestazioni.

L'altro aspetto trasversale delle esperienze presentate è che quasi tutte quelle che si prefiggono di incidere sul tessuto organizzativo e sui processi interni (e di conseguenza esterni), prevedono la realizzazione di azioni formative contestuali mirate, strettamente collegate al processo di innovazione in atto.

Conclusioni

In pochi anni la formazione ha assunto un peso diverso in tutta la PA: da ambito residuale a fattore centrale di successo per l'organizzazione. Alcuni grandi temi vengono proposti all'attenzione, come il ruolo, le competenze e la valutazione dei dirigenti e dei professionisti (portatori di un sapere tecnico specifico che è patrimonio essenziale per l'organizzazione), le dinamiche del cambiamento organizzativo e dell'implementazione dell'innovazione. L'obiettivo generale è migliorare i servizi per l'utente e confrontarsi con i sistemi di servizi degli altri Paesi Europei. In questa prospettiva l'unica via possibile è programmare la formazione legandola a percorsi di innovazione organizzativa, far crescere le strutture interne dedicate e alimentare il dibattito sulle metodologie e il confronto tra "addetti ai lavori".² In poche parole adoperarsi per far maturare il sistema attraverso una sapiente regia ma anche un coordinamento e un'integrazione tra tutti gli attori senza i quali non sarebbe possibile raggiungere gli obiettivi.

¹ Tale tema dell'integrazione pubblico-privato rappresenta da tempo un terreno avanzato di sperimentazione e di verifica come dimostra anche l'esperienza sviluppata in Emilia Romagna dove una ricerca ha preso in esame oltre 400 sperimentazioni, esempi di collaborazione tra pubblico e privato nella gestione dei servizi sanitari. Anche l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) ha analizzato oltre 135 sperimentazioni a livello nazionale realizzate nelle Regioni con l'obiettivo di verificare se, a quali condizioni, e per quali servizi le diverse forme di collaborazione pubblico/privato (quali società a capitale misto, *project financing*, ecc.) siano effettivamente in grado di reperire nuove risorse finanziarie, migliorare la qualità dell'assistenza, l'efficienza gestionale e l'innovazione organizzativa.

² L'Istituto Superiore di Sanità e il Formez hanno infatti creato una "Rete per formatori delle aziende sanitarie" (REFAS), accessibile dai due siti, che offre appunto la possibilità di un continuo scambio di saperi, materiale e suggerimenti e contribuisce a sostenere i responsabili dei processi formativi.

FORMAZIONE PERMANENTE IN AZIENDA SANITARIA LOCALE E OSPEDALIERA: SUCCESSI E OSTACOLI

Giovanni De Virgilio

Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il processo di aziendalizzazione del SSN e i successivi interventi di riforma del settore sanitario che hanno caratterizzato gli anni novanta hanno fatto sì che le nuove esperienze organizzative avvenissero in un quadro generale in continua evoluzione o, per lo meno, cambiamento. È utile, a questo punto, riassumere quali sono stati gli aspetti di positivi e gli ostacoli e criticità affrontati dal processo di integrazione e sviluppo dei processi e delle strutture di formazione continua nell'organizzazione aziendale sanitaria.

Aspetti positivi

Gli aspetti positivi hanno riguardato:

- *“Stato” della formazione*

Lo “stato” della formazione ha acquisito una nuova dignità sia per il mandato organizzativo di formazione continua e sviluppo, sia per una nuova funzione strategica alla realizzazione degli obiettivi aziendali.

- *Ruolo della formazione all'interno delle organizzazioni*

Tale ruolo è stato potenziato con investimento di persone dedicate e risorse tecnologiche ed economiche, distinguendo due tipi di formazione: quella interna (in cui tutte le attività formative sono gestite direttamente dalla struttura organizzativa aziendale) e quella esterna (in cui le attività sono realizzate da altri istituti o società esterne all'azienda). In merito a tale equilibrio conviene che la gestione di tutte le fasi delle attività formative, interne ed esterne, vengano governate dall'azienda e in particolare: l'analisi dei fabbisogni, la programmazione, l'attuazione e la verifica. La fase di attuazione può essere invece demandata, quando ritenuto opportuno e necessario, a strutture esterne. La formazione esterna alla azienda può essere finalizzata principalmente all'aggiornamento di conoscenze e/o tematiche generali che, comunque, richiedono un ulteriore adattamento al contesto di provenienza del professionista. Ne consegue che i destinatari di iniziative di formazione esterna dovrebbero essere professionisti con buone abilità elaborative e con mandati ad alta discrezionalità decisoria.

- *Identificazione di referenti per la formazione*

Con questo termine solitamente si è cercato di prefigurare differenti attività che richiamano un diverso modo di configurare i meccanismi partecipativi utili alla gestione della formazione.

A seconda di tali configurazioni il referente è stato inteso come:

- strumento di promozione della formazione (partecipa attivamente all'analisi dei bisogni, alla gestione, alla valutazione);
- formatore dedicato ad una specifica realtà organizzativa (formatore esperto, tecnico, leader);
- gestore, decisore periferico delle attività di formazione (negozia e detiene un budget dedicato).

La specifica realtà aziendale consente, in genere, di assegnare ai referenti le funzioni proprie più coerenti con il modello generale di organizzazione. Rimane peraltro necessario esplicitare chiaramente quale sia, in concreto, il profilo di ruolo dei referenti, e porsi il problema dei meccanismi di partecipazione.

– *Significativo spostamento all'interno dell'acquisto di docenza*

Si tratta di uno spostamento dall'esterno dell'azienda all'interno, con l'utilizzo delle proprie risorse e la conseguente valorizzazione dei ruoli e della continuità del processo di apprendimento e di consulenza. La formazione è, infatti, una delle tante competenze che gli operatori sanitari debbono saper esercitare, sia nei confronti dei colleghi, formazione *on the job*, che dei pazienti (educazione alla salute). La valorizzazione di questa competenza è inoltre necessaria a stimolare le capacità di autovalutazione, orientando quindi ciascuno nei percorsi di autoapprendimento. La sensibilizzazione verso questi aspetti è un altro degli atteggiamenti positivi innescati dallo sviluppo della funzione di formazione permanente.

– *Orientamento da parte delle Direzioni Generali*

Si tratta dell'orientamento da parte delle Direzioni Generali ad allocare risorse dedicate alla formazione continua, in forte integrazione con tutti i servizi di staff preposti alla pianificazione-programmazione-valutazione delle strategie aziendali e alla qualità.

– *Consapevolezza di nuove dimensioni formative*

Si è diffusa una consapevolezza di nuove dimensioni formative che affiancano agli aspetti squisitamente tecnico-specialistici le dimensioni relazionali, gestionali e manageriali, attivate attraverso metodologie induttive, orientate alla valorizzazione del ruolo dell'esperienza e al contesto specifico del lavoro e alle nuove istanze del cittadino-utente.

– *Formazione come ascolto*

Si è incominciato a intendere la formazione anche come momento privilegiato di ascolto delle dinamiche dell'organizzazione dei climi e dei saperi. Ascolto che può diventare strumento per una trasformazione dei saperi individuali in conoscenze collettive e sempre più strumento di integrazione multiprofessionale.

– *Varietà di metodi formativi*

È ormai consapevolezza diffusa che la formazione si debba avvalere di diverse tipologie metodologiche formative per l'adulto: da quelle di aula a quelle di ricerca sul campo, di *audit* e di consulenza.

– *Formazione per gruppi di lavoro*

Si è osservato un forte orientamento, come fabbisogno, alla formazione interdisciplinare per team. Tale approccio viene spesso ostacolato da un'organizzazione del lavoro e delle responsabilità che è, invece, concepita per categorie professionali e per ruoli.

– *Logica di sistema di formazione*

Si è progressivamente consolidata la tendenza a passare da una logica di “servizio formazione” ad una logica di “sistema della formazione”. Tale tendenza porta naturalmente a ragionare in una prospettiva di cultura della formazione diffusa in tutta l’organizzazione e condivisa dalle diverse strutture. La proposta organizzativa che ne consegue punta sul governo del sistema attraverso l’organizzazione di una rete di referenti che agiscano da sensori sui bisogni formativi degli operatori e da catalizzatori del lavoro interdisciplinare.

Ostacoli e criticità

Si evidenzia il ruolo di supplenza che la formazione, in alcuni casi, assume rispetto alla carenza della comunicazione interna e/o di altre funzioni prevalentemente gestionali (*leadership*-funzioni integranti).

La formazione non è ancora una risorsa organizzativa. Il suo utilizzo come tecnologia per il governo delle risorse umane e per il miglioramento dei processi di lavoro stenta a decollare. Probabilmente le cristallizzazioni dei modelli storicizzati di *problem solving* sono forti rispetto al nuovo. In prospettiva crediamo comunque che tanto più si consoliderà la difficoltà per le aziende di scaricare sull’ambiente gli effetti della loro gestione (ripianamento dei budget), tanto più sarà necessario utilizzare la formazione come uno degli strumenti possibili di supporto alla gestione.

Il sovraccarico delle attività formative anche finalizzate a produrre crediti che non sempre possono rispondere alle esigenze dell’organizzazione e del professionista. Si conforma infatti la possibilità che i singoli professionisti scelgano percorsi formativi individuali privilegiando più il numero di crediti attribuiti dall’ECM a fronte del reale fabbisogno di miglioramento continuo delle prestazioni da erogare.

In questi anni si è riscontrata una sovrabbondanza di proposte formative alla quale ha fatto spesso riscontro un carente interesse nella partecipazione. Per lo più si è assistito ad un fenomeno, in taluni casi, di partecipazione “subita”.

Spesso le proposte non rispondevano alle esigenze di colmare attuali *gap* o situazioni attese sulle quali intervenire per modificare il presente e il futuro assetto aziendale, ma nascevano da esigenze per lo più contingenti, immediate o già datate. La formazione diventava quindi, in certi casi, un modo per affrontare specifiche necessità rilevate in un particolare momento della storia aziendale (aspetto statico) e quindi, in definitiva, i processi formativi non sempre hanno rappresentato un’occasione per affrontare le trasformazioni in atto o anticipare le evoluzioni in corso. Si rileva quindi, al pari delle aziende produttrici di prodotti e servizi collocate nel mercato, il bisogno di ridurre i tempi di applicazione dei processi di analisi e di quelli correlati alla realizzazione della progettazione-attuazione dei percorsi formativi. Questa importante riduzione della tempistica connessa all’iter della formazione dovrà essere effettuata andando ad individuare appropriati modelli d’indagine organizzativo-comportamentali i quali dovrebbero contenere o, al limite, descrivere le ipotetiche criticità del breve periodo. È importante per l’azienda sanitaria essere in grado di tener conto dell’evoluzione dei processi sui quali la formazione andrà a collocarsi. Esiste la necessità di utilizzare strategie di analisi dei fabbisogni che tengano conto della turbolenza ambientale e che quindi si possa contare su modelli che sviluppino delle “proiezioni” ambientali. Queste metodiche d’analisi, che devono pertanto essere orientate più sugli aspetti qualitativi che su quelli quantitativi (es. il metodo Delphi o *Cross Impact Analysis*), che consentono di determinare come si svilupperà la domanda formativa e, quindi, in quale modo l’azienda Sanitaria dovrà predisporre e sviluppare

un'appropriata risposta.¹ Molto spesso la scelta metodologica del processo di analisi è trascurata a vantaggio del fatto che le politiche sviluppate sulla formazione dalle aziende Sanitarie sono il più delle volte orientate in modo arbitrario senza dare importanza alla fase successiva dell'impatto (che contempla la modalità di rilevazione dei bisogni). Sempre nell'area dell'applicazione delle strategie d'azione per l'analisi dei fabbisogni si è evidenziato, in taluni casi, un altro aspetto critico: i bisogni sottosoglia. Se si applicano, infatti, estrapolazioni che fanno riferimento a modelli teorici vengono in qualche modo trascurati quei bisogni non espressi dal gruppo in modo evidente. Tali bisogni però fanno parte di quelle esigenze professionali comuni che, se venissero condivise, costituirebbero un elemento di attrazione verso la quale la progettazione formativa dovrebbe essere anche orientata.

¹ La letteratura in materia (Bertin, 1991) fa riferimento al fatto che l'uso di metodi quantitativi a supporto del processo decisionale si presenta molto difficoltoso in contesti caratterizzati da:

- elevata complessità - numero di attori;
- difficoltà a collegare i tempi dell'analisi e i tempi dell'operatività.

Su questi metodi potrebbe essere svolta una più approfondita disamina di quali siano i vantaggi/svantaggi – sulla base degli specifici strumenti formativi che devono essere adottati e che sono influenzati ovviamente dalla direzione che la formazione deve assumere in funzione delle necessità aziendali. Queste scelte possono (o devono) essere condotte con due modalità: dal basso (*bottom-up*) che consentono di individuare problematiche attuali, ma condivise; dall'alto (*top down*) problematiche del futuro, incerte, ma sicuramente impegnative.

ORGANIZZAZIONE DELLA FORMAZIONE PERMANENTE IN AZIENDA: STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE, DESTINATARI E COSTI

Corrado Ruozzi
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

La formazione rappresenta una risorsa fondamentale per migliorare gli strumenti dei processi: le risorse, i metodi e per un certo verso anche le tecnologie. La scelta dell'azione formativa deriva da una attenta analisi delle possibilità di miglioramento dei servizi che vengono realizzati e ha il suo riscontro in termini di risultato sul miglioramento preventivato e ottenuto. Gli obiettivi aziendali diventano perciò vincolanti per le scelte formative sia che si tratti di sviluppo di nuovi servizi sia che si intenda fare azione di miglioramento e di manutenzione ai servizi già consolidati. Definiamo il processo formativo l'insieme di azioni mirate a sviluppare la persona come attore organizzativo in modo consapevole e progettuale: consapevole nell'accezione che il soggetto deve essere cosciente rispetto a cosa deve apprendere, come deve apprendere e a quale finalità gli sono richiesti i nuovi apprendimenti; progettuale nel senso che l'azione formativa deve partire da obiettivi aziendali riconosciuti e validati dalla Direzione Generale, costruita con metodo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) per garantire trasparenza e un ottimale rapporto fra risorse e risultati, documentata per consentire una sua possibile condensazione a livello di apprendimento organizzativo aziendale.

Fare formazione significa agire sulla cultura organizzativa di ruolo delle persone cioè sulla componente antropologica-psicosociale della cultura professionale delle persone e agire sul sapere professionale, cioè sulla componente tecnico-contenutistica-razionale della cultura professionale delle persone agendo sulla integrazione coerente delle due componenti con il sistema culturale aziendale. Il *focus* è l'individuo, non l'individuo preso isolatamente, ma l'insieme delle risorse umane e dei rapporti che le risorse umane instaurano tra di loro, con il sistema di lavoro e con il contesto di lavoro. Il legame fra la persona e il suo contesto esperienziale sono quindi l'oggetto privilegiato dell'attenzione formativa.

Ambiti di successo della formazione

La formazione dovrebbe poter contribuire in via preliminare a:

- (ri)costruire le culture aziendali e il loro incontro nel sistema sanitario nazionale. Questa è la condizione preliminare per esplicitare le competenze distintive e dare “ordine di senso” alle scelte e ai percorsi di programmazione locale e regionale. L'impegno dell'azione formativa è quello di sollecitare e guidare *check* di analisi organizzativa attraverso azioni di accompagnamento e di ricerca;
- (ri)costruire le competenze professionali come condizione per una pianificazione adeguata dei fabbisogni e degli interventi formativi (per la manutenzione e per lo sviluppo). Il contributo può essere orientato alla definizione delle mappe, alla definizione delle correlazioni fra le competenze, alla programmazione dei fabbisogni di competenze. È a questo livello che si può e si deve sviluppare una azione sinergica tra i percorsi valutativi e i programmi di sviluppo in cui la formazione può garantire strumenti e

approcci concreti, sostenendo le azioni specifiche perché formazione e valutazione sono assolutamente collegate;

- offrire percorsi metodologici e supportare praticamente l'analisi dei processi di lavoro come condizione per trasformare il lavoro in “luogo di apprendimento”;
- ricercare nuovi profili e sponsorizzare nuove competenze potendo offrire condizioni per una più idonea gestione dei professionisti (nella direzione della partnership e del “cliente interno”) che presuppone una capacità di leggere il mercato del lavoro e le sollecitazioni organizzative interne. È una idea di formazione che persegue l'investimento sulle persone e quindi ha obiettivi di lungo periodo. Ma è anche una idea di formazione che aiuta la sperimentazione, la favorisce, la rende valore organizzativo. L'azione formativa in definitiva recupera la responsabilità dei diretti interessati e non si esaurisce nell'acquisto di pacchetti preconfezionati;
- elaborare percorsi formativi innovativi nei contenuti e soprattutto nel metodo per rispondere alle richieste istituzionali e normative (es. per la Dirigenza vi sono norme specifiche, ma anche per la formazione post-base dei profili sanitari infermieristici, tecnici e della riabilitazione e alla e figure amministrative). Ci sono opportunità di lavoro con tutti i protagonisti storici della formazione (l'Università, gli uffici formazione delle aziende, il privato) mentre lo sviluppo delle tecnologie permette teleformazione, autoformazione, pacchetti multimediali che possono opportunamente integrarsi con l'esperienza professionale quotidiana.

Struttura di formazione in azienda

La normativa pone l'enfasi su un disegno di azienda capace di attivare meccanismi di gestione aziendale orientati ad un utilizzo delle risorse efficiente, al presidio e allo sviluppo di servizi di qualità (efficacia, sicurezza e appropriatezza) all'ascolto/comunicazione, alla progettualità sia nella definizione degli scenari, che nella gestione dei risultati che, infine, nella progettazione dello sviluppo. Un disegno di riorganizzazione aziendale, che permette di attivare i meccanismi appena descritti, vede la formazione continua collocata in staff alla Direzione Strategica: tale collocazione favorisce, infatti, la massima efficacia organizzativa. C'è la necessità di costruire tecnostrutture, come sintesi operativa di tutte le risorse capaci di leggere, interpretare e intervenire sull'organizzazione in funzione del governo del cambiamento. Tale risorsa organizzativa trova la sua concretizzazione nello staff pensato come insieme di organismi flessibili che affiancano come collaboratori/consulenti/promotori i vari livelli della dirigenza cui spettano specifiche responsabilità generali di governo, produzione e committenza. Gli staff si propongono come risorsa a due livelli: agenzia di servizi per clienti definiti e con prodotti precisi e fruibili e laboratorio di apprendimento organizzativo, come strumento cioè capace di leggere le esperienze, tradurle in conoscenze organizzative e quindi in nuova cultura. La formazione in questa logica si connota come la tecnologia forte degli staff, in grado di agire il pilotaggio degli apprendimenti verso i risultati attesi dal progetto di salute delle aziende sanitarie e in grado di rendersi visibile e stabilire connessioni con altre funzioni di staff, dipartimenti e unità operative aziendali.

La struttura centrale della formazione può avvalersi di articolazioni territoriali attraverso reti di professionisti, i referenti di formazione, che integrano la loro specificità d'azione con compiti di osservatori dei processi organizzativi, di analisti dell'evoluzione dei bisogni di apprendimento dei professionisti, nonché di supporto strategico alla funzione di formazione centrale. Anche a livello decentrato vanno curate le connessioni con le azioni finalizzate al

miglioramento continuo e all'accreditamento, per contribuire alla costruzione e implementazione di linee guida e procedure. Sono auspicabili collegamenti con Università, altre aziende e Agenzie di Formazione.

Le funzioni del referente di formazione possono comprendere:

- analisi del fabbisogno formativo della struttura ove prestano servizio;
- monitoraggio delle attività di formazione della struttura ove prestano servizio;
- valutazione del processo formativo e delle ricadute nella struttura ove prestano servizio;
- elaborazione e condivisione del progetto di formazione con tutti i componenti della struttura ove prestano servizio;
- interfaccia con la struttura della formazione aziendale.

Il referente è scelto dal responsabile della struttura organizzativa su mandato della direzione aziendale: questa strategia è volta ad assicurare il necessario riconoscimento formale del compito assegnato al dipendente.

I requisiti richiesti a un referente di formazione includono capacità di *leadership*, di ascolto e relazionali, di gestione efficace dei gruppi, una forte motivazione, un'adeguata scolarità (per esempio titolo di istruzione secondaria), una formazione specifica e l'eventuale accreditamento professionale. È ovvio che questi requisiti e capacità vanno sviluppati adeguatamente con percorsi formativi e di carriera che mantengano la motivazione del dipendente e ne qualificano professionalmente e istituzionalmente il ruolo.

La formazione così strutturata svolge, come sopra già evidenziato, la duplice funzione di:

- *Agenzia di Servizi*
con compiti di:
 - progettazione;
 - gestione;
 - valutazione;
 - consulenza.
- *Laboratorio di apprendimento*
capace di creare le condizioni per:
 - rileggere le esperienze;
 - mettere in comune le conoscenze;
 - trasformare le conoscenze in competenze;
 - confrontarsi con l'esterno e tra pari.

La formazione segue le fasi della pianificazione strategica che sono:

- lettura e interpretazione dei bisogni (basata sui riscontri epidemiologici, processi, evoluzione della domanda, norme e altre informazioni e dati rilevanti);
- preparazione dei piani strategici;
- programmazione operativa.

La formazione, dove le condizioni lo permettono, sostiene e rielabora le fasi della pianificazione strategica, accompagna la riflessione e lo sviluppo delle competenze dei professionisti per il raggiungimento degli obiettivi e attua una negoziazione tra le compatibilità dei professionisti e gli indirizzi aziendali.

Nella identificazione dei destinatari è centrale il confronto con i profili di competenze nella accezione tecnica, organizzativa e relazionale per calibrare obiettivi e contenuti ai fini di una congruità e appropriatezza dell'azione formativa. A questo riguardo la valutazione dei professionisti, definita dal Contratto Nazionale del Lavoro 1998-2001, si rappresenta come una grande opportunità per definire percorsi formativi coerenti alle competenze professionali attese dall'azienda, come si evince dalla Figura 1.

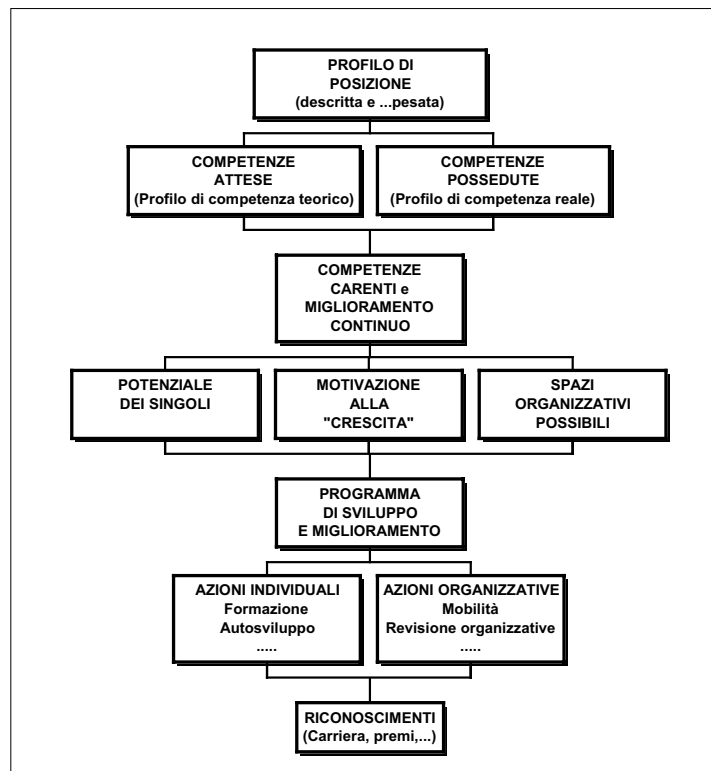


Figura 1. Modello per lo sviluppo delle competenze professionali

Il territorio della formazione in questa logica è rappresentato dal *gap* evidenziato dalla differenza fra il profilo delle competenze ideali (attese dall'azienda) e il profilo delle competenze possedute (esito del processo valutativo). Il vantaggio è evidente: in una prospettiva in cui il raggiungimento del target di crediti ECM (Educazione Continua in Medicina) può produrre un'affannosa ricerca dei "punti" piuttosto che una ricerca delle coerenze fra apprendimenti e linee di sviluppo organizzativo, la definizione del sistema di competenze aziendale, la valutazione e il conseguente ancoraggio ai processi formativi può costituire forma di garanzia per l'efficacia degli investimenti aziendali nella formazione.

La *mission* della struttura che si occupa di formazione va determinata da parte degli operatori della formazione in maniera forte e decisiva al fine di esplicitare all'esterno del servizio quali siano gli obiettivi generali e specifici che la formazione intende raggiungere per l'istituzione, per gli operatori e per i cittadini. La struttura di formazione aziendale (intesa come struttura complessa inserita nello staff della Direzione Generale) deve essere organizzata con riferimento ai seguenti criteri:

- *Rispondere ai nuovi bisogni dell'azienda sanitaria:*
 - dimostrare la manutenzione e l'innovazione delle professionalità sanitarie (ECM);
 - pensare la formazione anche oltre l'aula come possibilità di superare i vincoli di risorse (tempo e denaro);
 - attuare azioni di supporto alle professioni;
 - orientare i comportamenti agli obiettivi strategici aziendali.

- *Dotarsi delle risorse umane appropriate:*
 - quantitativamente:
almeno 4 operatori (in rappresentanza dei 4 ruoli professionali esistenti nel Servizio Sanitario Nazionale) da incrementare in relazione alle dimensioni dell'azienda (n. dipendenti e convenzionati), alle strutture e alla attività svolta.
 - qualitativamente, con competenze:
 - di progettazione formativa;
 - di gestione dei processi di apprendimento;
 - sulle nuove metodologie didattiche;
 - conoscitive del sistema aziendale e degli effetti formativi sistemici dei risultati;
 - sul processo di gestione delle risorse umane;
 - negoziali per integrare le diverse istanze dei professionisti, dell'organizzazione e dell'utenza.
- *Dotarsi di procedure organizzative e amministrative appropriate:*
 - definire modalità di collaborazione con le risorse umane aziendali che favoriscano la motivazione del dipendente a partecipare attivamente alla progettazione e all'attuazione delle iniziative di formazione;
 - costruire una rete interna di referenti di formazione e creare una banca dati *ad hoc* per singolo dipendente;
 - definire l'entità delle risorse economiche attraverso un atto deliberativo che includa i costi della formazione diretta, dei comandi obbligatori, del materiale didattico e del centro di documentazione e che escluda il costo (stipendi) del personale del servizio formazione;
 - definire procedure condivise dall'azienda al fine di garantire trasparenza e unicità dei protocolli relazionali e organizzativi (accreditamento, piani di formazione, gestione delle emergenze, *best practice*);
 - adottare sistemi di controllo di qualità esterni.

Le strategie di rete delle strutture di formazione aziendali dovrebbero comprendere tre livelli di integrazione:

- *Livello aziendale*
La struttura di formazione è adeguatamente integrata nell'organizzazione aziendale grazie alla sua collocazione e funzione descritta all'inizio di questa sezione.
- *Livello regionale*
La struttura di formazione aziendale è adeguatamente integrata nel sistema sanitario regionale e condivide con le altre strutture le politiche formative generali, le strategie di analisi di fabbisogno, attuazione, monitoraggio e valutazione delle iniziative di formazione, di accreditamento e miglioramento continuo di qualità. La Regione supporta lo sviluppo delle capacità di formazione, disegna le linee d'indirizzo, indica le tematiche prioritarie, eroga finanziamenti mirati e facilita la condivisione di esperienze.
- *Livello nazionale*
I responsabili di formazione regionali condividono, discutono, affinano le strategie di formazione con le altre Regioni e Province autonome e con enti a livello nazionale quali il Ministero della salute, l'Istituto Superiore di Sanità, il Foromez e altre tramite l'organizzazione di incontri tecnici curati da detti istituti a carattere nazionale.

QUALITÀ E ACCREDITAMENTO DEI PROGETTI DI FORMAZIONE E DELLA STRUTTURA: METODI, TECNICHE E STRUMENTI UTILI ALLA FORMAZIONE PERMANENTE IN SANITÀ

Adriana Dal Ponte

Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari di Trento

Nello scenario nazionale e internazionale si assiste da una parte ad un'inevitabile richiesta o aumento della domanda, dall'altra il mercato viene invaso da un numero ampio di offerte formative (talvolta difficilmente valutabili) questo rinvia necessariamente a costruire modelli di miglioramento continuo della qualità della formazione aziendale con tecniche e strumenti in parte condivisi a livello nazionale.

La formazione permanente nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per caratterizzarsi come funzione di qualità, dovrebbe possedere i seguenti requisiti:

- configurarsi come “sistema” in quanto essa sviluppa processi continui e diffusi;
- caratterizzarsi come “sistema aperto” in grado di dialogare con gli altri sistemi aziendali (macro e micro) e, quindi, articolarsi in modelli che includano una struttura gestionale centrale e una rete periferica di formatori, facilitatori, osservatori, *tutor*. Questi soggetti devono essere in grado di riportare nell'attività quotidiana la ricaduta del sapere affinché la strategia di chi si occupa di formazione possa diventare la traduzione dello slogan “Dall'aula alla persona”. Anche per questa ragione dovranno privilegiarsi le metodologie di formazione-intervento e di didattica attiva in linea con i presupposti dell'apprendimento efficace dell'adulto dettati dall'andragogia.

I metodi didattici attivi sono definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (Abbatt & Meja 1988.) come metodi nei quali il discente discute con i suoi pari, domanda al docente, ricerca attivamente le risposte ai suoi quesiti, applica quanto impara. Sempre per l'OMS, tale tipo di formazione, basata su problemi pertinenti alla realtà professionale del discente, è, da un lato, ritenuta essere efficace nel raggiungimento degli obiettivi formativi e, dall'altro, contribuisce a formare dei professionisti in grado di gestire la propria formazione permanente (*self-directed learner*). Un *self-directed learner* è in grado di: identificare correttamente il proprio fabbisogno di apprendimento, individuare le risorse che possono soddisfare efficacemente tale bisogno, e valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi che si è prefissato (capacità di auto-valutazione).

Per quanto concerne gli aspetti della valutazione della formazione permanente, si ricordano tre soggetti legati a tale processo: il formatore, il discente e il committente. Per quanto concerne gli aspetti legati al processo di valutazione, al quale in futuro verranno dedicate sessioni di studio specifiche più approfondite, ci si dovrebbe concentrare almeno su tre oggetti:

- struttura formativa,
- piano formativo aziendale,
- singolo progetto.

Per quanto concerne la struttura di formazione, i seguenti presupposti, integrati con quanto esposto a proposito del modello organizzativo presentato nel terzo contributo di questo documento, potrebbero costituire i requisiti minimi di qualità della funzione/struttura di formazione dell'azienda sanitaria:

- modalità organizzativa partecipativa (esplicitazione del ruolo dei responsabili del Centro di Costo (CDC) – Centro di Responsabilità (CDR) delle procedure e del regolamento di programmazione e gestione delle attività);
- budget dedicato;
- personale interno (quali-quantitativamente adeguato);
- chiarezza del mandato e livello di collocazione dell'unità operativa di formazione (in staff alla Direzione Generale);
- pianificazione delle attività secondo criteri di priorità in riferimento agli obiettivi aziendali;
- idoneità dei locali e attrezzature in relazione ai metodi di apprendimento per l'adulto;
- valorizzazione dell'attività formativa individuale (all'interno secondo la metodologia tra pari, all'esterno del *setting* formativo classico: discussione sul caso, formazione per problemi, addestramento su apparecchiature in loco, elaborazione di linee guida, produzione di protocolli operativi, gruppi di miglioramento della qualità, gruppi di miglioramento dell'organizzazione, autoformazione con il metodo Evidence-based Medicine). Certificando queste modalità formative si otterrebbero i seguenti vantaggi:
 - migliore efficacia dell'attività formativa;
 - migliore efficienza dell'attività formativa (rapporto costo/efficacia più favorevole);
 - riduzione dei problemi gestionali della formazione;
 - congruità con la formazione continua
 - congruità con il conteso di lavoro.

In relazione al prevalente modello di gestione della formazione che comprende le quattro fasi generali di analisi del bisogno formativo, definizione degli obiettivi, attuazione dell'intervento e valutazione degli effetti a vari livelli, si rende necessario individuare tecniche, strumenti e indicatori atti a misurare i livelli minimi accettabili di performance per ogni singola fase gestionale. A tal fine la letteratura specializzata offre svariati esempi ed esperienze a livello nazionale e internazionale, non dovendo infatti perdere di vista il processo di integrazione e armonizzazione in corso nella Unione Europea.

Per quanto concerne il Piano formativo aziendale si anticipano i seguenti indicatori di qualità:

- congruenza con gli obiettivi aziendali/dei servizi/fabbisogno formativo dei professionisti;
- equità (pari opportunità) e trasparenza di accesso con criteri esplicitati nel piano formativo;
- esistenza di un sistema di verifica di processo;
- utilizzo di metodi didattici attivi congrui con obiettivi e destinatari;
- esplicitazione delle aree di contenuto: tecnico-professionale, relazionale, manageriale;
- criteri di scelta e di valutazione dei docenti.

Mentre la lista appena presentata non è necessariamente esaustiva, si rappresenta invece la necessità che lo staff di formazione, con altri rilevanti attori della realtà aziendale, stabiliscano i criteri di valutazione del piano come parte integrante dello stesso e, quindi, preventivamente alla sua attuazione.

Per quanto concerne la valutazione del singolo progetto si indicano tre momenti essenziali dell'azione valutativa e le relative fonti e strumenti di misurazione della qualità:

- *Valutazione ex-ante*
utilizzo di apposita griglia che espliciti le componenti strutturali del progetto: dall'analisi del bisogno alla valutazione della ricaduta.

- *Valutazione di processo (in itinere)*
la congruenza di quanto si attua rispetto a quanto progettato (es. rispetto dei tempi, grado di partecipazione).
- *Valutazione dei risultati (ex-post)*
include la misurazione di:
 - a) gradimento da parte dei destinatari (su auto-valutazione dell'apprendimento, risposta al bisogno individuale e di servizio, la logistica, la qualità dei docenti e altri aspetti rilevanti);
 - b) apprendimento da parte dei destinatari con strumenti appropriati agli obiettivi prefissati;
 - c) cambiamento professionale e ricaduta sulla qualità dei servizi, in particolare in riferimento a una o più criticità in risposta alle quali si è organizzato l'evento formativo.

Accreditamento delle strutture e ECM

Vengono analizzati i documenti legislativi in riferimento all'accREDITAMENTO istituzionale e che debbono essere adottati dalle singole Regioni e si conviene che non ci sono riferimenti in senso stretto alla funzione di formazione. In ogni caso alcuni criteri generali relativi all'organizzazione e al Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ) consentono di orientare le aziende sanitarie verso una forte integrazione strategica della formazione, al miglioramento della qualità e allo sviluppo organizzativo.

La tematica dell'accREDITAMENTO della funzione formazione e delle iniziative di formazione è svolta in modo sufficientemente ampio dalla letteratura specialistica ricca di indicazioni, peraltro non sempre codificabili in forma di criteri, indicatori, e standard.

È peraltro ormai diventato operativo il sistema di accREDITAMENTO obbligatorio ECM che dall'inizio dell'anno 2002 ha esplicitato una precisa regolamentazione e che ha trovato applicazione a partire dal mese di aprile 2002.

L'osservazione della prima fase sperimentale ECM e della regolamentazione recentemente diffusa, ha comunque generato le seguenti riflessioni iniziali:

- *Aspetti positivi*
 - L'ECM risulta essere una risorsa positiva nella definizione del livello di "performance" dei professionisti, a tal punto che dalla sola pertinenza medica si è passati ad una pertinenza sanitaria;
 - L'ECM avvicina l'intero universo della popolazione professionale sanitaria "obbligatoriamente" ai meccanismi della formazione;
 - L'ECM obbliga ad una progettazione complessiva di tutte le fasi formative e alla definizione *a monte dei destinatari in riferimento allo specifico professionale*;
 - L'ECM ha contribuito a porre maggiore attenzione da parte delle istituzioni alla formazione continua dei propri professionisti.
- *Punti critici*
 - Difficoltà gestionale dell'azienda a soddisfare appropriatamente il bisogno indotto dal sistema di accREDITAMENTO (costi, offerta indifferenziata, ricerca spasmodica del punteggio da accumulare).

- Formazione, almeno in parte, svilita nella sua funzione motivazionale intrinseca, con l'introduzione di fattori motivazionali estrinseci (crediti obbligatori).
- Formazione apparentemente svincolata dalle problematiche aziendali e gestionali.
- Aumento di complessità organizzativa alla formazione interna ed esterna all'azienda.

Rimanendo in attesa degli sviluppi e delle azioni correttive che verranno eventualmente adottate, si è inteso suggerire possibili scenari di sviluppo.

In considerazione e del modello decentrato di gestione del SSN, si potrebbe pensare a un ente centrale (Ministero della Salute) che emana delle linee guida dove si fissano i criteri di qualità della formazione permanente in sanità a livello nazionale. Rimane compito delle Regioni e Province autonome attuare il sistema in armonia con le realtà locali e in considerazione della mobilità interregionale dei professionisti. Sistemi diversi che non permettano di far formare i propri dipendenti con gli stessi requisiti di qualità in altre Regioni costituirebbero più un vincolo che un vantaggio generato da un processo di decentralizzazione. Gli enti erogatori di formazione potrebbero essere quindi accreditati dalla Regione ove operano nel rispetto di una omogeneità nazionale. Un adeguato sistema di accreditamento, strettamente integrato con un sistema di MCQ, consentirebbe, soprattutto alle strutture dell'SSN, di offrire ai propri dipendenti (e a quelli di altre aziende a livello regionale o nazionale) una formazione di sempre migliore qualità. La Regione, tramite il sistema di accreditamento MCQ, si farebbe garante della crescita specialistica delle strutture formative operanti nelle aziende di propria competenza alle quali, inoltre, fornirebbe un appropriato supporto metodologico.

Il livello nazionale, oltre a produrre le linee di riferimento nazionali, garantirebbe appropriati canali per lo scambio delle esperienze regionali, condurrebbe ricerca applicata e relativa diffusione dei risultati e parteciperebbe, a campione, alle visite di accreditamento sulle strutture condotte dalle competenti autorità regionali.

Il modello proposto è sovrapponibile e compatibile con il sistema di rete delle strutture di formazione proposto nel terzo capitolo di questo documento e che rimane uno degli obiettivi del progetto promosso dall'Istituto Superiore di Sanità con la collaborazione del Fornez.

ANALISI DI FABBISOGNO FORMATIVO NELLA FORMAZIONE PERMANENTE IN AZIENDA SANITARIA

Ranieri Guerra

Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma

L'Analisi del Fabbisogno di Formazione (AFF) costituisce un aspetto fondamentale della gestione della formazione permanente nelle aziende sanitarie.

In questa sezione l'AFF viene discussa nei suoi aspetti teorici e organizzativi rilevanti al contesto delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

1. *Come si colloca l'AFF nel processo di gestione della formazione continua dell'Azienda Sanitaria (AS)?*

- L'AFF è la tappa fondamentale ed iniziale che consente la definizione e attuazione del processo di gestione della formazione continua (Piano Pluriennale).
- L'AFF va intesa come attività di manutenzione continua del processo formativo. Essa si colloca in un processo di miglioramento continuo della qualità del quale costituisce il punto di partenza e di arrivo rispetto alle azioni passate. L'esercizio di AFF genera quella serie di riflessioni che sono il presupposto indispensabile per "imparare facendo" (*learn by doing*).
- Nelle singole unità operative l'AFF consente e facilita il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori nel percorso formativo dalla progettazione alla valutazione.
- L'AFF deve essere in grado di conciliare aspetti di qualità (solidità metodologica e sinergismo con gli obiettivi aziendali) e di quantità (per il numero consistente di operatori che coinvolge).

2. *Su quali presupposti e requisiti si fonda una AFF di qualità?*

- La qualità dell'AFF si fonda su alcuni paradigmi teorici, presupposti e requisiti di riferimento descritti nella letteratura specializzata.
- Per quanto concerne gli aspetti concettuali, l'AFF poggia le proprie basi sulle teorie di:
 - funzionamento delle organizzazioni;
 - gestione delle risorse umane;
 - apprendimento nell'adulto;
 - sistemi di valori.
- I presupposti per condurre un'AFF di qualità comprendono:
 - congruenza delle attività di formazione permanente con i bisogni di salute della popolazione;
 - definizione chiara da parte dell'azienda (mandato) degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici (delle diverse strutture/unità operative) da perseguire e della strategia che essa intende adottare.

- L’AFF di qualità si fonda su alcuni requisiti essenziali quali:
 - presenza di una struttura logistica dedicata e dotata di personale adeguato;
 - possibilità di rileggere e ridefinire la domanda di formazione (segnalazione di un problema-bisogno, distinguere ciò che si risolve con la formazione e ciò che si risolve con processi di organizzazione)) in relazione al contesto organizzativo;
 - definizione di un piano di sviluppo professionale del personale (percorsi di carriera e politiche del personale);
 - disponibilità di risorse finanziarie adeguate;
 - condivisione di un approccio culturale orientato all’AFF nei responsabili e nei referenti della formazione;
 - tensione continua a saper cogliere il punto di vista di: azienda, destinatari dei servizi, cittadini, degli operatori ed altre parti interessate.

3. *Quali metodi e strumenti sono utilizzabili per condurre l’AFF in Azienda Sanitaria?*

- Per condurre un’AFF in maniera appropriata possono essere impiegati vari metodi e strumenti a condizione che siano caratterizzati da una riconosciuta solidità metodologica.
- Tra i metodi utili a condurre un’AFF nella struttura sanitaria si ricordano i seguenti:
 - analisi del ruolo e delle competenze (scarto tra attese e possedute);
 - analisi delle criticità;
 - metodo partecipativo, della delega, della negoziazione;
 - periodici e sistematici incontri di valutazione del processo formativo caratterizzati da un forte coinvolgimento dei responsabili delle strutture e degli operatori.
- Alcuni strumenti e tecniche utilizzabili per l’AFF sono:
 - schede di rilevazione dei bisogni formativi (a livello aziendale: questionario iniziale di rilevazione del fabbisogno formativo, piano attuativo locale, progetti obiettivi; scheda di feed-back dell’AFF; a livello di UO: competenze attese a cura del dirigente, scheda di competenze possedute a cura dell’operatore);
 - colloqui e interviste tra operatori e responsabili della formazione;
 - questionari di gradimento;
 - gruppi di discussione;
 - *focus group*.
- Alcune fonti di informazioni e dati di cui l’AFF può avvalersi sono le seguenti:
 - progetti dipartimentali (piani di formazione);
 - documenti di progetto (progetti finalizzati);
 - indagini di soddisfazione tra gli utenti;
 - segnalazioni all’Ufficio Relazioni con il Pubblico;
 - verbali di riunioni di dipartimento;
 - schede di budget;
 - seminari interattivi in aula per la valutazione della ricaduta formativa.
- Va infine ricordato come il percorso di certificazione agevoli il processo di AFF in quanto esso stesso previsto dalla norma.

4. *Chi viene coinvolto nel processo di AFF?*

- Il Responsabile del servizio formazione coordina e gestisce il processo di AFF del quale la Direzione aziendale è, di regola, considerata la parte committente.
- Vari sono gli attori che possono essere coinvolti, a vario titolo e livello di partecipazione, nel processo di AFF. Questi possono essere rappresentati da:
 - staff della Direzione aziendale;
 - referenti della formazione;
 - responsabili di Dipartimento;
 - responsabili di Struttura/Unità Operativa;
 - singoli operatori;
 - rappresentanti degli operatori;
 - comitati paritetici;
 - associazioni di volontariato;
 - consulenti esterni.

5. *Quali competenze sono necessarie per condurre un'AFF in maniera efficace?*

- Le competenze per condurre un'AFF in maniera appropriata sono principalmente di tre tipi:
 - competenze cognitive;
 - competenze procedurali;
 - competenze relazionali.
- Le suddette competenze si articolano più specificamente nelle seguenti capacità e conoscenze:
 - capacità di ascolto, di negoziazione, di persuasione;
 - capacità tecniche di progettazione, di analisi organizzativa;
 - capacità di analisi e lettura della realtà operativa;
 - conoscenze teoriche e capacità di gestione di metodi, tecniche e strumenti quali il metodo Delphi, la *Swot Analysis*, l'indagine di "clima aziendale", i *focus group*, le interviste e i questionari.

6. *Quali sono i vincoli e gli ostacoli principali con i quali l'AFF si confronta?*

- Al pari di altri processi gestionali complessi anche l'AFF si confronta con un numero ragguardevole di vincoli e ostacoli. È utile che il responsabile della struttura aziendale deputata alla gestione della formazione continua del personale ne sia al corrente e ne valuti la consistenza nel contesto organizzativo ove opera.
- Tra i vincoli e gli ostacoli più importanti per gravità e frequenza vale la pena di ricordare i seguenti (la lista non è ordinata per gravità o altro criterio):
 - obblighi normativi (ECM, DL.vo n. 626/1994)
 - spinta centrifuga prodotta dall'introduzione del progetto ECM;
 - richieste personali spesso non correlate al contesto organizzativo;
 - debole attitudine delle culture professionali ad integrarsi con gli obiettivi aziendali;
 - elevato numero di operatori, figure professionali eterogenee e unità operative da coinvolgere/consultare;
 - complessità del processo di contrattazione sindacale;

- carenza di risorse umane e finanziarie;
- fattori di disconferma del mandato originario dell'ufficio di formazione;
- errata percezione del ruolo della formazione da parte degli operatori (aspettativa di risoluzione di problemi);
- resistenza culturale degli operatori e dei responsabili;
- demotivazione degli operatori;
- lettura errata dei bisogni;
- difficoltà di valutare la ricaduta degli interventi formativi sulla competenza professionale e sulla qualità dell'organizzazione;
- coerenza dei bisogni con gli obiettivi dichiarati in sede di contrattazione di budget;
- mancanza di formazione specifica per chi conduce l'AFF (responsabile ufficio formazione, referente dipartimentale, responsabile di UO, formatori);
- mancanza di una rete di persone in grado di condurre l'AFF;
- mancanza di una strategia di formazione aziendale complessiva;
- mancanza di un sistema informativo efficace ed efficiente.

7. Quali le possibili strategie per affrontarli?

- A fronte dei molti vincoli e ostacoli ricordati nel precedente paragrafo e con i quali si confronta il processo di AFF possono essere delineate alcune strategie di contrasto e azioni correttive quali le seguenti:
 - federalismo formativo (soddisfazione della domanda tra varie Aziende consorziate);
 - diffusione della cultura formativa ai responsabili delle strutture;
 - diffusione del concetto di "formazione come investimento" (anche in termini di bilancio economico);
 - individuazione di indicatori quali-quantitativi.
 - trasversalizzazione della formazione su aree di interesse aziendale;
 - formazione come "benefit" economico e motivazionale per gli operatori;
 - condivisione di linee guida di indirizzo aziendali sulla formazione;
 - identificazione di risorse aggiuntive per autofinanziare parte della formazione (sponsor, quote di iscrizioni per partecipanti esterni, finanziamenti per progetti);
 - costruzione e formazione di una rete interna per la formazione aziendale da alimentare e sviluppare con attività di consulenza;
 - acquisizione di ulteriori risorse umane e loro continuo sviluppo tecnico;
 - rafforzamento del sistema informativo gestionale;
 - trasformazione dei vincoli in opportunità.

8. Quali effetti, di entrambi i segni, sono prodotti dal progetto ECM, nella sua attuale conformazione, sul processo di AFF?

- Il progetto ECM del Ministero della Salute, entrato nella sua fase operativa dal 1° aprile 2002, ha generato effetti di segno diverso nel settore della formazione continua nella sanità. Tali effetti saranno sicuramente oggetto di riflessione per un continuo miglioramento del sistema ECM. Le considerazioni che seguono

potranno quindi rimanere più o meno attuali in relazione alle successive fasi di attuazione e maturazione dell'ECM.

- Alcuni effetti positivi:
 - tendenza all'ampliamento dell'AFF a tutte le categorie professionali (aree di "nicchia" incluse);
 - spinta endogena alla collaborazione delle Aziende sanitarie per condividere processi di AFF più consoni alle esigenze dell'ECM;
 - riflessione sulla necessità di aumentare l'offerta di formazione;
 - trasversalità dei percorsi formativi;
 - aumento della percezione del ruolo del servizio/ufficio formazione all'interno dell'Azienda;
 - maggiore rigore metodologico;
 - creazione di sinergie con le differenti UO, stimolazione del contributo dei singoli e riflessione su un'analisi dettagliata ed estesa dei bisogni dell'Azienda;
 - sviluppo delle capacità progettuali dei responsabili;
 - incentivazione al decentramento e alla condivisione delle funzioni di analisi e progettazione tra il responsabile del servizio/ufficio formazione e i Responsabili delle UO.
- Alcuni effetti negativi:
 - incremento della pressione delle aree professionali a moltiplicare gli eventi formativi scarsamente correlati alla AFF (superamento della AFF, ricerca di quantità più che qualità);
 - spinta esogena della legislazione regionale in tema di ECM ad influenzare i processi di AFF;
 - creazione di un sistema di bisogno indotto (aumento quantitativo dell'offerta formativa in risposta a una "spasmodica" ricerca di crediti da parte degli operatori);
 - individualizzazione dei percorsi professionali;
 - discrepanza tra bisogno individuale e bisogno strategico dell'Azienda;
 - generazione di domanda inappropriata;
 - Incremento dei costi della formazione senza produzione di valore aggiunto.

9. *Quali cambiamenti del sistema ECM potrebbero potenziare gli aspetti positivi e controllare o eliminare i principali effetti negativi o non desiderati?*

- Il progetto ECM ha generato, e sta generando, nuovi orientamenti e diversi cambiamenti nel mondo della formazione permanente del settore sanitario italiano. Alcune delle considerazioni che seguono potrebbero costituire utili riflessioni e spunti per un'evoluzione del progetto ECM sempre più aderente agli obiettivi dichiarati:
 - estensione dell'ECM a tutti gli operatori aziendali, ruoli amministrativi inclusi;
 - accelerazione nel processo di accreditamento dei Provider;
 - semplificazione degli aspetti burocratici con riduzione dei tempi di registrazione degli eventi ed attribuzione dei crediti;
 - separazione tra i percorsi della formazione ECM dalla formazione aziendale essendo quest'ultima principalmente strumento di sviluppo organizzativo;

- valorizzazione della valutazione dei risultati sulla qualità professionale (poiché l'ECM ha l'obiettivo di colmare il *gap* tra le competenze attese e quelle reali, sarebbe opportuno attribuire ai fruitori della formazione il 50% dei crediti alla conclusione dell'evento e il restante 50% dopo la verifica del conseguimento delle competenze attese);
- verifica della coerenza tra fabbisogno aziendale e iniziativa formativa ECM alla quale partecipa l'operatore dell'Azienda;
- aggiornamento della scheda di accreditamento ECM che comprenda un campo per valutare anche la qualità dell'AFF dell'iniziativa proposta;
- organizzazione di corsi di formazione per i legislatori regionali;
- introdurre elementi di flessibilità nell'attribuzione annuale dei crediti (coerenza con i bisogni formativi aziendali, rapporto tra figure professionali – *gap* da colmare e sistema di attribuzione dei crediti).

BIBLIOGRAFIA

- Abbatt FR, Mejia A. *Continuing the education of health workers*. Geneva: WHO; 1988.
- Agenzia dei Servizi Regionali Regione Marche. *Linee guida per la gestione delle attività di formazione*. Disponibile all'indirizzo: www.ars.marche.it/html/ars.asp?cat=7&pag=91; ultima consultazione 23/5/2003.
- Alessandrini G. *Manuale per l'esperto dei processi formativi*. Roma: Carrocci editore; 1998.
- Amietta PL, Amietta F. *Valutare la formazione*. Milano: Associazione Italiana Formatori, Edizioni Unicopli; 1996.
- Associazione per la Formazione alla direzione aziendale. *Requisiti minimi per l'accreditamento dei Master*. Disponibile all'indirizzo: www.asfor.it/accredit2003.html; ultima consultazione 23/5/2003.
- Baldoni D, et al. *Gli artefici della qualità*. Torino: Centro Scientifico Editore; 1998. (Collana Qualità e accreditamento, n. 10).
- Bass BM, Vaughan JA. *La formazione del personale nelle aziende. Guida pratica ad uso dei formatori, dei quadri e dei dirigenti*. Milano: Franco Angeli; 1992.
- Beccastrini S, Biocca M, Costa G, Tonelli S. *Il mestiere di condurre. Una guida per l'animatore di formazione*. Firenze: Editoriale Tosca; 1996.
- Beccastrini S, Brandini P. *Educazione dei lavoratori, promozione della salute e tutela dell'ambiente*. Firenze: Editoriale Tosca; 1994.
- Braskamp LA, Ory JC. *Assessing faculty work*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.; 1994.
- Cangia C, Conti C, Montedoro C, Tamborlini A. *Aggiornamento in autoistruzione. Una proposta didattica per i formatori*. Milano: Franco Angeli; 1990. (Quaderni di Formazione ISFOL).
- Castagna M. *Progettare la formazione. Guida metodologica per la progettazione del lavoro in aula*. Milano: Franco Angeli; 1993.
- Centro Studi Investimenti Sociali. *Una soluzione poliarchica ai conflitti della devolution*, Roma, 2001. Disponibile all'indirizzo: www.censis.it/censis/ricerche/2001/devolution/index.html; ultima consultazione 23/5/2003.
- Collard R. *La qualità totale. Guida alla progettazione, avviamento e sviluppo di un sistema di gestione della qualità totale*. Milano: Franco Angeli; 1997.
- Corino U, Napoletano L. *La formazione orientata sul gruppo di lavoro. Istituzioni, pedagogia e dinamiche di gruppo: esperienze*. Milano: Franco Angeli; 1997.
- Crowl TK. *Fundamentals of educational research*. Boston: McGraw Hill; 1996.
- D'Ambra M. *Le nuove tecniche di comunicazione*. Milano: Giovanni De Vecchi; 1992.
- De Virgilio G, Guerra R. *Qualità e accreditamento della formazione in ISS*. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 14, 3:14-15.
- Drucker P. *La sfida la management del 21° secolo*. Milano: Franco Angeli; 1999.
- Ebel RL, Frisbie DA. *Essentials of Educational Measurement*. New Jersey: Prentice Hall; 1991.
- Formez. *5° Rapporto Nazionale sulla Formazione nella PA, Lo scenario della Formazione nel sistema delle Autonomie Locali*. Roma: Formez; 2002. (Quaderni n. 7).
- Gallini R. Schola Medici. *Basi e tecniche dell'apprendimento formativo*. Roma: La Nuova Italia Scientifica; 1991.
- Guerra R, De Virgilio G. *Verso nuovi paradigmi di formazione*. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 2001;14 (1):12-3.
- ISPESL. *La valutazione della qualità degli interventi formativi in materia di sicurezza e salute sul lavoro*. Monografico di Fogli d'Informazione. Roma: ISPESL; 1999.

Istituto Tagliacarne, 4° Rapporto sulla Formazione nella Pubblica Amministrazione 2000, redazione a cura della SSPA, con la collaborazione del Formez, Gruppo di lavoro tecnico delle Regioni e delle Province Autonome, Istituto Tagliacarne.

Knowles M. *Quando l'adulto impara: pedagogia e andragogia*. Milano: Franco Angeli, Milano; 1993.

Lichtner M. *La qualità delle azioni formative*. Milano: Franco Angeli, Milano; 1999.

Linn RL, Gronlund EG. *Measurement and assessment in teaching*. New Jersey: Merrill, Prentice Hall; 1995.

Majello C. *L'arte di comunicare*. Milano: Franco Angeli Trend; 1995.

Ministero della Sanità, Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000

Morosini PL, Renga G, Tonelli S. *Manuale-questionario per l'autovalutazione e l'accreditamento tra pari delle attività formative nelle organizzazioni sanitarie*. Disponibile all'indirizzo: www.fondationesmithkline.it/questionario.doc; ultima consultazione 23/5/2003.

Neglia G (Ed.). *Fondazione Taliercio. La valutazione della qualità della formazione: esperienze a confronto*. Milano: Lupetti; 1999

Patrick J. *Training: research & practice*. London: Academic Press; 1992.

Pearn M, Kandola R. *L'analisi delle mansioni, dei compiti e dei ruoli. Il lavoro come è e come potrebbe essere fatto meglio. Guida per il dirigente alle tecniche di valutazione del lavoro*. Milano: Franco Angeli; 1995.

Posner GJ. *Analyzing the curriculum*. New York: Mc Graw-Hill Inc.; 1992.

Posner GJ, Rudnitsky AN. *Course Design. A Guide to Curriculum Development for Teachers*. New York: Longman; 1989.

Quaglino GP. *Voglia di fare*. Milano: Guerini; 1999.

Quaglino GP, Carrozzi GP. *Il processo di formazione. Dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati*. Milano: Franco Angeli; 1998.

Regioni e Province Autonome. 5° Rapporto Nazionale sulla Formazione nel settore pubblico, L'esperienza delle Regioni. Forum P.A., Roma 8 maggio 2002.

Sallis E. *Total Quality Management in education*. Londra: Kogan Page Ltd.; 1993.

Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione. (Ed.). 5° Rapporto sulla Formazione nella Pubblica Amministrazione 2001. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica; 2002.

Sole 24 Ore Sanità, Supplemento del 7/13 maggio 2002. Premio Qualità in Sanità.

Steinbach B. *Imparare da adulti. Come mantenersi sempre aggiornati in un mondo che cambia*. Milano: Franco Angeli; 1995.

Siti di approfondimento nel settore della formazione

<http://formazione.formez.it>

www.agdp.it

www.ars.marche.it

www.arss.it

www.asfor.it

www.asph.org

www.ensp.fr/aspher

www.fondationesmithkline.it

www.formez.it

www.forumpa.it

www.funzionepubblica.it

www.irefonline.it

www.iss.it

www.ministerosalute.it

www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/

www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/formazione/index.htm

www.regioni.it

www.sanita.regione.lombardia.it

www.iref.itwww.ars

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.*

*Stampato da Ditta Grafiche Chicca & C. snc
Via di Villa Braschi 143, 00019 Tivoli (Roma)*

Roma, giugno 2003 (n. 2) 2° Suppl.