

La formazione sul campo: metodologie, esperienze, prospettive



Atti del Convegno

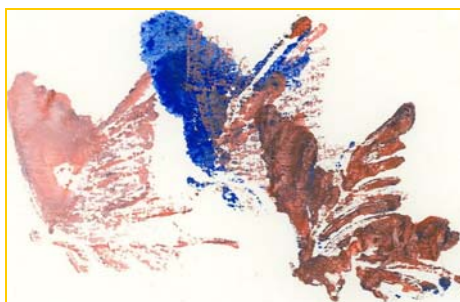
A cura di
Vincenzo Alastra

Atti del Convegno

La formazione sul campo: metodologie, esperienze, prospettive

BIELLA – Città Studi, 4 Aprile 2008

A cura di
Vincenzo ALASTRA



Il Convegno è stato organizzato dall'Azienda Sanitaria Locale BI,
su mandato della Regione Piemonte (D.G.R. n. 22-7777 del 17 dicembre 2007, all. 2).

Con il Patrocinio di:
Ministero della Salute
Ordine degli Psicologi del Piemonte
Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici
Collegio Nazionale IPASVI
Associazione Italiana Formatori

Ha contribuito alla realizzazione del presente volume: la Sig.ra Franca Castagno del Settore Organizzazione, Personale e Formazione delle Risorse Umane dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte.

Il presente documento è scaricabile dal sito: www.aslbi.piemonte.it

Gli eventuali errori o imprecisioni presenti nell'opera non comportano responsabilità dell'Editore e del Curatore, che hanno posto, comunque, la massima cura nell'elaborazione dei testi e nella riproduzione dei documenti.

L'impegno della Regione per lo sviluppo della Formazione Continua in Sanità

L'avvio e lo sviluppo di un nuovo Sistema Formativo Regionale in Sanità da parte di questo Assessorato ha già prodotto, in questi ultimi due anni, risultati certamente importanti: da una parte, infatti, l'istituzione del Sistema ECM Regionale ha consentito alla nostra regione di dotarsi di uno strumento per il governo dell'accreditamento della formazione in sanità, dall'altra la programmazione regionale ha avviato una diversa e nuova promozione della formazione regionale attraverso il finanziamento di numerosissime iniziative formative pensate e realizzate in maniera coerente con le strategie del nostro sistema sanitario regionale, ovvero sulla base degli indirizzi e degli obiettivi del nuovo PSSR.

Tali attività (oltre 160 corsi progettati nel 2008), destinate a tutto il personale delle aziende sanitarie (sono coinvolti nelle azioni formative circa 30.000 operatori), si collocano all'interno di una strategia e di un modello organizzativo per la gestione della formazione continua a livello regionale che vede tutti gli attori e le funzioni del Sistema Formativo Regionale in Sanità (programmazione e coordinamento, progettazione, accreditamento, realizzazione, monitoraggio e controllo) impegnati verso il medesimo obiettivo: la valorizzazione del momento formativo come leva di sviluppo del Sistema Sanitario Regionale e la finalizzazione mirata degli investimenti economici (oltre 4 milioni di euro per l'anno 2008).

Ancorare la programmazione, la pianificazione, la progettazione della formazione a specifici bisogni e necessità del sistema contribuisce ad evitare la pericolosa deriva autoreferenziale, talvolta presente in alcune offerte formative e che spesso lo stesso sistema ECM induce e giustifica.

Ma, se da un parte le strategie regionali hanno spinto il sistema della formazione continua a svilupparsi sulla base di una maggior coerenza dei contenuti rispetto agli obiettivi del nuovo PSSR, dall'altra la riflessione e il contributo degli operatori che da molti anni operano nei servizi di formazione delle nostre aziende, hanno fatto sì che, anche sul piano delle metodologie formative e dei sistemi di apprendimento, la nostra Regione si sia dotata di strumenti, tecniche e competenze che contribuiscono e sono già orientati all'innovazione e al superamento della visione classica della formazione come azione temporalmente e spazialmente separata dalla quotidianità del lavoro.

Questo convegno, nell'ambito dei progetti finanziati dalla Regione, rappresenta un momento importante di confronto e di scambio sulle diverse possibilità di allestire spazi di apprendimento professionale.

L'ampia partecipazione e gli importanti contributi scientifici ed esperienziali qui presentati e raccolti sono quindi l'evidente dimostrazione dello sforzo e dell'interesse, oltre che della necessità, di continuare sulla strada della ricerca di nuove e diverse opportunità di formazione per gli operatori della sanità.

Tale ricerca dovrà, pertanto, proseguire anche nella direzione di assicurare una maggiore sostenibilità ed una migliore integrazione della formazione continua con il lavoro professionale quotidiano. Si tratterà inoltre di garantire la possibilità di utilizzare e valorizzare l'acquisizione di nuove conoscenze che derivino anche dalla riflessione e dallo sguardo critico sul proprio operare, da sempre alla base delle strategie di apprendimento che guidano la formazione degli adulti.

Eleonora ARTESIO

RELATORI

Vincenzo Alastra

Direttore Struttura Complessa – Organizzazione Sviluppo Risorse Umane - ASL BI – Biella

Professore a contratto per le discipline: "Psicologia delle Organizzazioni" e "Psicologia dello Sviluppo" presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Torino. Nell'ultimo periodo si è in particolare impegnato nella direzione di ricerche in tema di cultura della formazione e apprendimento dall'esperienza. Attualmente è membro del Gruppo di Lavoro Regionale per la Formazione Continua della Regione Piemonte e Coordinatore del Gruppo di Lavoro istituito da A.Re.S.S. Piemonte per lo studio e l'elaborazione di linee guida e indicazioni organizzative per l'accREDITAMENTO ECM della formazione sul campo da parte del sistema regionale

Luca Bechi

Allenatore "Angelico" – Pallacanestro Biella

Cresce professionalmente a Biella, sotto l'ala del suo maestro, Alessandro Ramagli (è suo vice per cinque stagioni consecutive dal 01/02 al 05/06). Nella stagione sportiva 06/07 viene promosso al ruolo di Head Coach nella "sua" Pallacanestro Biella conseguendo numerosi successi.

Oscar Bertetto

Direttore Generale A.Re.S.S. Piemonte

Direttore dell'Agenzia Regionale Servizi Sanitari del Piemonte. Coordinatore operativo della Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. Ha contribuito a promuovere la formazione a livello regionale e nazionale in cure palliative, oncologia medica, psicooncologia e nursing oncologico.

Marco Biocca

Vice Presidente Commissione ECM Regione Emilia Romagna e Vice Presidente Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna

Medico di sanità pubblica, dirige il Sistema Comunicazione, Documentazione e Formazione dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna. È vicepresidente della Commissione ECM dell'Emilia-Romagna dalla sua costituzione nel 2002. Fa parte dell'Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM e dell'Osservatorio nazionale sulla formazione medico specialistica.

Silvia Boni

Esperta FORMEZ

Esperta di formazione e management sanitario, ha svolto periodi di studio e ricerca in varie università statunitensi (New York University, Harvard, University of Kentucky, Rutgers), ha pubblicato libri, saggi ed articoli sulla gestione delle organizzazioni pubbliche e sanitarie in particolare, ha svolto docenze in varie Università come professore a contratto. Attualmente è dirigente al Formez con responsabilità dei progetti sulla sanità.

Remo Bonichi

Vice Presidente Nazionale Associazione Italiana Formatori

Vice Presidente Nazionale dell'Associazione Italiana Formatori e Presidente ed Amministratore Delegato del Ciagroup s.r.l.. Svolge attività di formazione sui temi del Change Management e Sviluppo Organizzativo Logistico ed attività di consulenza nell'ambito delle Analisi Macro e Micro Strutturali e delle Analisi Organizzative per la definizione delle procedure di collegamento specifiche dei sottosistemi aziendali. Svolge inoltre attività di docenza come professore a contratto presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Torino – Laurea in Statistica.

Pier Oreste Brusori

Direttore Generale dell'ASL BI di Biella

Direttore Generale dell'ASL BI di Biella è stato Vicedirettore Centrale della Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale del Friuli Venezia Giulia. Possiede una pluriennale esperienza in materia di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale (Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Veneto) ed ha svolto attività di consulenza in materia di organizzazione, presso diversi presidi ospedalieri della Regione Lombardia.

Alda Cosola

Coordinatrice: "Progetto ECM" – A.Re.S.S. Piemonte

Responsabile Struttura Semplice Area di Formazione e Progetti di Promozione alla Salute – ASL TO3 – Pinerolo/Collegno (TO). Coordinatrice del progetto "FORMAZIONE ECM" presso l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari dal maggio 2007.

Lorenza Garrino *Ricercatore di Scienze Infermieristiche -Università degli Studi di Torino*

Ricercatore di Scienze Infermieristiche presso l'Università degli Studi di Torino. Docente presso i corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e Master dell'Università di Torino. Formatore nei corsi di formazione aziendale sui temi del tutorato e del cambiamento organizzativo. Membro del Direttivo della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPEM) dal 2003 e del Réseau multinational Praqsi International (Pratique Quotidienne dans les Soins Infirmiers) dal 2002.

Cesare Kaneklin *Prof. Ordinario "Psicologia Applicata" Facoltà di Psicologia
Università Cattolica Milano*

Professore ordinario di "Psicologia applicata" presso la Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano. Socio dello Studio APS Srl dal 1975. Svolge attività di consulenza per la progettazione e l'organizzazione di servizi produttivi in azienda e socio-sanitari, per la preparazione e realizzazione di progetti formativi in vari tipi di organizzazioni. Inoltre, si occupa anche di ricerche sul funzionamento organizzativo e sulla cultura d'impresa. È autore di numerosi articoli, saggi apparsi su varie riviste, e di volumi anche di recente pubblicazione.

Giovanni Mathieu *Direttore Dipartimento Area Medica dei Presidi Riuniti di Pinerolo – ASL
TO 3*

Direttore del Dipartimento di Area Medica e della Struttura Complessa di Medicina Interna Ospedali Riuniti di Pinerolo - ASL To3 Regione Piemonte. È stato Past-President Nazionale FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti).

Michele Presutti *Responsabile Gruppo di Lavoro Regionale sulla Formazione Regione
Piemonte*

Psicologo del lavoro e dell'organizzazione. Direttore della S.C. Ricerca e Formazione dell'ASL TO3 e svolge attività di consulente presso l'Assessorato alla Sanità dove coordina il gruppo regionale per la formazione continua in sanità.

È docente di Psicologia del lavoro presso il Corso di Laurea per Terapisti della Riabilitazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia e Professore a contratto di Dinamiche relazionali nelle Organizzazioni presso la facoltà di Psicologia dell'Università di Torino.

Corrado Ruozi *Responsabile Staff Sviluppo Risorse Umane Az. USL
Reggio Emilia*

Responsabile dello Staff Sviluppo Risorse Umane dell'AUSL di Reggio Emilia. Svolge attività di formazione e consulenza nell'ambito dello sviluppo organizzativo delle aziende sanitarie. Ha pubblicato diversi contributi sul tema della formazione e dello sviluppo professionale in ambito sanitario.

Giuseppe Scaratti *Prof. Ordinario "Psicologia delle Organizzazioni"
Facoltà di Economia Università Cattolica Milano*

Docente di ruolo di Psicologia del lavoro e delle organizzazioni e di Psicologia della Progettazione e Valutazione della Formazione all'Università Cattolica di Milano, è autore di numerosi articoli e pubblicazioni scientifiche inerenti diverse tematiche relative all'apprendere-conoscere-organizzare nei contesti lavorativi: gestione risorse umane, ciclo narrativo alle organizzazioni, formazione manageriale, consulenza organizzativa, cambiamento organizzativo, qualità, gestione delle conoscenze, comunità di pratica, culture organizzative, valutazione della formazione, ricerca qualitativa etnometodologica, analisi di pratiche professionali.

COMUNICAZIONI

Agnelli I., Baldi E., Saglietti D.	<i>"Una mela al giorno... benessere organizzativo: fattori di protezione e buone prassi": avvio della sperimentazione del corso di formazione</i>
Alastra V., Menegon F., Ferretti R.	<i>Futuri Infermieri: la funzione euristica del tirocinio</i>
Avezzù S., Carone M., Oriani C., Pico P., Ubaldi E., Vattini S.	<i>La Formazione sul Campo nel Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Parma – Una Riflessione –</i>
Avezzù S., Pironi G.	<i>La sicurezza nella scuola: costruzione di criteri omogenei e procedure integrate tra i servizi: un percorso di FSC del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Parma</i>
Barbierato A.	<i>Progetto di formazione continua del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione</i>
Bardone L., Selinunte S., Pezza L., Bonfatti C., Grosso M.	<i>Progetto Sviluppo Conoscenze e Competenze Infermieri Nefrologia e Dialisi</i>
Beggi C., De Franco S., Rossi I., Scalabrini L.	<i>Web Lectura. Formazione sul Campo on line: strumento di interazione tra professionisti</i>
Caffarena E., Andreoletti C.	<i>La Formazione Oltre l'Aula: Esperienze Sul Campo</i>
Cantone E., Ilari F.	<i>La Formazione della Tutorship Clinica: elaborazione di un percorso di integrazione tra Università e Setting Clinico</i>
Corcos A.	<i>L'arte di Affiancare</i>
Dal Molin A., Prandi C.	<i>La Formazione sul Campo e la Ricerca infermieristica</i>
De Marchi F.	<i>L'organizzazione che apprende: il Coaching</i>
Fagian A.	<i>Ricerca infermieristica e Formazione sul Campo</i>
Feriozzi L.	<i>Formazione sul campo: tra esperienza e cambiamento organizzativo</i>
Fiammengo P.	<i>Un'esperienza di Formazione sul Campo</i>
Garrino L., Decorte R., Felisi N., Matta E., Gregorino S., Actis M.V., Carone R.	<i>Sperimentazione e Valutazione di un modello organizzativo di personalizzazione dell'assistenza al paziente mieloleoso nell'Unità Spinale Unipolare di Torino</i>
Giannetti G., De Marchi M.L., Costa D., Carnevale L., Fontana A.	<i>Promuovere i cambiamenti in Sanità attraverso la Formazione sul Campo: un'esperienza da condividere.</i>
Ilari F., Cantone E.	<i>La Valutazione della Tutorship Pedagogica e Clinica: elaborazione degli strumenti valutativi</i>
Jon Scotta L.	<i>Il Gruppo di Lavoro per la progettazione e la realizzazione del Corso di aggiornamento sulla Comunicazione Interpersonale nell'Unità Operativa di Chirurgia dell'ASL BI</i>
Laguzzi S., Biolato T., Fila P.	<i>Particolarità, complessità, nodi e difficoltà nella produzione di proposte informative e formative per l'équipe del Centro di Salute Mentale</i>
Livera E.	<i>"Parola di Tirocinante": gli elementi che favoriscono l'apprendimento in un percorso di tirocinio</i>
Marino M., Berardo P., Bruno M., Fedele V., Gnaccarini M.	<i>Proposta di progetto di Formazione Sul Campo c/o il Servizio Veterinario Sanità Animale 1 – Pinerolo</i>
Mazzetti M. D., Pilati G., Rubello D., Marcolongo A.	<i>L'applicazione del modello della Formazione sul Campo ad un Servizio di Medicina Nucleare</i>
Occhipinti P., Saettone S., Costa D., Lamazzi M., Frattini M., Fontana A., Giannetti G.	<i>La Formazione sul Campo è utile per l'implementazione della certificazione ISO 9001/2000 in un reparto ospedaliero?</i>
Pantani M.T.	<i>Oltre i confini dell'aula: nuovi territori per l'esperienza di apprendimento</i>
Pastorelli M., Ribet S.	<i>Formazione sul Campo nell'ambito del Corso "L'Insufficienza Respiratoria Cronica Grave, dall'ospedale al domicilio": alcune riflessioni</i>
Rossetto P., Grossio M., Cardillo F., Anzini D., Frasca F., Savio M., Palmato G., Lussana L., Scavarla V., Pavetto C., Leschiera A., Actis Grosso N., Broglio B.	<i>Esperienza di Formazione sul Campo che ha permesso l'introduzione all'interno dell'ASL 9 di Ivrea (ora ASL TO 4) di un sistema di segnalazione delle cadute accidentali e valutazione del rischio di caduta</i>
Silvani M., Minocci D.	<i>La Prevenzione Andrologica Scolastica in età adolescenziale. L'esperienza degli Andrologi dell'ASL BI</i>
Stacchini E., Ferrini A.	<i>"Incontri di Formazione sul Campo dei Servizi di Patologia Clinica dell'ASL TO 4: Formazione e Qualità, lavorare sui problemi"</i>
Vacchino R., Vercellino E.	<i>Formando s'impara. L'apprendimento dall'esperienza nell'attività di formazione</i>
Zucchi S., Tiranti B.	<i>Lavorare in Azienda Sanitaria, lavorare per l'Azienda Sanitaria</i>

POSTER

Actis O., Passera O.	<i>La Formazione sul Campo: risultati dopo oltre 5000 crediti di esperienza</i>
Avezzù S., Vattini S., Zilioli F.	<i>Il circolo d'ascolto organizzativo: un percorso di FSC nel Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Parma</i>
Badà G., Grubich S., Masiero L.	<i>I bisogni dei pazienti, dei famigliari e degli infermieri in cure palliative domiciliari: strategie per un miglioramento della qualità dell'assistenza</i>
Beltramino M.G.	<i>Discussione casi clinici in Neurologia</i>
Benetazzo D., Stradella L., Prandi C.	<i>Gli Infermieri di territorio e la formazione. Come approccio metodologico all'utente e alla sua famiglia</i>
Bocchio Ramazio M., Anzola E.	<i>Riconoscere la formazione</i>
Carisio B., Prandi C., Resta D., Quarisa R., Dal Molin A.	<i>Le comunità di Prometeo per lo scambio e la condivisione delle conoscenze sul campo: "Comunità S.C. Nefrologia e Dialisi ASL BI"</i>
Casile F., Daniele G., Giordano G., Monzeglio A.	<i>"La continuità assistenziale del paziente critico: responsabilità infermieristica in ambito domiciliare"</i>
Casile F., Taraglio S.	<i>"L'operatore sanitario in sala settoria"</i>
Cavallo M.R., Condò M., Richetta E., Somma R.	<i>La Formazione sul Campo come strumento di Clinical Governance per migliorare i comportamenti organizzativi</i>
Chiapusso B., Tosco E., Laurenti L., Lomello P., Ricca P., Licata S., Ballari S.	<i>Percorso CVC: percorso dalla criticità verso cambiamento</i>
Chiattoni A., Audisio L., Bosticco M., Berruto F., Damiano V., Di Frischia D., Lippolis R., Napolitano R., Pastorelli M., Ribet S.	<i>Utilizzo del carrello dell'emergenza: farmaci, strumenti, presidi anno 2005 – 2006</i>
Chilin G., Alessio A., Costa D.	<i>Studio dei casi clinici: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria</i>
Converso D., Grosso M.S., Giusti E., Romano C.	<i>Accoglienza, comunicazione interna ed esterna: la ricerca intervento con il personale di front line di un poliambulatorio</i>
Costantino P., Pascal D.	<i>Formarsi per non cadere</i>
De Marchi L., Cavalli M.	<i>"La continuità assistenziale: finalmente a casa". Un'esperienza sul campo tra ospedale e territorio</i>
Dovana A., Alastra V.	<i>Supervisione e discussione casi come Formazione sul Campo</i>
Giambone G., Gambarini L.	<i>"Processo di addestramento specifico per il personale da inserire nelle sale operatorie. Un esempio di Formazione sul Campo"</i>
Grubich S., Masiero L., Peruselli C.	<i>Valutazione della soddisfazione dei famigliari in un programma di cure palliative domiciliari: analisi qualitativa dei risultati</i>
Guerretta L., Clerico M., Cianchini A., Tempia P.	<i>Aiutarsi per aiutare. Il paziente depresso in Oncologia</i>
Malinverni E., Rivetti M., Franchini G., Botto R., Macario N., Grubich S., Badà G., Bider C., Borgna P., Crevola D., Mortarino E., Ruffa R., Scalise C.	<i>Le diagnosi infermieristiche in cure palliative: due gruppi "correlati" a confronto</i>
Marenco M., Ferrillo S., Santamaria G.M., Trucco P., Casagrande I.	<i>Un'esperienza di audit clinico in medicina d'urgenza: dolore toracico sospetto per sindrome coronarica acuta e sincope</i>
Ozzello A., Gaia D., Cosola A., Gouchon S.	<i>Migliorare l'autoefficacia dei professionisti del team. Discussione di casi Clinico - Assistenziali in ambito diabetologico</i>
Piantato E., Barbera V.	<i>Un'esperienza di Formazione sul Campo presso il Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura dell'Azienda Ospedaliera Nazionale di Alessandria</i>
Picotto A., Gouchon S., Codipietro L., Nangeroni M., Grazia G.	<i>Un percorso di ricerca può essere un'occasione di formazione? Due esperienze presso la S.S. Neonatologia degli Ospedali Riuniti di Pinerolo</i>
Potenza R., Mazzetti D., Ammendola R., Chiavilli F., Gavioli F., Lobue G., Milan L., Scipioni C., Tocchetto M., Vaccari M.G.	<i>Formazione sul Campo nel Dipartimento di Medicina Trasfusionale dell'azienda ASL 18 di Rovigo: aferesi terapeutica</i>
Prandi C., Guerretta L., Resta D., Quarisa R., Dal Molin A.	<i>Prometeo e le comunità di pratica della rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta</i>

Prandi C., Guerretta L., Resta D., Quarisa R., Dal Molin A.	<i>Prometeo in un anno...</i>
Prandi C., Resta D., Dal Molin A., Quarisa R., Guerretta L.	<i>Prometeo</i>
Quarisa R., Cestonaro L., Grossio M., Signaroldi E., Targhetta Dür D.	<i>La teoria dell'apprendimento degli adulti secondo Knowles e la Formazione sul Campo: il progetto "Cambiare perchè..." del Centro Formazione di Ivrea</i>
Romano V., Dimonte V., Bevilacqua A.	<i>Modelli di Tutorato Clinico nella Formazione Infermieristica e percezione degli studenti. Indagine esplorativa</i>
Selinunte S., Gherardo P., Grosso L., Vaudano, Zublena C., Bergia R., Agostini B., Grosso M., Bardone L.	<i>L'addestramento alla Dialisi Peritoneale in residenze per anziani come esempio di Formazione sul Campo</i>
Serafini P., Monzeglio A., Guala G., Armellino F., Mondelli A., Zizzo R., Cantoira S., Ghiotti P., Mollo E., Todros T.	<i>"Approccio all'Audit Clinico nel percorso nascita". Formazione sul Campo per l'implementazione della good practice</i>
Vaggelli I., Zucchi S., Tiranti B.	<i>Gruppo di lavoro sulla Tutorship</i>
Vecchiè V.	<i>Sicurezza sul campo. Prevenzione partecipata per gli operatori della cucina</i>

INDICE

Parte Prima: le relazioni	1
Formazione sul Campo e sviluppo del Governo Clinico	2
Il Gruppo di lavoro Regionale per la Formazione: panorama delle attività e prospettive.....	5
Apprendimento dall'esperienza e Formazione sul Campo: verso un cambiamento sistemico ad esito incerto	11
La Formazione degli Adulti: le condizioni per l'apprendimento organizzativo	26
Le ragioni di una formazione situata	28
La Formazione (sul campo) nelle Aziende Sanitarie ¹	41
Verso...un sistema di Accreditamento Regionale Piemontese della Formazione sul Campo (FSC)	49
La Formazione sul Campo in Sanità: scenario e prospettive.....	52
La Formazione sul Campo: esperienze e strumenti di lavoro nell'AUSL di Reggio Emilia.....	58
L'apprendimento dall'esperienza sul campo...di gioco	63
La Valutazione della FSC: ricadute pratiche operative.....	65
La ricerca come fonte di apprendimento e miglioramento della pratica clinica.....	68
Tutoring e affiancamento: presupposti culturali, appunti metodologici e strumenti	76
Parte Seconda: le Comunicazioni	82
Una mela al giorno... benessere organizzativo: fattori di protezione e buone prassi": avvio della sperimentazione del corso di formazione.....	83
Futuri Infermieri: la funzione euristica del tirocinio	86
La Formazione sul Campo nel dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda Usl di Parma –una riflessione–	89
La sicurezza nella scuola: costruzione di criteri omogenei e procedure integrate fra i servizi: un percorso di FSC del dipartimento di Sanità Pubblica dell'Ausl di Parma	92
Progetto di Formazione Continua del dipartimento di Anestesia e Rianimazione.....	95
Progetto sviluppo conoscenze e competenze Infermieri Nefrologia e Dialisi	98
Web Lectura - Formazione sul Campo on line: strumento di interazione tra professionisti.....	102
La Formazione oltre l'aula: Esperienze sul Campo	105
La Formazione della Tutorship Clinica: elaborazione di un percorso di integrazione tra Università e Setting clinico	108
L'arte di Affiancare	111
La Formazione sul Campo e la ricerca infermieristica	115
L'organizzazione che apprende: il Coaching.....	118
Ricerca infermieristica e Formazione sul Campo.....	122
Formazione sul campo: tra esperienza e cambiamento organizzativo	125
Una Esperienza di Formazione sul Campo	127
Sperimentazione e Valutazione di un modello organizzativo di personalizzazione dell'assistenza al paziente mieloleso nell'Unità Spinale Unipolare di Torino	130
Promuovere i cambiamenti in sanità attraverso la Formazione sul Campo: un'esperienza da condividere.....	134
La valutazione della tutorship pedagogica e clinica: elaborazione degli strumenti valutativi	137
Il Gruppo di Lavoro per la progettazione e la realizzazione del Corso di aggiornamento sulla Comunicazione Interpersonale nell'Unità Operativa di Chirurgia dell'ASL BI	140
Particolarità, complessità, nodi e difficoltà nella produzione di proposte informative e formative per l'équipe del Centro di Salute Mentale.....	143
"Parola di Tirocinante": gli elementi che favoriscono l'apprendimento in un percorso di tirocinio	146
Proposta di progetto di Formazione Sul Campo c/o il Servizio Veterinario Sanità Animale 1 - Pinerolo	149
L'applicazione del modello della Formazione sul Campo ad un servizio di Medicina Nucleare.....	152
La formazione sul campo è utile per l'implementazione della certificazione ISO 9001/2000 in un reparto ospedaliero?.....	154
Oltre i confini dell'aula: nuovi territori per l'esperienza di apprendimento	157
Formazione sul campo nell'ambito del Corso "L'Insufficienza Respiratoria Cronica Grave dall'Ospedale al Domicilio": alcune riflessioni	161
Esperienza di formazione sul campo che ha permesso l'introduzione all'interno dell'ASL 9 di Ivrea (ora ASL TO 4) di un sistema di segnalazione delle cadute accidentali e valutazione del rischio di caduta.....	163
La Prevenzione Andrologica Scolastica in età adolescenziale. L'esperienza degli Andrologi della ASL BI	166
Incontri di Formazione sul Campo dei Servizi di Patologia Clinica della A.S.L. TO 4: Formazione e Qualità, Lavorare sui Problemi	168
Formando s'impara. L'apprendimento dall'esperienza nell'attività di formazione.....	171
Lavorare in Azienda Sanitaria, lavorare per l'Azienda Sanitaria.....	173

Parte Terza: i poster	175
La Formazione sul Campo: risultati dopo oltre 5000 crediti di esperienza	176
Il circolo d'ascolto organizzativo: un percorso di FSC nel Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Parma	178
I bisogni dei pazienti, dei famigliari e degli infermieri in cure palliative domiciliari: strategie per un miglioramento della qualità dell'assistenza	180
Discussione casi clinici in Neurologia	181
Gli Infermieri di territorio e la formazione come approccio metodologico all'utente e alla sua famiglia	182
Riconoscere la formazione.....	183
Le comunità di Prometeo per lo scambio e la condivisione delle conoscenze sul campo: S.C. Nefrologia e Dialisi ASL BI	184
La continuità assistenziale del paziente critico: responsabilità infermieristica in ambito domiciliare.....	185
L'operatore sanitario in sala settoria	187
La Formazione sul Campo come strumento di Clinical Governance per migliorare i comportamenti organizzativi	188
Percorso CVC: Percorso dalla Criticità verso il Cambiamento.....	189
Utilizzo del Carrello dell'Emergenza: farmaci, strumenti, presidi – Anno 2005/2006 –.....	190
Studio dei Casi Clinici: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria	191
Accoglienza, comunicazione interna ed esterna: la ricerca intervento con il personale di front line di un poliambulatorio	193
Formarsi per non cadere	194
La Continuità Assistenziale: finalmente a casa. Un'esperienza sul campo tra ospedale e territorio	195
Supervisione e discussione casi come Formazione sul Campo	197
Processo di addestramento specifico per il personale da inserire nelle sale operatorie. Un esempio di formazione sul campo	198
Valutazione della soddisfazione dei famigliari in un programma di Cure Palliative Domiciliari: analisi qualitativa dei risultati	200
Aiutarsi per aiutare il paziente depresso in Oncologia.....	201
Le diagnosi infermieristiche in Cure Palliative: due gruppi "correlati" e a confronto	202
Un'esperienza di Audit Clinico in Medicina d'Urgenza: dolore toracico sospetto per sindrome coronarica acuta e sincope	203
Migliorare l'autoefficacia dei professionisti del team. Discussione di casi clinico – assistenziali in ambito diabetologico.....	204
Un'esperienza di Formazione sul Campo presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Azienda Ospedaliera Nazionale di Alessandria.....	206
Un percorso di ricerca può essere un'occasione di formazione? Due esperienze presso la S.S. Neonatologia degli Ospedali Riuniti di Pinerolo.....	208
Formazione sul Campo nel Dipartimento di Medicina Trasfusionale dell'Azienda ASL 18 Rovigo: aferesi terapeutica	210
Prometeo	211
Prometeo e la Comunità di Pratica della rete oncologica Piemonte e Valle D'Aosta	212
Prometeo in un anno	213
La teoria dell'apprendimento degli adulti secondo Knowles e la Formazione sul Campo: il progetto "Cambiare perché..." del Centro Formazione di Ivrea	214
Modelli di tutorato clinico nella formazione infermieristica e percezione degli studenti. Indagine esplorativa	215
L'addestramento alla dialisi peritoneale in residenze per anziani come esempio di Formazione sul Campo	217
"Approccio all'audit clinico nel percorso nascita" Formazione sul Campo per l'implementazione della Good Practice	219
Gruppo di lavoro sulla Tutorship.....	220
Sicurezza sul campo. Prevenzione partecipata per gli operatori della cucina	221
Appendice	222
A.R.S. TEATRANNO	223
Le due regine	223
Il Professor Franz	226
A proposito delle Repubbliche Marinare	228

Presentazione degli Atti del Convegno

Vincenzo Alastra

Direttore Struttura Complessa – Organizzazione Sviluppo Risorse Umane - ASL BI - Biella

Il convegno "La Formazione sul Campo: metodologie, esperienze, prospettive" (organizzato ai sensi della D.G.R. n. 22-7777 del 17 dicembre 2007), tenutosi a Biella il 4 aprile 2008, ha inteso proporsi come un'occasione per poter fare il punto sulle opportunità/potenzialità, ma anche i possibili rischi e nodi problematici, insiti a proposito di Formazione sul Campo.

Le relazioni qui pubblicate, concernono sia una serie di riflessioni in chiave andragogica e organizzativa sul tema dell'apprendimento dall'esperienza da parte degli adulti, sia una panoramica sullo stato dell'arte della formazione sul campo in diverse realtà nazionali che, ancora, un primo bilancio sul recente avvio del sistema regionale piemontese per la formazione e un primo utile ragionamento sui criteri per l'accreditamento ECM della Formazione sul Campo che saranno definiti a livello piemontese.

Completano questo ricco menù di contributi, una numerosa serie di comunicazioni e una stimolante raccolta delle più varie esperienze, alcune di queste sicuramente paradigmatiche, condotte da operatori provenienti da diversi contesti organizzativi a testimonianza dell'intento, di riconoscimento e valorizzazione delle risorse e delle competenze già attive su questi fronti, perseguito.

Un'ultima precisazione concerne la redazione dei testi qui riportati. In alcuni casi, si sono semplicemente riprese le registrazioni degli interventi e trascritte le medesime con alcune banali correzioni, in altri, gli autori hanno preferito procedere con una loro successiva elaborazione dei contenuti presentati al convegno; contenuti rimasti comunque fedeli a quelli presentati nel corso dell'incontro.

A tutti questi protagonisti va, in ogni caso, il plauso per aver saputo animare con competenza e profondità il dibattito.

Un ringraziamento, tutt'altro che di circostanza, lo porgo ai colleghi del Gruppo Regionale per la Formazione Continua in Sanità e ai funzionari del Settore Organizzazione, Personale e Formazione delle Risorse Umane della Regione Piemonte, per la faticosa collaborazione dimostrata sia in relazione alla realizzazione del convegno, che per quanto concerne la pubblicazione e diffusione di questi Atti, nonché alla Direzione 20 – Sanità della Regione Piemonte e alla Direzione Generale della ASL BI per la fiducia accordatami.

Ringrazio la Direzione di ARESS Piemonte per il prezioso apporto di idee e di stimoli forniti, anche in questa circostanza, e la Presidenza di Città Studi per la gentile ospitalità concessa.

Un ringraziamento particolare lo esprimo poi alla compagnia teatrale di "Teatrando" per essere intervenuta sollecitando in tutti noi partecipanti, con creatività, sapienza e maestria, una riflessione sui diversi ambiti tematici richiamati dal convegno.

Voglio infine ringraziare le collaboratrici della Struttura Complessa OSRU: Eugenia Bordone, Maria Tolasi, Cristina Caucino e Letizia Feriozzi, le quali, continuando ad assolvere con inalterata qualità ed impegno gli altri onerosi compiti di servizio, hanno così fornito il loro apporto e la loro collaborazione per il buon esito di questa iniziativa.

Resto in ultimo riconoscente, per la dedizione dimostrata ai collaboratori che più direttamente hanno partecipato a questa impresa. Esprimo allora il mio personale ringraziamento a Rosa Introcaso, attenta coordinatrice operativa, sempre pronta al confronto costruttivo e puntuale con i suoi preziosi suggerimenti; a Leonardo Jon Scotta, costante preciso e affidabile nel suo impegno sui diversi fronti organizzativi dell'evento; a Elisa Livera e Francesca De Marchi per la creatività e il supporto forniti alla segreteria organizzativa e l'aiuto concessomi per la redazione degli Atti ed a Giulietta Bonino, disponibile come al solito, capace di confermare, anche in questa circostanza, professionalità e spirito di attaccamento al Servizio.

Questi Atti spronano tutti noi a rinnovare, sul fronte della formazione permanente, il nostro impegno, l'impegno di tutti nei diversi ruoli e secondo le rispettive collocazioni organizzative e responsabilità.

Biella, 5 Novembre 2008

Saluto ai partecipanti e presentazione del Convegno

Vittorio Demicheli

Direttore Direzione Regionale Sanità – Regione Piemonte

Intendo in primo luogo ringraziare tutti coloro i quali si sono adoperati per organizzare, questo importante convegno sul tema della formazione sul campo e dell'apprendimento dall'esperienza; un'occasione utile, per così dire, per fare il punto della situazione, dei lavori in corso e da tempo avviati in Piemonte a proposito di formazione continua.

Ringrazio quindi tutti i relatori per i loro preziosi contributi di riflessione, ma anche tutti gli operatori e partecipanti, provenienti da più d'Italia e dai mondi della sanità e della formazione.

Ringrazio l'ASL BI ed i suoi operatori per l'onere organizzativo assunto anche in relazione alla redazione, stampa e diffusione di questi ATTI e il Gruppo Regionale per la Formazione Continua che ha sostenuto e collaborato al buon esito del convegno.

Questo convegno si inserisce nel processo di riforma in atto del Servizio Sanitario Regionale che ha, tra i suoi principi fondamentali, ispiratori della visione politica, strategica e valoriale: la centralità della salute, intesa come bene comune universale da garantire non solo attraverso un razionale ed appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche praticando e potenziando la prevenzione. Inoltre, si prefigge la centralità dei cittadini titolari originari del diritto alla salute che va tutelato e l'attuazione di politiche di integrazione all'interno di e tra tutti i sottosistemi articolati del sistema socio-sanitario.

Questi ambiziosi obiettivi possono essere raggiunti agendo sul versante della programmazione regionale e locale che va sempre più centrata sul tema della formazione. Parallelamente sarà necessario rafforzare la capacità delle Aziende di lavorare sulla formazione in maniera efficace e per identificare linee di miglioramento.

La formazione e, in particolare, la formazione sul campo, che potrà essere valorizzata nel processo di regionalizzazione dell'Educazione Continua in Sanità, si presenta come uno degli elementi chiave per la realizzazione dei cambiamenti organizzativi e dei comportamenti di cura e assistenza che si vogliono perseguire. La Formazione sul Campo si sviluppa e si realizza direttamente nei luoghi di lavoro. Essa nasce interrogando e facendoci interrogare dall'esperienza e si propone di mettere al centro dei processi di apprendimento problemi operativi concreti e reali.

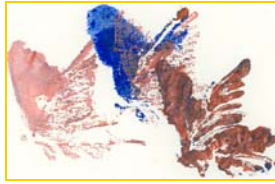
La Formazione sul Campo si collega alle esigenze delle organizzazioni che perseguono concretamente lo sviluppo della qualità dei servizi e trova terreno fertile laddove i professionisti lavorano mossi da spirito di ricerca. Altresì, si riferisce allo sviluppo non solo di conoscenze e saperi, ma anche di competenze, stili, sensibilità e di integrazione tra i diversi modi di interpretare e di vivere la realtà professionale (tecnico-professionale, emozionale, relazionale, organizzativa, etica, ecc...). I membri di un'organizzazione di lavoro apprendono attraverso un multiforme e articolato insieme di esperienze significative, dove trovano sempre maggiore spazio le dimensioni soggettive, le emozioni, le sensibilità relazionali, le dimensioni organizzative, apprendono cimentandosi con problemi veri, concreti, reali. In questa prospettiva, si assume l'idea che la crescita professionale avvenga, mentre si lavora, e non solo in un'aula o di fronte a un testo. Per quanto il lavoro sia organizzato attraverso pratiche di routine più o meno scientificamente giustificate o fondate, risulta improbabile che non sia comunque in atto, una qualche forma di osservazione, di confronto, di valutazione, di scambio e di ricerca che, interrogando l'esperienza, porti a ripensare il lavoro e le proprie competenze. In ciò, soprattutto, consiste la formazione sul campo, nell'interrogare e nel farsi interrogare dall'esperienza.

La formazione sul campo, si caratterizza per l'analisi ed il continuo confronto delle situazioni lavorative affrontate. Si sta rafforzando la consapevolezza "culturale" che l'evoluzione del "sistema" passa attraverso l'offerta di stimoli continui che facilitino la riflessione da parte degli operatori della formazione.

Credo si possa affermare che la Formazione sul Campo, più che ridursi a una metodologia formativa, sia una modalità di organizzazione del lavoro. Il futuro formativo che ci si prospetta è rappresentato da un insieme composito di tecniche, utilizzate anche contemporaneamente, per soddisfare esigenze di molteplici soggetti e per raggiungere risultati che si determinano in corso d'opera.

Insieme all'augurio che su questi fronti possa essere ulteriormente ampliato ed approfondito il dibattito, confermo nuovamente l'interesse e l'attenzione della Regione riguardo alle opportunità e le potenzialità dell'attività di formazione.

Parte Prima: le relazioni



Quante cose Sai?

- P. Sì.....questa è la differenza. Cioè, voglio dire che il sapere è come tutto intrecciato insieme, o intessuto, come una stoffa, e ciascun pezzo di sapere è, significativo o utile solo in virtù degli altri pezzi, e...
- F. Pensi che si dovrebbe misurare in metri?
- P. No, direi di no.
- F. Ma le stoffe si comprano a metro.
- P. Sì ma non volevo dire che è una stoffa. È solo come stoffa... certamente non sarebbe piatto come stoffa..... ma avrebbe tre dimensioni... forse quattro dimensioni.
- F. Che cosa vuol dire, papà?
- P. Non so, veramente, tesoro. Stavo solo cercando di riflettere.

(Gregory Bateson. Verso un' ecologia della mente)

Quante cose Sai?

- F. Papà, perché non usi gli altri tre quarti del tuo cervello?
- P. Ah, sì... già... vedi, il punto è che anch'io ho avuto degli insegnanti a scuola. E loro hanno riempito circa un quarto del mio cervello di fumo. Poi ho letto i giornali e ho ascoltato quello che dicevano gli altri, e così mi sono riempito di fumo un altro quarto.
- F. E l'altro quarto, papà?
- P. Oh... quello è il fumo che ho fatto da me quando ho cercato di pensare da solo.

(Gregory Bateson. Verso un' ecologia della mente)

Formazione sul Campo e sviluppo del Governo Clinico

Pier Oreste Brusori

Direttore Generale ASL BI - Biella

Questo convegno è stato fortemente voluto dal Settore Organizzazione, Personale e Formazione delle Risorse Umane della Regione Piemonte e dal Gruppo Regionale per la Formazione Continua in Sanità, che ringrazio per il contributo e la collaborazione prestata per la buona riuscita di questa iniziativa, così come, per lo stesso motivo, ringrazio la Direzione dell'A.Re.S.S. Piemonte.

Un ringraziamento, non formale, lo faccio all'avvocato Squillarolo, Presidente di Città Studi, che ci ospita in questa splendida struttura, luogo ideale per un convegno di questa portata.

Porgo poi i saluti da parte del Direttore Demicheli e dell'assessore Artesio con i quali, proprio ieri, a Torino, ho parlato, e registrato il loro forte interesse per l'iniziativa che abbiamo messo in campo.

Sicuramente la partecipazione è imponente e testimonia che, evidentemente, il tema trattato è un tema "caldo" e sentito. I numeri non fanno certamente la qualità, però il fatto che ci siano: 35 poster, 30 comunicazioni, 580 iscritti, oltre al fatto che non abbiamo potuto, per motivi di capienza, soddisfare altre 150 richieste di partecipazione, credo testimonino ampiamente l'interesse verso questo convegno. Mi dicevano, poco fa i relatori che interverranno oggi, che non ricordano un'iniziativa così partecipata su questo tema in Piemonte. In effetti anche per noi è stato un impegno organizzativo molto oneroso, che abbiamo accettato volentieri perché riteniamo il tema di interesse strategico primario.

Infine vorrei ringraziare tutti voi convenuti oggi a questo appuntamento, i relatori che dopo di me interverranno e il Dott. Alastra ed i suoi collaboratori per l'apporto organizzativo e scientifico fornito per il buon esito di questo incontro.

Terminati i ringraziamenti ed i saluti, nella speranza di non aver dimenticato nessuno, credo sia necessario delimitare il tema, ovvero chiarire cosa intendiamo per formazione continua sul campo. Io credo si possa intendere la formazione che avviene direttamente nei luoghi-tempi di lavoro. Il presupposto vincente di questo approccio formativo è quello di attivare un processo di apprendimento valorizzando le prassi e gli strumenti effettivamente adottati nei luoghi di lavoro e quindi le persone con i loro saperi concreti. Tra le attività lavorative che possono allora assumere una valenza formativa e che si possono considerare appunto formazione sul campo, siamo sicuramente propensi a considerare: gli stage ed i tirocini, i gruppi di lavoro e miglioramento, la ricerca e l'audit clinico.

Passando alle ragioni dell'interesse della formazione sul campo, già la Commissione Nazionale ECM, fin dalla determinazione, il 7 ottobre 2003, aveva evidenziato quanto la FSC potesse: "*(...) rappresentare una quota rilevante delle modalità di formazione continua, con la possibilità di utilizzare l'apprendimento direttamente per le strutture sanitarie, le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali e le occasioni di lavoro*", indicando nei sistemi sanitari regionali gli organismi deputati ad accreditare tale tipologia di attività formativa. In ogni caso, credo che i motivi d'interesse vadano ben al di là delle definizioni istituzionali fatte a livello nazionale, soprattutto penso che le vere ragioni d'interesse ricadano sulle osservazioni relative all'efficacia delle pratiche formative.

Credo che la formazione sul campo si sia dimostrata particolarmente favorente l'apprendimento degli adulti, in quanto è una pratica formativa capace di accrescere la motivazione ad apprendere degli interessati (poiché l'attività formativa è percepita come rilevante, basata su problemi concreti, capace di coinvolgere e responsabilizzare direttamente i discenti).

Soprattutto, credo che la formazione sul campo si stia dimostrando efficace e particolarmente congeniale, quando si tratta di affrontare le esigenze organizzative e gli obiettivi strategici di riorganizzazione che le Aziende Sanitarie perseguono.

Penso che tutte le aziende sanitarie, in Piemonte e nel Paese, ovviamente in modo diverso rispetto alle specificità di ognuna, siano impegnate in progetti riorganizzativi importanti, che sono incentrati sullo sviluppo della riorganizzazione distrettuale, sull'organizzazione in dipartimenti di cura, sul collegamento e l'integrazione tra ospedale e territorio, tra servizi sanitari e servizi sociali.

Credo che su questi temi sia necessario sperimentare in loco, ognuno deve cercare il suo indirizzo, la propria strada, all'interno di peculiari filoni strategici. Naturalmente per fare questo è necessario che ci sia un confronto tra gli operatori, adattato al contesto specifico in cui s'interviene. In questo senso, la formazione sul campo, oggi, ha una particolare valenza strategica, proprio perché può dare un contributo fondamentale al buon esito di questi processi riorganizzativi.

Mi sembra anche che la formazione sul campo possa essere un modo adeguato per superare anche qualche deriva o "patologia organizzativa" venutasi a creare a seguito dell'entrata in vigore del sistema ECM. Intendiamoci, io sono convinto che il sistema ECM abbia dato un più che positivo scossone alle organizzazioni sanitarie ed agli operatori, costringendo le realtà meno sensibili e attive a confrontarsi comunque sulla valenza della formazione continua. Credo però che, in concomitanza con il sistema ECM, si siano anche verificati fenomeni non positivi che nulla hanno a che fare con lo spirito e le finalità del sistema e la realizzazione di una formazione a supporto dei processi operativi.

In alcuni casi abbiamo cioè assistito a delle rincorse ai crediti, al funzionamento dei Servizi per la Formazione e dei contesti organizzativi aziendali a mo' di "progettificio formativo", capace di "sfornare" le più suggestive e svariate iniziative possibili, poco attinenti con i reali bisogni formativi e organizzativi, finalizzate esclusiamente a permettere l'acquisizione dei crediti previsti dal sistema ECM.

In alcuni casi, cioè, mi pare che siano stati scambiati i fini, con gli strumenti.

Penso che la missione delle Aziende Sanitarie sia quella di garantire servizi efficaci ed efficienti, sempre più appropriati ed adeguati ai bisogni dei cittadini. Da questo punto di vista, la formazione è indispensabile, ma occorre tenere sempre presente che deve dare dei risultati e delle ricadute percepibili dagli operatori, dagli utenti e dall'azienda.

Quindi, di per sé, non è che la formazione sul campo sia da considerarsi buona e necessaria; la formazione sul campo è valida se consegue questi obiettivi rispetto agli operatori, agli utenti e all'azienda.

Perciò, le iniziative vanno verificate costantemente nella loro efficacia, e la partecipazione dell'operatore, quando è semplicemente motivata dalla necessità di acquisire i crediti, non rispecchia le finalità delle iniziative.

Detto questo, voglio fare solo alcuni esempi o riflessioni, partendo dal presupposto che in molte aziende, forse in tutte, molti corsi di formazione sono, già di fatto, perlomeno in una certa misura, una formazione sul campo, quindi già una realtà.

Mi riferisco alle iniziative fondate sulla discussione di casi clinici, oppure a quelle circostanze nelle quali gli operatori si confrontano fra loro, su vari temi e problematiche centrali del servizio di riferimento, per il miglioramento del servizio stesso.

In questo senso, la formazione sul campo nella nostra ASL è già, per certi versi, una realtà. Dico tutto ciò, ovviamente, con estrema modestia. Ognuno di noi cerca di sperimentare nella propria realtà operativa le prassi che sembrano migliori, coinvolgendo sia strutture ospedaliere che strutture territoriali, sui diversi temi tecnico-specialistici, su argomenti attinenti la comunicazione interpersonale e organizzativa e i rapporti con l'utenza, sulle problematiche più ricorrenti vissute all'interno delle diverse realtà operative, ecc.. Su tutti questi problemi abbiamo cercato di realizzare delle iniziative formative, accreditate a tutti gli effetti, utilizzando, unitamente a momenti di approfondimento teorico e di "lezione frontale", modalità centrate su metodologie formative attive e di ricerca quali: la discussione e il confronto di gruppo, la discussione di casi paradigmatici e di autocasi., ecc.. Per fare ciò siamo partiti da esigenze concrete e lavorando su queste, abbiamo sviluppato un percorso formativo parallelo al cambiamento organizzativo in atto.

Posso presentare a questo proposito alcuni esempi che noi abbiamo avuto e stiamo vivendo, in ambiti operativi diversi, all'interno della Azienda che rappresento.

Ad esempio il 12 maggio 2008 apriremo il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Apriremo allora un reparto che, nel nostro ospedale, mancava da oltre vent'anni.

È chiaro che gli operatori della salute mentale dovranno fare allora i conti con una realtà ormai per loro, del tutto sconosciuta.

In questo caso, abbiamo allora realizzato un'iniziativa di formazione, articolata in più momenti e contesti formativi.

In primo luogo abbiamo organizzato degli stage presso altre realtà che hanno da tempo in funzione un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

In concomitanza all'esperienza di stage, abbiamo organizzato diverse occasioni di supervisione sui casi, condotte da formatori e supervisor esterni al servizio, nonché coinvolto gli operatori dell'attuale Servizio di Salute Mentale in riunioni dedicate al confronto e all'analisi dei diversi aspetti del cambiamento organizzativo in atto.

Parallelamente, sono state condotte più tradizionali sessioni di formazione in aula, centrate sui temi della psico-farmacologia e su altre tematiche specialistiche sulle quali era stato evidenziato uno specifico bisogno formativo.

In sintesi, credo che sia vincente mettere insieme un mix di contesti e metodologie, che operando in questo modo si possa porre al centro dell'attenzione il processo di riorganizzazione concreto che, in un particolare contesto, va portato avanti.

Questa modalità di affrontare i problemi e realizzare itinerari formativi l'abbiamo seguita anche per altre circostanze. Altri esempi riguardano l'implementazione di un servizio di parto in analgesia e il conseguente riassetto organizzativo che si è reso necessario, la discussione molto rilevante che abbiamo avuto in merito all'organizzazione del dipartimento chirurgico, lo sviluppo dell'organizzazione distrettuale e la forte tensione in atto nella nostra azienda verso un "distretto forte", ecc..

Cito ancora, qui in modo necessariamente sommario, proprio quest'ultima esperienza.

È stata focalizzata l'attenzione sulla squadra, sul *team* di operatori impegnato per questa riorganizzazione.

Un team impegnato in tal senso deve potersi riconoscere intorno ad alcuni valori imprescindibili, deve poter aver chiara la missione che si appresta a realizzare, deve quindi confrontarsi ampiamente a questo livello e riuscire a discutere insieme sull'organizzazione che vuole sviluppare ed essere in grado di prendere decisioni il più possibile condivise.

In questo caso, con l'ausilio di un formatore esterno, si è strutturato un corso seguendo questa semplice formula: ai dirigenti e quadri interessati veniva, in una prima parte dell'incontro, presentato uno dei temi centrali relativamente alla costituzione e buona gestione di un gruppo di lavoro nonché alcune brevi focalizzazioni teoriche e messe a fuoco di alcuni stimolanti contributi da parte di esperti sull'argomento; nella seconda parte della riunione si passava all'esame della realtà che i partecipanti stavano vivendo in merito al tema stesso dell'incontro o su questioni da questo richiamate. In questo modo i partecipanti, opportunamente facilitati dal formatore, dibattevano intorno a situazioni concrete che andavano incontrando nei rispettivi contesti operativi, potevano prendere decisioni anche strategiche sulle azioni e sugli interventi da compiersi nelle realtà distrettuali che stavano avviando e si trovavano la volta successiva per condividere in gruppo i feedback dei loro collaboratori alle decisioni intraprese.

Con questa formula si agiva quindi ai vari livelli organizzativi interessati dal cambiamento: quello dei dirigenti e dei capi e quello dei loro operatori e collaboratori.

In ultima analisi mi sento di dire che la formazione sul campo, e i contesti formativi nei quali si sostanzia, possono essere considerati degli strumenti per lo sviluppo del governo clinico del sistema aziendale. Di conseguenza, credo si debba investire in modo particolare sulla formazione sul campo e si debba investire, da parte delle aziende, sui servizi dedicati alla formazione. Questo è un problema di risorse, da potenziare e meglio qualificare, ma è anche un problema di ri-orientamento delle risorse esistenti, nel senso che i Servizi Formazione dovranno assumere anche nuove visioni e presidiare nuove competenze, è tutto ciò richiede impegno e disponibilità a mettersi in gioco ai vari livelli delle nostre organizzazioni.

Il Gruppo di lavoro Regionale per la Formazione: panorama delle attività e prospettive

Michele Presutti

Responsabile Gruppo di Lavoro Regionale sulla Formazione Regione Piemonte

Lo sviluppo della messa a punto di una funzione di governo del sistema formativo regionale in Piemonte si avvia nel 2006 con un percorso di riflessioni e di attività promosse da un gruppo di lavoro istituito presso l'Assessorato e formato da professionisti dei servizi di formazione provenienti dalle aziende sanitarie regionali, e che aveva l'obiettivo principale di gettare le fondamenta per la costruzione di un sistema formativo regionale, a partire sia dalla messa in rete delle aziende nella realizzazione di progetti formativi condivisi e sia dalla possibilità di realizzare anche in Piemonte un sistema di accreditamento ECM.

La prima fase di lavoro del gruppo si è infatti concentrata sulla messa a punto di un programma regionale di formazione costituito da una serie di progetti rivolti in maniera trasversale agli operatori delle aziende regionali e tra i quali anche quello specificatamente rivolto al personale dei servizi di formazione. L'opportunità infatti di avviare un percorso di conoscenza tra le diverse realtà regionali a partire dalla condivisione di un percorso formativo era pienamente coerente con la necessità che il sistema formativo regionale nascesse dal basso anche e soprattutto attraverso la valorizzazione delle esperienze già maturate nel corso del tempo sia sul versante delle competenze nella gestione dei processi formativi e sia nella sperimentazione delle procedure di accreditamento ECM.

La seconda fase di lavoro ha quindi portato attraverso la ricerca e l'esplorazione delle altre esperienze nazionali, alla costruzione di una prima ipotesi di architettura regionale del sistema formativo e al suo interno del sistema di accreditamento ECM.

Tale ipotesi illustrata nella sua versione definitiva nella fig. 1 è stata sottoposta al vaglio e alle indicazioni di una serie di interlocutori regionali: direzioni generali e servizi formazione delle aziende, organizzazioni sindacali, Università, Ordini e Collegi professionali.

Al termine di questo percorso di condivisione si è proceduto quindi alla fase istitutiva del sistema che è stato avviato formalmente con la DGR n° 617119 del 15/10/2007 e con la DGR 627503 del 19/11/2007.

Il sistema formativo regionale pertanto prevede che il modello organizzativo poggi su due funzioni principali: quello della programmazione e controllo che resta in capo all'Assessorato regionale e quello dell'accreditamento ECM affidato all'A.Re.S.S. (Agenzia Regionale dei Servizi sanitari che in Piemonte è un ente strumentale della Regione)

Nella terza fase, che si è avviata quest'anno, l'Assessorato per quanto riguarda le proprie funzioni di programmazione e controllo sulla formazione regionale, è stato rinforzato il ruolo del Gruppo tecnico regionale anche attraverso l'istituzione di una serie di punti rete dislocati su cinque aree del territorio regionale e che aggregano gruppi di aziende sanitarie, denominati "coordinamenti interaziendali per la formazione continua in sanità" e che fanno capo al Gruppo Regionale sulla Formazione Continua al quale sono stati affidati dalla Direzione dell'Assessorato i seguenti compiti:

- Individuare e promuovere strategie per il governo della formazione continua in sanità in una logica di sviluppo di un sistema formativo regionale coerente con le strategie e le politiche di attuazione del Piano sanitario Regionale
- Promuovere iniziative volte allo sviluppo di una rete tra i servizi formazione delle aziende sanitarie
- Sviluppare proposte ed azioni organizzative volte sia alla programmazione e promozione di iniziative di formazione regionali sia alla conseguente individuazione e messa in campo di meccanismi di controllo sulle attività finanziate direttamente o indirettamente dall'Assessorato e di monitoraggio sull'attività formativa prodotta nell'ambito del sistema formativo regionale
- Individuare linee guida e indicazioni organizzative volte al miglioramento della gestione dei processi di formazione e apprendimento nelle aziende sanitarie
- Monitorare l'evoluzione del sistema ECM regionale sviluppando meccanismi di raccordo con gli organismi e le strutture organizzative previste dal Sistema (Conferenza Regionale per la formazione continua e Commissione Tecnico Scientifica ECM)
- Monitorare l'evoluzione della Piattaforma per la Formazione a distanza la cui gestione è stata affidata all'A.Re.S.S.

Se queste due funzioni possono essere considerate gli elementi che stanno a monte del percorso, a valle si ritrova il sistema produttivo della formazione continua che, in questo momento, vede coinvolti diversi soggetti, in particolare appartenenti al sistema delle aziende sanitarie regionali e a quello universitario. In questa prima fase (fino al 2010), per quanto riguarda il sistema di accreditamento ECM è stata fatta la scelta di avviare una sperimentazione che interessasse unicamente i providers pubblici, le aziende sanitarie e l'università e per quanto attiene alle tematiche etiche, deontologiche e normative gli Ordini e Collegi professionali.

Questa scelta di riconoscimento graduale dei providers dovrebbe infatti consentire al sistema di compiere un rodaggio e quindi successivamente aprire la strada a tale riconoscimento anche al resto delle agenzie formative avendo consolidato procedure e competenze organizzative in merito all'accREDITAMENTO regionale

Un altro obiettivo a breve termine, sarà la realizzazione di un documento regionale di indirizzo strategico a cura dell'Assessorato, a partire da una serie d'informazioni (dati, suggerimenti ed indicazioni) provenienti dagli indirizzi di piano, dalle indicazioni della Conferenza, dalle indicazioni delle commissioni tecnico-scientifiche, dall'A.Re.S.S. e dal gruppo tecnico regionale sulla formazione continua.

Nelle slides che seguono sono presentati schematicamente le parti che compongono il sistema e le funzioni che intercorrono tra esse.

Inoltre nella seconda parte delle slides sono presentati i progetti formativi regionali che costituiscono la programmazione 2008-2009 da parte dell'Assessorato. Tutti progetti saranno realizzati attraverso il sistema organizzativo costituito dai servizi formazione delle aziende regionali che potrà già usufruire del nuovo sistema di accREDITAMENTO ECM regionale.

PROGRAMMAZIONE 2008 - 2009

FONDI ACCORDO STATO REGIONI ELENCO PROGETTI (DGR 22-777 del 17.12.2007)

- Piani di formazione aziendali
- Iniziative formative legate alle indicazioni e agli obiettivi del nuovo PSR
- Sviluppo competenze nel campo della formazione
- Formazione manageriale:
 - 1) Formazione per direttori
 - 2) Etica del management
- *Attività formative legate ai gruppi di lavoro A.Re.S.S.*
- *Attività formative legate ai tavoli tecnici regionali*
- *Sviluppo della piattaforma regionale e-learning e abbonamenti a riviste on line*

PIANI DI FORMAZIONE AZIENDALI

- Criteri per il finanziamento:
 - 1) Trasmissione del Piano di Formazione 2007 approvato con atto formale dell'azienda
 - 2) Entro 31 gennaio 2008
- Valore complessivo del progetto: **1.131.390 €**

PROGETTI DI FORMAZIONE LEGATI AGLI OBIETTIVI DEL NUOVO PSSR

OBIETTIVO: Finanziare Progetti formativi organizzati dalle aziende sulla base degli obiettivi individuati a partire dalle indicazioni del nuovo PSR (allegati alla delibera)

- 30.000 € per ciascuna attuale azienda
- Possibilità di presentare progetti interaziendali
- Tempi di presentazione del progetto: 31.05.2008
- Tempi di realizzazione dei progetti: entro il 2009
- Modulistica per progettazione e rendicontazione saranno inviati alle aziende
- Valore complessivo del progetto: **900.000 €**

PROGETTI PRESENTATI DALLE ASR

- N° Progetti presentati = 55
- N° Ore complessive di formazione = 6.612
- N° Partecipanti totali = 16.102
- Valore Economico = 1.060.204 €
- Differenza = + 160.204 (=15%)

SVILUPPO COMPETENZE NEL CAMPO DELLA FORMAZIONE

FORMAZIONE DI BASE

- 2 edizioni di 2 gg (25 partecipanti x edizione)

FORMAZIONE AVANZATA

- *Docente d'aula* (6 edizioni x 4gg x 25 part.x edizione)
- *Progettista di Formazione* (2 edizioni x 3gg x 20 part. x edizione)
- *Analisi dei bisogni Formativi* (4 edizioni x 2 gg x 25 part. x ed. ne)
- *Metodologie di Apprendimento dall'esperienza* (2ed x 3gg x 20 part.)

Convegno "Formazione Sul Campo" (Biella, 4 Aprile 2008)

Convegno sulla Formazione Regionale (Torino, data da definire)

Valore del Progetto: 330.000 €

FORMAZIONE MANAGERIALE (*Corsi per Direttori*)

- Corso rivolto a:
 - ✓ Direttori di Distretto
 - ✓ Direttori Medici di Presidio

 - ✓ Direttori Dipartimenti di Prevenzione
 - ✓ Direttori Dipartimenti Servizi Territoriali
- 120 ore (Frequenza Obbl. 80%)
- 4 edizioni (25 Partecipanti x Edizione= 100)
- Valore del Progetto: 100.000 €

FORMAZIONE MANAGERIALE (*Etica del Management*)

- Corso rivolto a circa 420 Operatori:
 - ✓ Direttori Generali, Sanitari ed Amministrativi
 - ✓ Direttori Dipartimenti, Strutture complesse
 - ✓ Dirigenti Sanitari, Professionali e Coordinatori del comparto sanitario
 - ✓ Docenti di etica: vari ruoli professionali
- Metodologia: Formazione-Azione con sperimentazione di esperienze concrete di procedure e azioni orientate alla dimensione etica dei Comportamenti manageriali
- Azienda organizzatrice: S. Giovanni Battista di Torino (Progetto entro 30/06/2008)
- Valore del Progetto: 50.000 €

PERCORSI FORMATIVI LEGATI AGLI OBIETTIVI DEI GRUPPI DI LAVORO DELL'A.Re.S.S.

- 32 Tipologie di Corsi
- 158 Edizioni complessive
- 4503 Partecipanti
- 2567 ore di formazione
- Tempi per la presentazione della programmazione: 30/06/2008
- Tempi per la realizzazione delle attività: entro il 2009
- Valore del Progetto: 514.000 €

PERCORSI FORMATIVI LEGATI AGLI OBIETTIVI DEI GRUPPI TECNICI REGIONALI

- 12 Tipologie di Corsi
- 40 Edizioni complessive
- 920 Partecipanti
- 915 ore di formazione
- Tempi per la presentazione della programmazione: 30.06.2008
- Tempi per la realizzazione delle attività: entro il 2009
- Valore del Progetto: **182.400 €**

PIATTAFORMA E-LEARNING

- Sviluppo dei Contenuti e gestione degli stessi
- Integrazione della piattaforma con il sistema operativo di gestione dell'accREDITAMENTO ECM
- Attivazione di un sistema centralizzato di abbonamenti e accesso a riviste specializzate e banche dati on-line
- Valore complessivo del Progetto: **482.723 €**

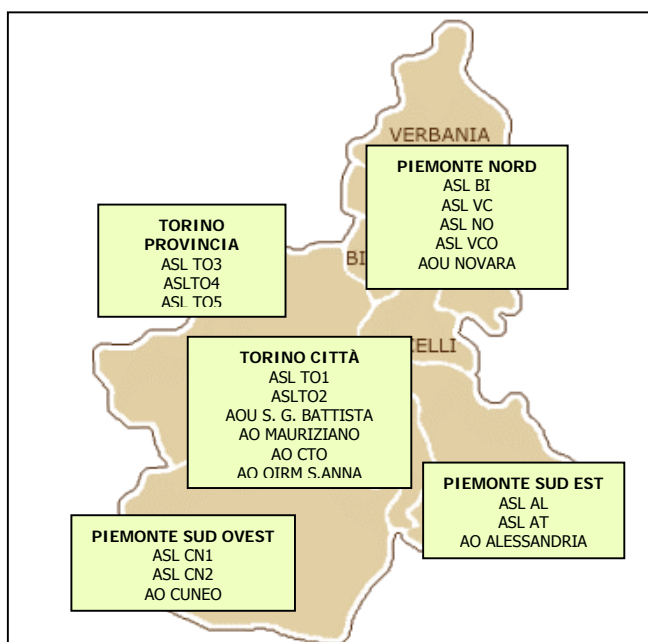
PROGETTI DI FORMAZIONE PRESENTATI DAI SETTORI REGIONALI

- N° Progetti presentati = 41
- N° Ore complessive di formazione = 2.896
- N° Partecipanti totali = 5800
- Valore Economico = **619.700 €**

ALTRE INIZIATIVE REGIONALI

- Costituzione dell'Area di Formazione Regionale per i Pediatri di Libera Scelta e finanziamento del relativo Piano di Formazione (Budget annuale 287.202 €)
- Costruzione del Documento Strategico per la programmazione e il controllo delle attività formative rivolte ai MMG

COORDINAMENTI INTERAZIENDALI PER LA FORMAZIONE CONTINUA IN SANITÀ (CIF) (DD N° 70 DEL 15/2/2008)



IN SINTESI

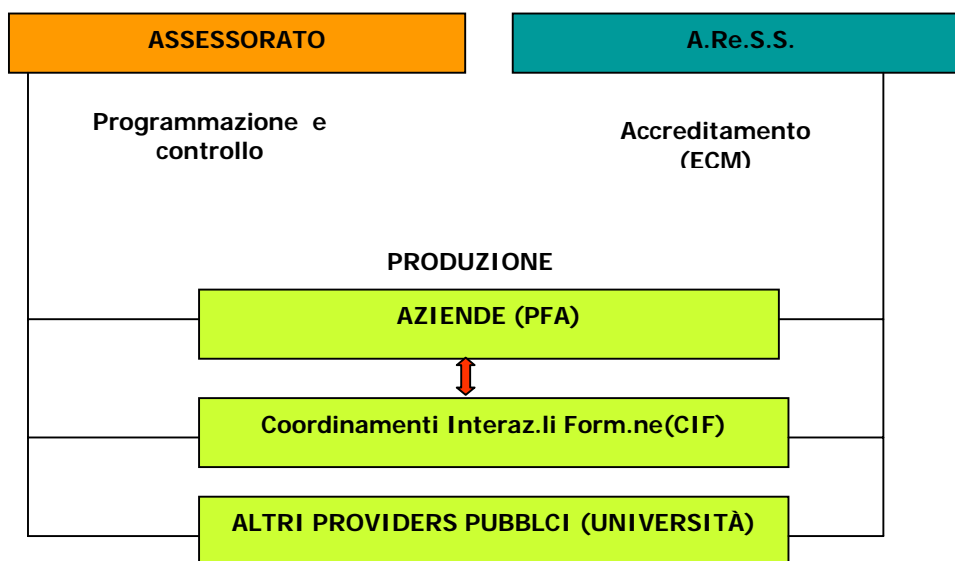
- **Risorse Economiche** complessivamente investite = **4.597.841 €**
- Per **160 progetti di Formazione**
- Per **13.854 ore** complessive di Formazione
- Per **28.645 Operatori** destinatari

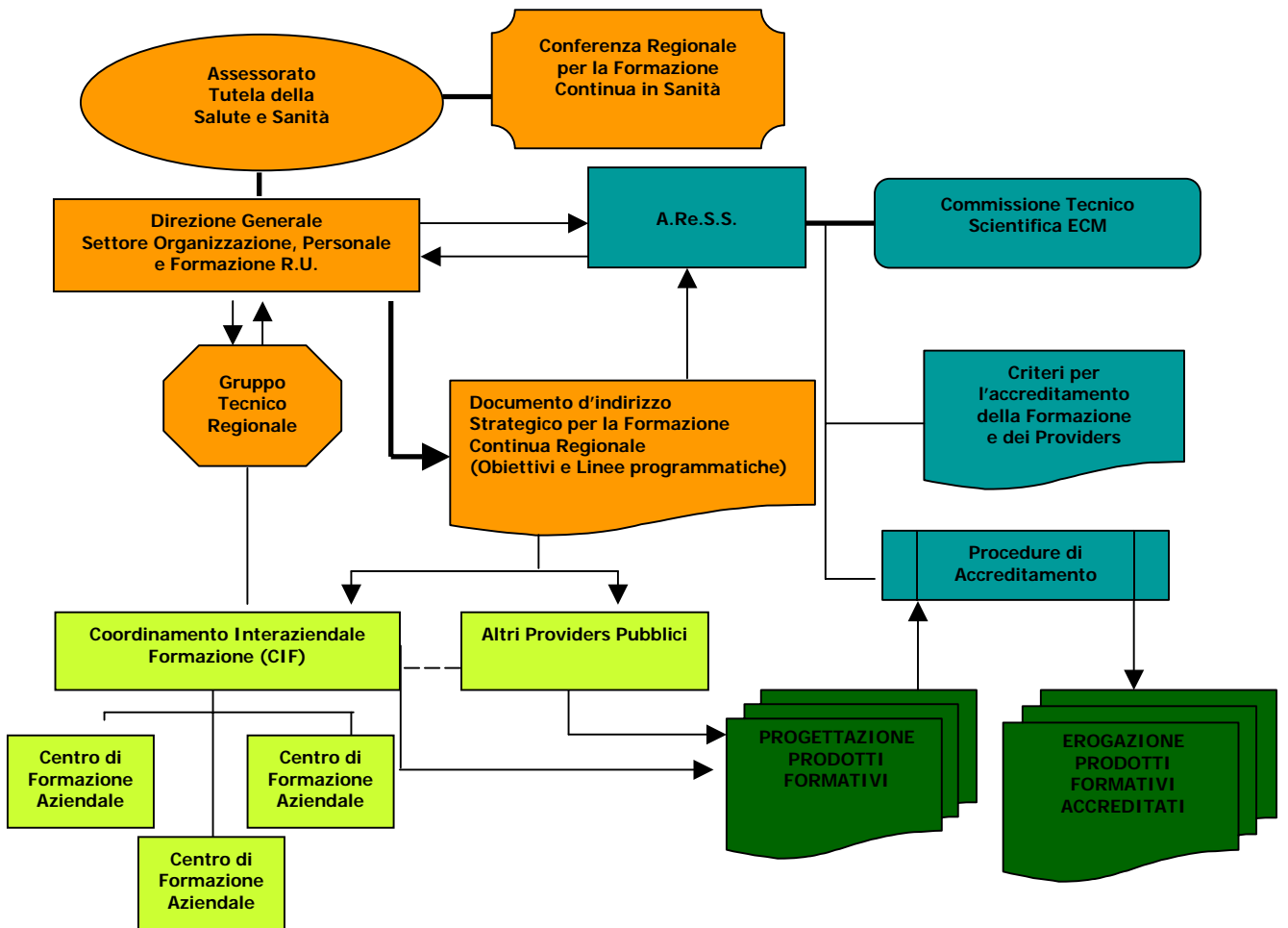
VERSO UN SISTEMA FORMATIVO REGIONALE

Un Modello Organizzativo per il Sistema Sanitario della Regione Piemonte

OBIETTIVO DEL SISTEMA

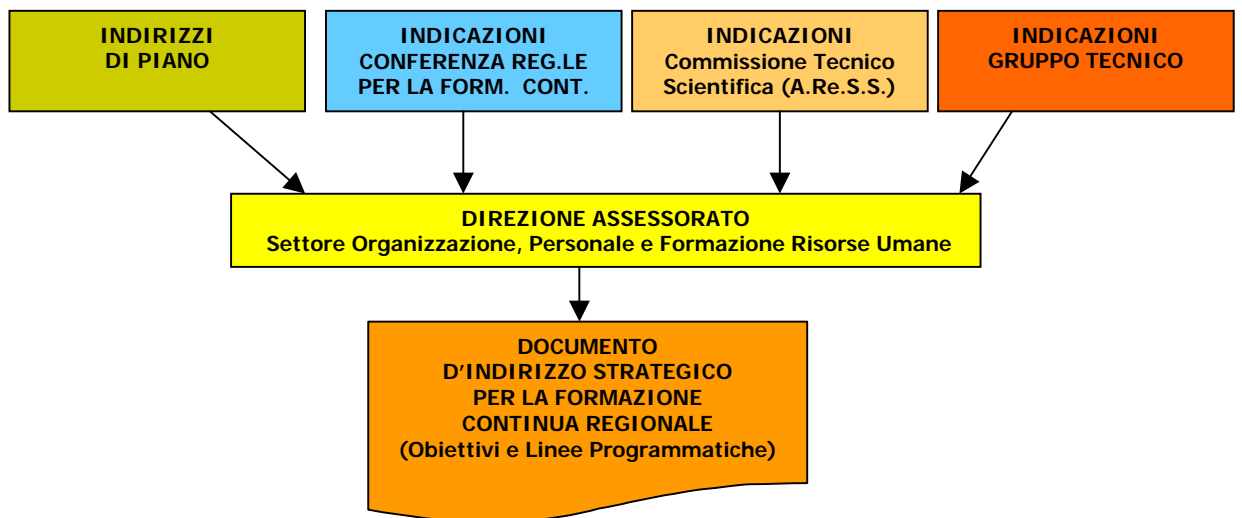
- Sviluppare le competenze dei **centri di formazione aziendale**
- Avviare una strategia di **programmazione e controllo** sulla formazione regionale
- Creare a livello di tutto il territorio **riferimenti organizzativi per il sistema formativo regionale** (coordinamenti interaziendali per la formazione – CIF)
- Realizzare un sistema di **accreditamento ECM regionale**
- Sviluppare le metodologie di **apprendimento sul campo e a distanza (e-learning)**
- Sviluppare una **partnership con l'università** sui contenuti, le metodologie, l'innovazione e la ricerca.





PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Obiettivi e Strategie per la Formazione Continua in Sanità



Apprendimento dall'esperienza e Formazione sul Campo: verso un cambiamento sistemico ad esito incerto¹

Vincenzo Alastra

Direttore Struttura Complessa – Organizzazione Sviluppo Risorse Umane – ASL BI

Le ragioni di interesse per la Formazione sul Campo

Il dibattito sul tema della Formazione Sul Campo (FSC), è al centro del vivace confronto in atto, in questi ultimi anni, fra gli "addetti ai lavori".

Per gli operatori della sanità, per chi opera nei servizi formazione delle Aziende Sanitarie e per chi le rappresenta, i motivi di interesse per la FSC sono molti e, come già sottolineato nel suo intervento dal Direttore Generale Brusori, vanno oltre l'investimento istituzionale, che discende dalla determinazione della Commissione Nazionale ECM.

Bastano poche annotazioni per cogliere l'ampiezza del dibattito che il tema della FSC alimenta.

Stiamo assistendo, su questo tema, ad una crescita di interesse che deriva sia da motivazioni condivisibili, ovvero osservazioni di carattere andragogico (Knowles, 1997, Brusciaglioni, 1997), relative all'efficacia di queste pratiche formative, che da ragioni di interesse, per così dire, "meno nobili", sostanzialmente riconducibili all'intento di massimizzare l'impegno in attività lavorative contenendo le "distrazioni" che si verificano a causa della frequentazione di iniziative formative in aula. Indubbiamente il sistema ECM ha provocato una crescita esponenziale dei volumi di tempo dedicato alla formazione in aula, tutto ciò ha comportato uno stress organizzativo gestionale considerevole all'interno delle organizzazioni sanitarie. Il ricorso alla formazione in aula è poi risultato particolarmente oneroso per quei contesti lavorativi caratterizzati da una scarsità, o non ottimale distribuzione e impiego produttivo, delle risorse umane ivi operanti.

Tutti noi conosciamo poi l'"ansia da crediti" che ha colpito molti operatori sanitari in questi ultimi anni e il correlato atteggiamento da "corsificio" intrapreso, in talune occasioni, dai servizi formazione.

Si tratta di criticità, fenomeni o atteggiamenti negativi che il sistema ECM ha evidenziato, a mo' di cartina al tornasole, ma che non hanno nulla a che vedere con il sistema in sé e che, in ogni caso, non possono certo oscurare i tanti positivi cambiamenti alimentati dal sistema stesso.

Pensare comunque di poter far fronte a queste, e ad altre, criticità organizzative e culturali, semplicemente accreditando alcune tipologie di attività lavorative come formative di per sé, non rappresenta ancora un vero e proprio cambiamento di prospettiva.

Così pensando ed operando si rimarrebbe all'interno di una cornice sterile. Si perderebbe l'occasione per ripensare i propri assetti organizzativi, si perderebbe tensione verso il miglioramento continuo della qualità della formazione erogata e, semplicemente, si sostituirebbe quella logica da "corsificio" prima accennata, con un'analogia da "credificio", tutto ciò senza perseguire davvero cambiamenti sostanziali, rimanendo su un piano di sottocultura organizzativa rispetto al tema della formazione e dell'apprendimento all'interno delle organizzazioni.

Tornando ora a osservazioni più pertinenti dal punto di vista andragogico e didattico² si può facilmente evidenziare quanto la FSC sia particolarmente congeniale per l'apprendimento degli adulti in quanto trova piena corrispondenza nei criteri che, a partire da quanto sottolineato da Knowles (1997), dovrebbero essere rispettati per accrescere la motivazione ad apprendere degli adulti (attività formativa percepita come rilevante, concretezza dei problemi trattati, responsabilizzazione diretta dei discenti, ecc.)³.

1 Testo redatto come successiva elaborazione dei contenuti presentati al convegno.

2 A questo proposito, Oggioni (2003), da parte sua, evidenzia il fatto che l'apprendimento "sul campo", avvenendo appunto direttamente "sul campo", consente di evitare le difficoltà legate al "trasferimento" di quanto appreso, risultando particolarmente congeniale per quelle persone il cui stile di apprendimento è prevalentemente cinestesico cioè basato sull'esperienza. Il fatto che la FSC possa valorizzare gli esperti interni di un'organizzazione, le competenze e i meccanismi potenziali di trasferimento del know-how già esistenti in azienda è sottolineato da Marenzi (2003).

3 Sulla progettazione delle attività formative destinate ad adulti nelle organizzazioni di lavoro cfr. Castagna (1997).

Non va infine dimenticato che i vari contesti della formazione, i diversi "mondi" e modi che hanno a che vedere con la produzione della formazione, e quindi anche della FSC, sono tutti mondi relazionali, interessanti sistemi viventi, educativi e organizzativi, quindi mondi che rimandano a visioni di complessità.

La FSC poi, ed è questa la tesi di questo intervento, profila all'orizzonte un **cambiamento di portata straordinaria** per tutti gli attori del sistema formativo e, in particolare, per chi opera all'interno dei Servizi per la Formazione; cambiamento che, per la complessità e gli interessi in gioco, per le forze in campo, per il fatto di situarsi in un contesto culturale, inevitabilmente, ancora acerbo, si profila come insistente su diversi piani. **Possiamo quindi parlare di un cambiamento sistemico (quindi) ad esito incerto.**

Cercherò pertanto, partendo da una definizione di FSC, di mettere a fuoco le dimensioni, e alcune possibili problematiche e scenari intorno ai quali si giocherà questo cambiamento; questioni che, sostanzialmente, ruotano e sono riconducibili a interrogativi quali:

In che rapporto stanno fra loro formazione e lavoro?

Alla luce della FSC, non è forse il caso di rivedere le nostre concezioni di lavoro e formazione?

Cosa caratterizza le tipologie di conoscenza e formazione implicita ed esplicita?

Come conosciamo e come costruiamo e alimentiamo, conoscenza ed apprendimento nelle organizzazioni?

Quale cultura organizzativa, quale assetto organizzativo, quali risorse ricercare, promuovere? Su quali valori investire e come promuoverli, coltivarli per favorire la crescita della FSC?

Quali nuove responsabilità si annunciano o si evidenziano, in previsione di una crescita della FSC, per: le funzioni formazioni, i loro responsabili, i capi ai vari livelli delle organizzazioni sanitarie, l'alta direzione?

Tutte considerazioni e questioni di ordine diverso e di carattere ontologico-gnoseologico, epistemologico-andragogico, etico-culturale e politico-gestionale.

Verso una definizione di FSC

Il presupposto vincente della FSC è quello di attivare un processo di apprendimento valorizzando le prassi e gli strumenti effettivamente adottati nei luoghi di lavoro e quindi le persone con i loro saperi concreti.

Una prima definizione di FSC rimanda a quella formazione che avviene direttamente nei luoghi-tempi di lavoro e, operativamente, individua le seguenti tipologie di attività:

- stage e tirocini;
- gruppi di lavoro e miglioramento;
- audit clinico;
- ricerca.

Ma queste attività possono, di per sé, essere considerate come formative? A quali condizioni possiamo parlare di FSC?

Per rispondere a questi interrogativi si può schematicamente fare ricorso alle quattro possibili situazioni ideali, derivanti dall'incrocio della dimensione attinente il livello di coincidenza o sovrapposizione dei due contesti lavoro/formazione (da un massimo o totale livello di coincidenza ad un minimo) con il livello di esplicitazione del progetto formativo perseguito (nelle quattro classiche fasi di: analisi dei bisogni, progettazione alla luce di determinati obiettivi, individuazione e messa in atto dei metodi e delle azioni più idonee e conduzione di coerenti azioni di valutazioni e verifica).

La formazione più comunemente intesa nell'attuale contesto culturale è la formazione "tradizionale" in aula, ma anche lo studio strutturato, ecc., ovvero attività ancora riferibili ad espliciti percorsi e obiettivi formativi, considerate però "altre" rispetto a quelle lavorative che dovrebbero determinare, in momenti comunque successivi al loro svolgimento, una ricaduta operativo-prestazionale.

Quando invece l'attività in questione risulta totalmente coincidente con quella lavorativa, ma non si distingue un progetto formativo esplicito, semmai si confida nell'esistenza di una ricaduta formativa in senso lato (si assume una non precisata e non distinguibile valenza formativa al semplice buon svolgimento dell'attività lavorativa, dell'affiancamento, della partecipazione a determinate attività) possiamo parlare di **formazione implicita**⁴.

Per quanto invece concerne la FSC, si tratta di attività ed esperienze lavorative che hanno una loro ragione d'essere performante, che sono cioè messe in atto senza soluzione di continuità all'interno del

4 Riferendosi a questi ultimi due casi, Brusaglioni (1997) parla rispettivamente di formazione "off the job" (formazione primaria o di base) e di formazione "during the job" (formazione contestuale o secondaria).

normale flusso lavorativo, ma che si prestano per essere "pensate" o ripensate in chiave formativa, **situazioni nelle quali o sulle quali si innesta un esplicito ed articolato progetto formativo.** Si tratta allora di attività collocabili all'interno del quadrante che risulta incrociando un'esplicita progettualità formativa con un contesto relazionale riconosciuto, da parte degli operatori in esse impegnate, come lavorativo e formativo al tempo stesso.

La prospettiva di Learning Organization viene così a riguardare organizzazioni che si qualificano in tal senso ai massimi livelli; organizzazioni, cioè, intrise di opportunità di apprendimento nelle quali le persone e i sistemi interpersonali che le costituiscono fanno proprio e coltivano, quale valore fondante l'organizzazione stessa, un costante ed esplicito orientamento all'apprendimento dall'esperienza.

In quale rapporto formazione e lavoro ?

- **Progetto formativo: esplicito VS. implicito (analisi, obiettivi, metodi, ecc.)**
- **Contesti formativo/lavorativi: corrispondenza VS. alterità**



Va da sé che parlare di formazione implicita non rimanda ad un giudizio di valore negativo. Tutti sappiamo quanto sia importante per la crescita e lo sviluppo delle competenze più significative⁵ la formazione implicita e, semmai, potremmo riconoscere di essere debitori, per gli apprendimenti fondanti la nostra professionalità, soprattutto a questo tipo di formazione.

Ciò che qui si vuole sostenere è che, semplicemente, i suoi processi, le fasi di realizzazione non sono esplicitamente progettati e, non essendoci in tal senso un progetto, ciò non sia accreditabile da una comunità, seguendo criteri di evidenza. Non si può, in definitiva, senza un **progetto formativo "ben formato"**, che espliciti obiettivi, impegni, tempi, responsabilità e ruoli coinvolti, sistemi di valutazione degli apprendimenti impiegati, ecc., parlare di FSC accreditabile ai sensi del sistema ECM.

Una riflessione più ampia sulla definizione di FSC, non può prescindere da una riflessione intorno all'evoluzione stessa del concetto di formazione continua e dalla constatazione che, nell'epoca post-industriale, il processo formativo tenda sempre più a definirsi secondo caratteristiche di **continuità e integrazione** rispetto a:

tempi; la formazione non è più un momento antecedente rispetto all'inserimento nei contesti lavorativi e il processo formativo dura tutta una vita ("life long learning");

luoghi (i mondi della scuola, dell'università, dei luoghi di lavoro, dei centri formazione si influenzano e contaminano sempre più);

contesti e metodologie formative (si va verso forme "blended" di formazione d'aula e a distanza, all'interno del contesto d'aula la lezione frontale è accompagnata sempre più da discussione casi e autocasì, metodologie formative di ricerca, ecc.);

attori e ruoli dei sistemi formativi e lavorativi (docenti, allievi, tutor, progettisti, gestori, stakeholder, ecc., ma anche capi e collaboratori, operatori delle diverse unità, ecc.) sono sempre più chiamati a collaborare fra loro, a coinvolgersi attivamente, per la produzione di un buon "prodotto" formativo,

⁵ Un interessante tentativo di misurazione della formazione implicita, che si declina nella quotidiana trasmissione del know-how aziendale, attraverso momenti di affiancamento, confronto in riunioni per risolvere determinati problemi, ecc. è stata condotta relativamente alle aziende dell'Emilia Romagna in Delai (2004).

intersecando e intrecciando fra loro vari e diversi processi di significazione dell'esperienza formativa e lavorativa;

contenuti (il portfolio di competenze coltivate comprende sia capacità e conoscenze di carattere psicologico, sociologico e umanistico in senso lato che competenze più "dure", di tipo tecnico-specialistico).

Alla luce di queste considerazioni, risulta allora subito evidente quanto, cimentarsi con il compito di definire la FSC, consenta di assumere due prospettive, due orizzonti di senso: quello del contesto formativo ma anche quello del contesto lavorativo; giungendo così a due possibili definizioni, entrambi sostenibili e capaci, se considerate contemporaneamente, di dare maggiore profondità al concetto stesso di FSC.

In una prospettiva, per così dire, "formativa", si può allora intendere per FSC:

Una pratica formativa che presuppone una riflessione sull'esperienza lavorativa e si sostanzia direttamente nei luoghi-tempi di lavoro, mettendo in atto determinate attività a tutti gli effetti considerabili come lavorative, collocabili in una cornice concettuale e metodologica formativa, ovvero sviluppabili secondo un processo articolato nelle quattro fasi di analisi dei bisogni, progettazione, realizzazione e valutazione e verifica (degli apprendimenti, delle ricadute operative, ecc.).

Allo stesso modo la FSC, in una logica "lavorativa", può essere definita come:

Una pratica lavorativa riferibile a determinate attività condotte e osservate in modo tale da promuovere un miglioramento della performance ed essere considerate a tutti gli effetti formative per gli operatori in esse impegnati, ovvero attività lavorative condotte in modo tale da essere vissute come occasioni strutturate di apprendimento continuo contestuali all'esperienza lavorativa e capaci di incidere direttamente sulla conformazione e dinamica del team di lavoro.

Definire contemporaneamente la FSC nei termini di un'esplicita e determinata pratica formativa o lavorativa, induce ancor più ad assumere nuovi sguardi, a riconsiderare complessivamente il senso e il valore della formazione e del lavoro.

Constatare come si possa operare concettualmente all'interno di queste due prospettive, induce a prendere coscienza della provvisorietà di un atteggiamento culturale dominante che ancora distingue, in maniera troppo netta, formazione e lavoro.

Prendere piena coscienza di come siano possibili concezioni diverse di lavoro e formazione a seconda dei tempi, dei luoghi e dei contesti socio-culturali all'interno dei quali si situano i processi di significazione rende palese la pregnanza culturale (e quindi dinamica, relativa, contestuale), di questi "due mondi".

Apprendere dall'esperienza e coltivare sapere pratico

L'apprendimento dall'esperienza oltre ad essere il processo fondante una buona pratica di FSC, rappresenta una competenza, o **meta-competenza**, centrale per la professionalità dell'operatore sanitario.

Quante volte, infatti, con le nostre diverse qualifiche e collocazioni professionali, ci siamo trovati di fronte a casi unici? Rispetto ai quali dovevamo decidere il tipo di azione più adeguato da intraprendere senza avere procedure precodificate d'azione, senza che esistesse risposta risolutiva anticipatamente disponibile?

Quante volte ci siamo trovati ad assumere valutazioni probabilistiche?

Quante volte abbiamo proceduto formulando ipotesi, sottoponendo poi le medesime a revisioni continue nel corso delle investigazioni e degli interventi messi in atto?

Un buon clinico è colui che applica correttamente regole date o, piuttosto, colui che decide bene?

Quanto è importante per un buon clinico aver maturato una certa esperienza, ovvero la capacità di riflettere sulle pratiche messe in atto, sui singoli casi che tratta?

Quanto condividiamo il fatto che una buona clinica, una buona assistenza, ecc., per essere tale non possa esaurirsi nell'esecuzione di compiti impartiti da altri? Ovvero sostanzarsi in mera esecuzione di procedure o protocolli predefiniti?

Domande come queste, pongono tutte l'accento sul concetto di apprendimento esperienziale. E ciò vale per il medico, lo psicologo, l'infermiere, ma anche l'educatore, l'assistente sociale, ecc. e, potremo dire, per qualsiasi professionista della sanità, Riconoscere la centralità dell'apprendimento esperienziale significa essere propensi a riconoscere chiaramente il valore della riflessione nell'apprendimento, a mettere così in crisi quel concetto di razionalità tecnica che considera l'attività professionale come mera soluzione strumentale di problemi (Schon, 1987).

La nostra attività professionale non è mera soluzione strumentale di problemi e tutti noi siamo consapevoli di essere continuamente immersi in un processo di interazione con l'ambiente sociale e lavorativo, che mette alla prova e modifica le conoscenze precedenti e costruisce nuovo sapere attraverso l'osservazione e la riflessione.

Siamo tutti consapevoli di vivere in un mondo in costante cambiamento, nel quale per far fronte a situazioni, problemi e aspettative sempre nuove, non dobbiamo "solo" apprendere nozioni, pratiche nuove; dobbiamo essere in grado di rinnovare competenze che rischiano continuamente di divenire obsolete, dobbiamo imparare a farlo rapidamente e contando sulle nostre capacità e sensibilità, sulle nostre risorse, dobbiamo cioè **apprendere ad apprendere**, imparare come si impara.

Quale sapere allora siamo chiamati a coltivare oltre a quel sapere tecnico e consolidato che contraddistingue le nostre professioni? Quali le caratteristiche distintive di questo altro sapere?

Come, comunità professionali appunto di pratici siamo chiamati ad esercitare un **sapere di tipo pratico**, un sapere spesso tacito o implicito che può essere reso esplicito e valorizzato coltivando la capacità e l'attitudine a riflettere nel corso del nostro agire professionale, prima, durante e dopo la messa in atto degli interventi che ci competono.

Questo "sapere prassico" si differenzia da quello "tecnico" sotto diversi aspetti (Mortari, 2003)⁶.

È, quello prassico, un sapere che fa fronte a problematiche "aperte" o indeterminate (problemi o situazioni che si conoscono solo intervenendo "in" esse, attraverso uno specifico processo di indagine); problematiche uniche non riconducibili a categorie precostituite e codificate come nel sapere tecnico.

Occorre però essere pienamente consapevoli del fatto che questo sapere che si costruisce a partire dall'esperienza lavorativa, non prende forma solo grazie al fatto di essere impegnati in determinate attività o essere coinvolti in eventi vissuti irriflessivamente (è questo un modo di vivere semplicemente l'esperienza, un modo di vivere ontico, che si esaurisce in un "fare").

Cultivare sapere prassico, presuppone la capacità di esercitare la ragione riflessiva, l'essere pensosamente presenti rispetto a ciò che si fa (un modo di vivere ontologico)⁷.

L'esercizio della ragione riflessiva: dalle competenze del "buon pratico" agli orientamenti per una FSC di qualità

Vale la pena ora soffermarsi sulla capacità di esercitare **la ragione riflessiva** ovvero su questa competenza "core" e sulle capacità ad essa correlate.

Mettere, per così dire, maggiormente a fuoco, queste capacità, è un buon modo per "distillare" alcuni presupposti e orientamenti di fondo, linee di azione e indicazioni metodologiche utili per la progettazione e realizzazione di occasioni formative (in generale e sul campo in particolare) di buona qualità. Possiamo, a questo proposito, fare ancora riferimento, alla illuminante trattazione del tema condotta da Mortari (2003, pp. 23-52).

Seguendo le sue osservazioni, un buon pratico si caratterizzerebbe, in sintesi, per le capacità di: esercitare la ragione riflessiva.

⁶ Mortari (2003, pp. 9-21) mette in luce come nell'ambito di un sapere pratico, le soluzioni, in questi casi, sono uniche e assolutamente contestualizzate, non derivano pertanto da protocolli validati "a monte" del tipo: "dato A se vuoi B fai C" ma da una ricerca fatta con saggezza, tenendo cioè conto della complessità dei diversi fattori in gioco, operando con un atto cognitivo sistemico, simile ad un atto creativo artistico (come il tiro con l'arco) apprendibile con esperienza, non banalmente riducibile alla mera corretta applicazione di regole che possono essere apprese con un insegnamento pre-strutturato.

Gli esiti delle azioni intraprese secondo un sapere prassico sono imprevedibili, siamo al cospetto di un sapere probabilistico, instabile (continuamente rivedibile), un sapere fronetico (non un episteme o sapere ben fondato come nel caso del sapere tecnico).

⁷ Nella prospettiva dell'apprendimento esperienziale un buon pratico, un buon medico, infermiere, psicologo, ...è colui che sa esaminare il caso che si pone dinanzi, che sa condurre un'indagine prendendo decisioni continue con saggezza che "pensa a ciò che fa". " C'è un modo ontico di abitare i luoghi del vivere quotidiano, in cui semplicemente si sta coinvolti in quello che accade, nel senso che gli eventi sono vissuti irriflessivamente e c'è un modo ontologico, che è quello della riflessione, in cui il vissuto entra nell'orizzonte della coscienza divenendo oggetto dell'indagine relazionale " (Mortari, 2003, p. 16). Per "ontico", si intende quindi una modalità di stare in presenza delle cose senza preoccuparsi di pervenire ad una riflessione in grado di razionalizzarne i possibili aspetti di significato che essa può assumere all'interno del proprio percorso personale. Per "ontologico", si intende una modalità di affrontare le differenti esperienze di vita attuando una sistematica riflessione sugli elementi di significato che sono insiti a dette esperienze. Sul tema Ontico Vs. Ontologico, Cfr. Husserl (1968).

Esercitare la ragione riflessiva significa anche superare lo sterile dualismo pratica-teoria. Una buona pratica non è la mera applicazione di teorie "a monte" e, parimenti, non è vero che ciò che conta è solo la pratica, come se potesse esistere una pratica "autosufficiente", non necessitante di teorie, di sistemi di pensiero che danno senso alla medesima. Un buon pratico è colui che virtuosamente elabora sapere collegando, secondo una ricorsività dialogica, la problematizzazione teorica e l'analisi dell'esperienza.

Un buon pratico, inoltre, è capace di mettere in parola, possibilmente in forma scritta⁸, gli esiti della disciplina riflessiva.

Occorre allestire spazi per far crescere e valorizzare la messa in parola e socializzare la messa in scritto dei saperi e la continua messa in disamina critica dei saperi esperienziali.

Si tratta di mantenere "liquido e dialogico lo spazio di elaborazione del sapere" (Mortari, 2003, p. 20)⁹. Queste considerazioni consentono di "toccare con mano", la complessità e l'impegno della missione che attende i Servizi Formazione sul fronte, appunto, della FSC.

Per creare un contesto lavorativo nel quale si costruisca sapere a partire dall'esperienza occorre sviluppare la disposizione al pensare riflessivo da parte dei pratici, a rendere esplicito (e trasferibile) ciò che si fa implicitamente.

Un processo formativo in genere, e un processo formativo sul campo forse ancor più, deve coltivare le attitudini al pensiero riflessivo.

Ciò è sicuramente arduo e richiede la messa in gioco di competenze, l'adozione di metodologie, l'impiego di strumentazioni non banali.

Per le tipologie di obiettivi formativi perseguiti, per il taglio spesso informativo di numerose iniziative di formazione d'aula, per le competenze didattico-metodologiche delle risorse impiegate nei ruoli didattico-pedagogici, per un certo riduzionismo burocratico-amministrativo e per tanti altri motivi ancora, l'impatto del sistema ECM sulle nostre organizzazioni oltre a generare, come sopra accennato, stress organizzativi significativi, ha evidenziato una scarsa dimestichezza con la pratica di un pensiero riflessivo. Tutto ciò richiede quindi di intervenire attivamente, in un contesto organizzativo spesso poco favorevole in tal senso, tenendo presente che, ancor meno recettivo e stimolante, si presenta il più ampio contesto culturale nel quale viviamo¹⁰.

Resta allora il fatto che di strada da fare ne abbiamo molta e che, soprattutto, occorrerà operare, come più avanti approfondirò, perseguendo il cambiamento a livello delle culture organizzative di riferimento.

Incrementare un pensare riflessivo nelle organizzazioni richiede necessariamente tempi lunghi, iniziative formative, e non solo, di lunga gittata temporale.

Impegnarsi nel pensiero riflessivo è, per gli operatori, un esercizio che può essere faticoso e politicamente impegnativo: significa mettere in discussione le proprie premesse, i modi abituali di pensare, con la possibilità di pervenire anche a radicali cambiamenti di paradigma (e sappiamo quanto ci si difende da questi radicali cambiamenti trascurando proprio quelle informazioni che potrebbero provocare uno scompiglio personale).

⁸ Scrivere richiama un'assunzione di responsabilità che rimane nel tempo. Il fatto che ci sia tradizione scritta, un certo tipo di tradizione scritta (non un certo modo di scrivere, di rappresentare il proprio lavoro in maniera "ingessata", che fa intravedere un atteggiamento "rinunciario", spersonalizzato di esserci nella professione) è un indicatore che si sta provando ad essere nuovamente protagonisti, che si cerca di far sentire la propria voce.

⁹ Si tratta di "avere il coraggio di sottrarre il pensare dalle versioni già dette del mondo, dai territori rassicuranti dei paradigmi già definiti, e azzardare la ricerca di altre partiture del pensiero. Significa disfare l'ordine del già detto per poter nascere all'inedito" (Mortari, 2003, p. 21). Impegnarsi nel pensiero riflessivo è un esercizio che può essere faticoso e politicamente impegnativo: Significa mettere in discussione le nostre premesse, i nostri modi abituali di pensare, con la possibilità di pervenire ad anche a radicali cambiamenti di paradigma dai quali ci si difende trascurando proprio quelle informazioni che potrebbero provocare uno scompiglio personale, analogamente ai sistemi di conoscenze scientifiche che tendono a evitare quelle novità che potrebbero sconvolgere le convinzioni su cui si fondano (Kuhn, 1978).

¹⁰ Il nostro tempo, così come messo in luce da sociologi, psicologi, filosofi e intellettuali in genere, sembrerebbe caratterizzarsi proprio per una carenza di pensiero riflessivo.

Pensare sembrerebbe destinato ad avere poco spazio in una cultura prevalentemente dedita al controllo e al dominio del reale, fortemente segnata dall'utilitarismo, dominata dall'etica dell'efficienza manageriale, poco o per nulla promotrice di un pensare critico. Ciò nonostante (o forse potremmo dire: "a maggior ragione") va considerato vitale e, nello stesso tempo, ancora più irrinunciabile, stimolare l'esercizio del pensiero riflessivo. Stimolare l'esercizio del pensare riflessivo, allontanare, così facendo, il rischio di assumere una posizione di anonimata e quindi restituire senso di responsabilità, consapevolezza di essere attori di ciò che si va facendo. Su questo tema si rimanda in particolare a Dewey (1986) e Morin (2001). Invece di accumulare acriticamente sapere è molto più importante una "testa ben fatta" ovvero poter disporre di un'attitudine a porre e a trattare i problemi e a collegare i saperi e dare loro senso Morin (2000).

Venendo ora all'organizzazione delle iniziative formative sul campo occorrerà allestire contesti, mettere in gioco metodologie formative e forme di interazione in maniera tale da assicurare un procedere riflessivo su due livelli.

In primo luogo occorrerà stimolare i protagonisti (gli operatori dell'area formazione, i responsabili delle attività lavorative in questione quali i coordinatori dei gruppi di lavoro e di miglioramento, i responsabili dei gruppi di ricerca, ma anche gli altri operatori impegnati nelle attività stesse) a pensare a ciò che si fa.

Per favorire questo apprendimento esperienziale (legato ad un'esperienza sul campo) si devono strutturare contesti formativi a mo' di **laboratori di pensiero riflessivo**, aventi come oggetto l'"epistemologia della pratica" (Mortari, 2002; Schon, 1987).

Per questo motivo devono essere allestiti adeguati contesti di apprendimento capaci di favorire:

- continue problematizzazioni e ridefinizioni, in maniera tale da rendere "liquida" la discussione, il confronto su presupposti, visioni, sentimenti, paradigmi di riferimento, ecc.;
- tolleranza e adattamento all'incertezza e allo stress emotivo correlato.

Si tratta allora di curare la strutturazione di contesti relazionali nei quali i diversi protagonisti e attori dell'iniziativa formativa possano, e siano in tal senso sostenuti a farlo, mettere in parola il proprio agire.

Approcciarsi con queste premesse e attenzioni alla FSC, va ricordato anche se può sembrare a questo punto del discorso superfluo, richiede la messa in gioco di **competenze andragogiche di altissimo profilo**. Chi sarà chiamato ad esercitare un ruolo o una funzione formativa, in tal modo intesa, dovrà cioè poter contare, a sua volta, su un solido e congruo curriculum formativo personale, comprendente impegnativi training esperienziali e opportune supervisioni e si dovrà attrezzare con tutte le avvertenze metodologiche del caso, ecc.

A questo primo livello, va ancora messo qui in evidenza, che "pensare le azioni" comporta, in maniera diversificata per i diversi protagonisti e interlocutori nelle varie fasi del processo formativo, poterlo fare prima di agire (nella fase di avanzamento delle proposte formative, nel corso della messa a punto del progetto, nella fase di accreditamento dell'iniziativa, ecc.), mentre si agisce (a lavori in corso, nelle verifiche intermedie e nelle opportune ridefinizioni del progetto operativo e del progetto formativo connesso), dopo che si è agito (nel momento in cui si prendono in esame le ricadute operative ed organizzative¹¹).

In secondo luogo, occorre tenere presente che il pensiero riflessivo non solo sollecita a pensare all'esperienza ma anche ai "*pensieri che di essa codificano il significato*" (Mortari, 2003, p. 49)¹², ovvero i presupposti esistenziali e professionali che tendono ad autoconfermarsi, le teorie e convinzioni che tacitamente guidano il nostro pensare e agire.

Per gli operatori dei Servizi Formazione, ciò comporterà una migliore propensione a meta-riflettere sui sistemi formativi aziendali, sulle procedure che andremo a sperimentare per la realizzazione di una FSC di qualità, sui modelli di costruzione di significato dell'esperienza che prediligiamo, su come valutiamo, decidiamo in merito a tutto ciò.

In ultimo, va ancora posto in evidenza che una FSC di qualità deve essere centrata su **metodologie e tecniche particolari** e che l'apprendimento dall'esperienza non può che essere favorito dal corretto e funzionale impiego di metodologie, tecniche e strumenti particolari, conosciuti e già ampiamente impiegati soprattutto in contesti di formazione psico-sociale e socio-educativa, quali il "diario di bordo", l'autobiografia formativa (Demetrio, 1996), i "gruppi di riflessione", la metodologia degli "incidenti critici"¹³, i gruppi di lettura critica, ecc..

¹¹ Mortari (2003) riprende i contributi di Schon (1987) e di Van Manen (1993), sul tema del pensiero riflessivo e distingue due livelli: il pensare a ciò che si fa, il pensare le azioni (mentre si agisce, dopo che si è agito, prima di agire) e il pensare i pensieri ovvero meta-riflettere (come costruiamo il significato dell'esperienza, valutiamo, decidiamo).

¹² Una sorta di "archeologia cognitiva" attraverso la quale si possa portare alla luce teorie, convinzioni, presupposizioni di varia natura che tacitamente guidano il pensare e l'agire (Mortari, 2003), tenendo comunque sempre presente che non può esserci un completo disvelamento di ogni pregiudizio. Comunque collochiamo le nostre riflessioni all'interno di vincoli o pregiudizi. Ciò che conta è guadagnare consapevolezza di tali vincoli (Gadamer, 1999, p. 325).

¹³ Incidenti critici sono quegli eventi problematici che ci vedono impreparati e ci sorprendono (non solo negativamente ma anche positivamente). Gli eventi che sono descritti come critici sono eventi tali per un osservatore.

Forse possiamo dire che la tecnica dell'incidente critico richiama la tecnica degli autocasi ma si distingue da questa in quanto più orientata a svelare le possibili interpretazioni e ragioni di quelli che sono considerati incidenti critici, piuttosto che a favorire determinazioni operative come nella tecnica degli autocasi.

Come dire che se nella tecnica degli autocasi la partecipazione è motivata da domande del tipo: "cosa fare?" o "cos'altro avrei potuto fare?" con la tecnica degli incidenti critici l'accento è posto su "come mai ciò che è successo mi ha sorpreso?" "quale altro modo più apprezzabile potrebbe dare senso all'accaduto?".

Tutte tecniche e metodiche che invitano a trattare non solo di fatti, accadimenti e teorie ma, anche e soprattutto, di significati e di sentimenti che li accompagnano, di interpretazioni, narrazioni di eventi, valutazioni su modelli, metodi e ruoli, intuizioni o prototeorie e ipotesi per azioni future.

Tecniche e metodiche che richiedono al soggetto di selezione ciò che è significativo per lui che consentono, riprendendo Mortari, di germinare un dialogo costruttivo a patto che si sottragga alla propria parola ogni pretesa di verità ultima e ci si collochi all'interno di una "gnoseologia costruttivistica, dunque guidata dal principio di umiltà" (Mortari, 2003, p. 99).

Attraverso l'impiego oculato di queste metodiche sarà allora possibile, per i "discenti"-operatori opportunamente supportati in tal senso, rinforzare la loro consapevolezza dei contesti e delle relazioni che hanno inciso sul proprio processo formativo, mettere ordine ai propri vissuti, ma anche, al contrario, generare confusione creativa, scoprire nodi problematici "assopiti", sollevare dubbi, incrementare possibilità interpretative, favorire svolte ermeneutiche nella disamina del contenuto delle narrazioni, confrontare-intersecare i processi di significazione e successivamente riflettere sul processo di apprendimento attivato dal confronto di gruppo. Proprio su quest'ultimo aspetto vale la pena ancora fare un'ultima considerazione: attraverso il confronto di gruppo si tratta, in ogni caso, di giungere a riflettere sul processo di apprendimento. Una pratica riflessiva è essenzialmente un processo sociale, perché è solo attraverso il confronto con gli altri che il pensare acquista spessore, ovvero consente di considerare altri modi di guardare a ciò che facciamo e a ciò che pensiamo. Il pensiero critico non può essere appreso prescindendo da un contesto di pubblico confronto, e ciò orienta a strutturare gruppi di pari disponibili al confronto, gruppi all'interno dei quali ci si consideri davvero "pari", anche sovvertendo convenzioni e ingessature che la struttura organizzativa tende a cristallizzare.

Affinché si possa accedere alla "zona tacita della mente" (Mortari, 2003, p. 111), va adeguatamente stimolato e facilitato il confronto, attraverso domande che inducono i partecipanti a raccontare in che modo sono giunti a determinare definiti significati, a spiegare le ragioni del loro comportamento. Nella realizzazione di un percorso di FSC, occorre allora un facilitatore o formatore particolarmente competente che si ponga il compito di stimolare opportune meta-riflessioni "manutentive" del/sul gruppo.

Un formatore capace di porre al gruppo, soprattutto in concomitanza dei passaggi cruciali di una determinata attività (di un'attività di ricerca, di audit clinico, ecc.), nei momenti di snodo e al termine di queste attività, domande per avere resoconti dell'esperienza, delle azioni condotte, e domande per conoscere le ragioni delle azioni. Un formatore capace di astenersi da ogni giudizio e di promuovere la stessa astensione nel gruppo. Occorre cioè un professionista capace di favorire ascolto e sospensione di giudizio sul pensiero dell'altro, capace di promuovere in tutti i soggetti coinvolti un atteggiamento eticamente dialogico.

Il futuro di un "servizio per la formazione e il presidio del capitale intellettuale"

In correlazione allo sviluppo della FSC all'interno delle organizzazioni sanitarie, si possono ipotizzare all'orizzonte numerose perturbazioni e cambiamenti, di tipologia e portata diversa.

Alcuni di essi attengono, come sopra accennato, alla dimensione operativa dell'attività formativa e prefigurano scenari nei quali si sarà indotti a pensare ed agire in termini e-e, anziché secondo alternative mutuamente escludentesi (ovvero contrappONENTI fra loro formazione e lavoro, aula-non aula, teoria-pratica, ecc.).

Si può, su questo **piano operativo**, intravedere facilmente la necessità di mettere in atto una significativa azione formativa proprio in tema di FSC. Mi riferisco a veri e propri corsi e ad altre tipologie di azioni, alcune delle quali in capo anche a servizi e funzioni diverse dai Servizi Formazione.

Altri cambiamenti, attengono poi alle **dimensioni identitarie ed etiche** dei diversi attori aziendali interessati dalle pratiche di FSC (formatori interni, capi e operatori dei Servizi Formazione, arrivando fino a ridefinire la missione stessa di questi servizi) e alla **cultura organizzativa** che potrà favorire una buona pratica di FSC, venendo al contempo confermata e rinforzata da detta pratica.

Questo secondo ordine di considerazioni è, in buona parte, connesso e derivato da un'esplorazione del costruito di apprendimento organizzativo.

In sintesi, la FSC ci induce a porre in primo piano, a coltivare, atteggiamenti e consapevolezze di fondo, traiettorie di sviluppo e possibili significativi cambiamenti. Di seguito vado pertanto a tratteggiare e illustrare, per sommi capi, alcuni cambiamenti che, nel prossimo futuro, potrebbero interessare i Servizi Formazione, e non solo, operanti all'interno delle Aziende Sanitarie.

Formare alla FSC e altre azioni a sostegno della FSC

Un primo ordine di annotazioni sul futuro prossimo, concerne i campi di azione e le attività sui quali saranno impegnati i Servizi Formazione.

A questo livello possiamo parlare di iniziative strutturate e, più in generale, di interventi per lo sviluppo di cultura della FSC in un'Azienda Sanitaria.

In primo luogo va preventivato come già accennato, e non è un paradosso, un ingente impegno nella realizzazione di diverse **opportunità formative d'aula in tema di FSC**.

In sintesi si tratta di realizzare iniziative formative, di "base", finalizzate a sviluppare:

- conoscenza diffusa in merito ai vari aspetti caratterizzanti i diversi contesti di apprendimento della formazione sul campo (definizioni, ruoli operativi e gestionali, formativi e tecnici, peculiarità delle fasi del processo formativo, competenze di base e metodologiche relative ai contesti di tutoring, audit clinico, ricerca, ecc.);
- sviluppo delle competenze relazionali, gestionali, metodologiche e tecniche dei "facilitatori dell'apprendimento" impegnati nei suddetti contesti (padronanza di metodologie, tecniche e strumenti particolari, leadership, capacità di conduzione di gruppi e team building, competenze nella relazione di tutoring, competenze per la conduzione di ricerche-intervento, competenze centrate sulla narrazione e l'ascolto, sul metodo degli auto-casi, sulla messa in gioco emotiva dei partecipanti, capacità di stimolare opportune meta-riflessioni manutentive del-sul gruppo circa la sua pratica conversazionale, ecc..)

Inoltre, va sottolineato che dette iniziative formative, dovranno necessariamente avere in comune, come loro tratto distintivo o prospettiva di fondo a cui ispirarsi, una certa propensione alla "trasversalità" (rispetto ai livelli gerarchici e funzionali, alle qualifiche e competenze, ecc.), capace di favorire ascolto e non giudizio, valorizzazione dei diversi contributi, ecc. (in coerenza con il concetto di laboratorio riflessivo appena richiamato).

Ancora una volta, si tratterà di prestare parimenti attenzione ai modi di operare, agli stili e regole relazionali di questi contesti, oltre che ai temi e contenuti delle iniziative formative.

Altre azioni, oltre a quelle tipicamente formative, potranno (e dovranno se si intende davvero far crescere una cultura della FSC) essere poi presidiate dai Servizi Formazione e, più in generale, da funzioni e attori aziendali diversi impegnati sul fronte dello sviluppo delle risorse umane.

Nel primo caso, parlando di azioni di competenza dei servizi formazione, dobbiamo preventivare un attento e maturo presidio della imprescindibile fase di **sperimentazione** di tali pratiche. Ciò concerne, ovviamente, i contesti regionali, come quello piemontese, che si accingono a varare un proprio sistema di accreditamento ECM della FSC (ma un discorso analogo può forse valere anche per le altre realtà).

Presidiare la sperimentazione significa, in primo luogo, assicurarsi che si possa procedere secondo principi di sostenibilità, tenendo cioè conto delle risorse esistenti, dei vincoli e delle opportunità presenti allo stato dell'arte nei Servizi.

Presidiare la sperimentazione significa, in particolare, essere coinvolti e partecipi nella messa a punto e attuazione di un sistema di valutazione capace di restituire informazioni di ritorno sui diversi piani di interesse (verifica dell'adeguatezza da un punto di vista andragogico, impatto organizzativo, definizione e sviluppo dei profili professionali e delle competenze degli operatori dei Servizi Formazione impegnati sui fronti della FSC, ecc.).

Quindi, per essere molto chiari, vale la pena ribadire che l'implementazione di un sistema di accreditamento della FSC dovrà, necessariamente, vedere i Servizi Formazione in prima fila, nelle valutazioni e decisioni, in una posizione di assoluto impegno e "voce in capitolo", capaci di porsi attivamente in gioco ma anche determinati a non subire "onde anomale" che metterebbero a dura prova Servizi ancora poco attrezzati in termini di risorse umane e competenze.

Un'altra traiettoria d'azione concerne poi l'attuazione di forme di sostegno, **consulenza e supervisione in favore di "capi" e responsabili**, particolarmente sensibili e disponibili a sperimentare esperienze paradigmatiche di FSC, a cimentarsi nella definizione dei piani di sviluppo individuale delle loro risorse umane, ecc., ma anche la cura della documentazione e diffusione di queste buone pratiche nei diversi contesti organizzativi.

Altre possibili azioni, discenderebbero da un opportuno orientamento degli altri sistemi di sviluppo e gestione delle risorse umane e potrebbero sostanziarsi, ad esempio, nell'implementazione di sistemi di valutazione delle competenze espresse comprendenti capacità e conoscenze di rilievo nella prospettiva della FSC, di sistemi premianti orientati su aspetti operativi, risultati, ecc., sempre di rilievo in tal senso, di assetti e dispositivi organizzativi particolarmente orientati al miglioramento della comunicazione interna (piani di comunicazione, ottimizzazione di riunioni periodiche di team, ecc.), e altro ancora.

Spostamenti di focus richiamati dal concetto di apprendimento organizzativo: verso la ridefinizione della mission dei servizi formazione

LA FSC e il tema dell'apprendimento dall'esperienza richiamano fortemente l'attenzione sul concetto di apprendimento organizzativo e su come questo si differenzi dall'apprendimento individuale.

L'apprendimento organizzativo "(...) si realizza come sviluppo del sapere e del saper-fare in un'organizzazione, in funzione del cambiamento e dell'innovazione continua, esso è reso possibile dalla capacità di apprendere dei singoli e da una pratica di interazione, di scambio e di socializzazione delle informazioni presenti nel contesto" (EDA – Glossario Formazione Adulti).

Possiamo quindi parlare di "apprendimento organizzativo" quando "informazioni, esperienze, scoperte, valutazioni di ciascun individuo diventano patrimonio comune dell'intera organizzazione, fissandole nella memoria dell'organizzazione, codificandole in norme, valori, metafore e mappe mentali in base alle quali ciascuno agisce. Se questa codificazione non avviene gli individui avranno imparato, ma non le organizzazioni" (Alessandrini, 2005, p. 105)¹⁴

L'idea di apprendimento organizzativo pone quindi l'accento sul fatto che più persone, una squadra, un team di lavoro, una comunità professionale, sono chiamate ad interagire fra loro per produrre un risultato nell'organizzazione.

Il concetto di apprendimento organizzativo si colloca in una **logica di sistema**, dove le parti devono apprendere ad interagire-integrarsi, secondo un principio di totalità e non di semplice sommatoria.

Una buona metafora in grado di esprimere sinteticamente questa prospettiva è quella di un gruppo di musicisti jazz, un insieme di bravi musicisti che, in un rapporto di continua autoregolazione e reciproco influenzamento, arriva a suonare in maniera armonica e, nel contempo, non prevedibile. Seguendo questa metafora va ancora messo in evidenza che per raggiungere buoni livelli non è sufficiente mettere insieme bravi solisti. Occorre tempo, c'è bisogno di "prove", di esperienza e, appunto, formazione sul campo!

Soffermarsi su questo concetto, anche solo sommariamente come qui è stato possibile fare, induce automaticamente a focalizzare l'attenzione su come si crea conoscenza nelle organizzazioni¹⁵ e sulle fasi attraverso le quali si sedimenta un apprendimento organizzativo, sui processi fondamentali, qui sinteticamente elencati, attraverso i quali possiamo cioè dire che un'organizzazione apprende (Cappucci, 2000).

- Acquisizione – sviluppo delle conoscenze - Incremento delle conoscenze
- Codifica – Traduzione ingegnerizzazione in prassi operative
- Patrimonializzazione – Accumulo custodia del sapere
- Diffusione – Distribuzione, scambio, omogeneizzazione conoscenze – competenze
- Monitoraggio – Definizione di misure e valutazione per il miglioramento

Tutto ciò indica quindi alcune traiettorie di sviluppo e alcuni spostamenti di focus importanti per i Servizi Formazione.

Lapidariamente, si tratterebbe di passare dall'idea di formazione (input) a quella di apprendimento (output), dall'apprendimento degli individui a quello dell'organizzazione.

Emerge quindi la necessità di ridefinire la mission dei servizi formazione, verso la strutturazione di **contesti di apprendimento e creazione e diffusione delle conoscenze**; non solo servizi finalizzati al soddisfacimento di determinati bisogni e al perseguimento di obiettivi identificabili in anticipo, attraverso la realizzazione di iniziative formative.

Dobbiamo agire maggiormente in termini di apprendimento, più che di formazione, di output più che di input, di apprendimento dell'organizzazione, più che delle singole persone (Cappucci, 2000, p. 48). Il passaggio delle aree formazione verso una dimensione di presidio dello sviluppo del capitale umano, di sviluppo di sistemi di **knowledge management**, sarà la svolta che la FSC tenderà, almeno potenzialmente, a favorire.

Tema centrale sarà quello dello sviluppo della conoscenza nelle organizzazioni, della "cattura" e messa a disposizione del capitale conoscitivo e del sostegno alla migliore gestione della conoscenza.

¹⁴ Cfr. Anche Argyris (1978).

¹⁵ Già il filosofo della conoscenza M. Polanyi (1966), distingueva due livelli della conoscenza: conoscenza tacita - interiorizzata e conoscenza esplicita. Secondo Nonaka e Takeuchi complessi processi sociali non codificabili in piani e procedure ripetibili permettono la trasformazione della conoscenza tacita in conoscenza esplicita (Nonaka, 1991). Per una snella guida per orientarsi nella vasta letteratura sull'argomento sul tema dell'apprendimento e della conoscenza nelle organizzazioni cfr. Gherardi, Nicolini (2004).

Cambiamenti di rilevanza identitaria ed etica e di cultura organizzativa

La consapevolezza circa il fatto di poter apprendere facendo (ogni esperienza è potenzialmente in grado di generare apprendimento) esorta, automaticamente, ad una maggiore responsabilizzazione: l'apprendimento dipende da noi, da ciò che facciamo e dal modo in cui ci proponiamo rispetto all'esperienza, ovvero dal fatto di proporci con atteggiamento pensoso e riflessivo.

Tutto ciò dovrebbe quindi accrescere la consapevolezza in noi di essere attori-costruttori protagonisti dei processi formativi.

L'introduzione delle pratiche di FSC segna, in tal senso, una netta linea di confine rispetto ad atteggiamenti ancora improntati da un "infantilismo organizzativo", in virtù del quale se le cose non vanno bene è sempre colpa di un qualche altro-organizzativo non meglio identificato, sul quale, qualunquisticamente, scaricare le responsabilità ("l'ECM", "l'Azienda", ecc.).

La FSC restituisce responsabilità finale del processo di apprendimento ai **gruppi di lavoro** e al singolo componente e ciò, ancor più, se si riuscirà a implementare corretti sistemi di accreditamento capaci di restituire evidenza circa la qualità delle iniziative.

Ciò ha molte implicazioni e conseguenze operative e pertiene alla natura del **rapporto organizzazione-persona**; rapporto che può essere inteso come virtuoso (quando ci si scambia valore e lo sviluppo professionale e organizzativo vanno di pari passo) o vizioso.

Possiamo, forse, annotare quanto i nostri contesti registrino ancora una certa "passività" da parte degli operatori sanitari di fronte al processo formativo e al problema dell'apprendimento. Atteggiamento questo ancora diffuso e tipico di una certa cultura organizzativa da "dipendenti", nella sua connotazione negativa. Questo è un tema ad alta rilevanza identitaria ed etica e richiede un cambio culturale profondo.

Al riguardo, va allora evidenziato quanto si possa e si debba ancora lavorare a livello di cultura organizzativa per far sì che si possa assimilare pienamente un atteggiamento attivo, un sentirsi veramente attori del proprio processo di sviluppo professionale.

Altro punto nevralgico e centrale su questo fronte, è quello che rimanda alla figura del "capo".

A questo proposito è fondamentale che si tenga presente che il "capo", che gli piaccia o no, che sia positivo o negativo il suo contributo, comunque orienta, favorisce o ostacola i processi di apprendimento; che ne sia consapevole o meno "semina" deutero-apprendimenti potenziali, valori e assunti importanti (ad esempio e in chiave positiva: "il confronto fra colleghi è arricchente", "occorre sapersi mettere in gioco", "apprendere significa riflettere sull'esperienza", ecc.).

Quale cultura organizzativa promuovere?

Un ulteriore livello della riflessione concerne il tema della cultura organizzativa¹⁶.

Sviluppare la FSC, significa coltivare, promuovere quelle relazioni che contribuiscono a costruire un contesto informato al principio di una **learning organization**, di un'organizzazione orientata all'apprendimento dall'esperienza.

Quale cultura organizzativa può favorire allora lo sviluppo della FSC in un'Azienda Sanitaria e, nel contempo, essere essa stessa promossa e rinforzata da una pratica di FSC di qualità?

Quali presupposti e valori possono sostenere lo sviluppo di una FSC ed essere, altresì, rinforzati dalla realizzazione di iniziative formative in contesti "di campo"? Quali le competenze, gli atteggiamenti, i valori d'elezione per comunità di tal tipo? Quali azioni a sostegno di una cultura della formazione sul campo?

Come promuovere una cultura matura rispetto all'**errore**? Come favorire la sospensione del giudizio e la tensione a capire anziché a giudicare? Se, come si è visto, è fondamentale allestire spazi di ascolto e narrazione: quali le occasioni per raccontarsi da parte degli operatori? Quanto ciò è favorito o osteggiato nei nostri contesti? Come vengono condotti i momenti di confronto, le riunioni di équipe, ecc.?

Il tema dell'ascolto organizzativo, richiama poi il tema di come vengono trattate le **emozioni** e i **sentimenti** nelle nostre organizzazioni, del valore che viene loro attribuito.

Come recuperare spazi di espressione dell'emozionalità?

¹⁶ È opportuno richiamare qui la definizione che dà Schein (1996) del concetto di cultura organizzativa, inteso come "l'insieme di assunti fondamentali che un dato gruppo ha inventato, scoperto o sviluppato imparando ad affrontare i suoi problemi di adattamento esterno e di integrazione interna e che hanno funzionato abbastanza bene da poter essere considerati validi e perciò insegnati a nuovi membri come modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a quei problemi". Troppo spesso il concetto di cultura è confuso e limitato con il solo aspetto relazionale / ambientale; al contrario la cultura è la risposta a problemi di sopravvivenza esterna, di integrazione interna e si basa su alcuni assunti di base profondi e si analizza partendo dall'osservazione di artefatti esteriori, dall'analisi dei valori dichiarati fino ad arrivare alla scoperta degli assunti taciti condivisi (Schein, 2000).

Richiamando il concetto o sentimento di **autoefficacia** (Bandura, 2000) possiamo allora domandarci: come aiutare le organizzazioni a ricercare – costruire senso, sapere di saper fare?

Sulla base di quanto prima annotato, possiamo dire che la promozione di una cultura organizzativa favorente la FSC può, essenzialmente, essere tradotta in azioni e politiche di educazione al pensiero riflessivo. In quest'ottica, sarebbe allora utile mettere in discussione alcuni presupposti o distorsioni che sembrerebbero caratterizzare le nostre organizzazioni.

Ispirandoci, ancora una volta alle riflessioni proposte dalla Mortari (2003, pp. 69-71), va messo in evidenza che l'esercizio del pensiero riflessivo allontana il rischio di assumere una posizione di anonimata all'interno dei nostri contesti lavorativi. Si tratterebbe inoltre di favorire i passaggi di visione, qui richiamati, in forma di slogan e sintetiche affermazioni.

- Da premesse improntate al tecnicismo e alla saggezza strumentale (compito dell'operatore è quello di adoperare con maestria mezzi e strumenti rispetto a fini e obiettivi stabiliti) ad una posizione di **responsabilità etica** (comportante la messa in discussione dei fini che orientano l'agire e la riflessione sui fini che si perseguono).
- Da un pensarsi come autosufficienti indipendentemente da un contesto (atomismo) a **pensarsi in relazione**, alla imprescindibile convinzione di operare sempre all'interno di un contesto organizzativo capace di influenzare (ed essere influenzato) la riuscita di un'attività formativa (passaggio questo che, oltretutto, ci alleggerirebbe da pericolosi e possibili, a seconda dei casi, sentimenti di onnipotenza ed autoesaltazione o depressione e sensi di colpa; sentimenti comunque che non consentono di valorizzare le relazioni di fiducia tessute all'interno delle organizzazioni e fondanti l'"organizzarsi" stesso).
- Da un pensiero anaffettivo (in preda ad un'illusione razionalistica) a un **pensiero emotivo**, capace di valorizzare le tonalità emotive, i sentimenti e desideri che sempre accompagnano il nostro agire e le nostre scelte professionali¹⁷.
- Da una posizione disconfermante la dimensione politica insita in ogni prassi (neutralismo) alla piena consapevolezza della **dimensione politica** del nostro agire che rimanda, cioè, a certi presupposti sulla natura umana, che invita a riconsiderare le relazioni all'interno della nostra organizzazione, i livelli di autonomia e dipendenza legittimati nei nostri contesti, ecc..

Proprio su quest'ultima indicazione è opportuno qui esternare alcune osservazioni.

La sanità pubblica è ancora un'organizzazione strutturata eccessivamente in senso "funzionale", ovvero ancora troppo centrata sulla difesa di interessi di famiglie professionali, spesso secondo logiche dichiaratamente corporativistiche e di potere. Occorre superare queste logiche per garantire autonomia, trasversalità ed efficacia ai Servizi Formazione.

Per operare per una produzione di conoscenza sul campo, occorrerà potenziare e alimentare una maggiore propensione al lavoro di équipe e al confronto fra équipe diverse, sostenere la costituzione di gruppi di formazione tra pari e, ancora, porsi sempre più nell'ottica di potenziare e valorizzare davvero le competenze degli operatori e non i giochi di potere personali, di categoria, di équipe e di varie "cordate" che ancora incrinano gli spazi operativi della pubblica sanità.

Sempre su questo piano, relativo alle osservazioni sulle dimensioni politico-organizzative va ricordato che l'alleanza formativa, per sua natura, si fonda su una relazione di collaborazione e non di sudditanza. Per questo motivo è fondamentale chiedersi se, all'interno dei nostri contesti organizzativi, si coltivano in che misura, e in quali forme, relazioni ancora ispirate da principi di sudditanza.

Ciò, a maggior ragione, quando l'affermarsi di nuovi interessi di categorie professionali sembrano proporre logiche di potere del tutto simili a quelle prima combattute e osteggiate.

È basilare poter allora valutare quanto e in che modo adoperarsi per coltivare deuterio-apprendimenti alternativi imperniati sulla collaborazione e sul confronto franco e propositivo fra operatori, capi e subalterni, famiglie professionali e squadre diverse di lavoratori, ecc..

Uno sguardo alle politiche organizzative

Una pratica della FSC deve essere sostenuta da **politiche organizzative**, da azioni che possano confermare interesse per la formazione, e per la FSC in particolare, e sostanziare l'adesione a determinate scelte valoriali di fondo.

¹⁷ C'è sempre una tonalità emotiva che accompagna il nostro agire professionale. Anche le teorizzazioni in apparenza più pure e asettiche sono intrise di vita emotiva. Occorre incentivare un'educazione emotiva, (essenziale su un piano esistenziale), la comprensione della propria vita interiore come impegno ineludibile (Heidegger, 1976).

Quali azioni, assetti organizzativi, regole di funzionamento e norme possono meglio promuovere e sostenere una comunità orientata all'apprendimento? Quali strategie perseguire? Quali le meta-competenze strategiche da favorire?

Intanto, occorre dirlo, andrebbe perlomeno superata una certa "schizofrenia", frequentemente diffusa ai vari livelli organizzativi e interessanti i diversi attori intervenenti in tema di formazione.

Sono, ahimè, ancora ricorrenti ma subito evidenti agli operatori di settore, una serie di contraddizioni. Su un piano formale, sui documenti di natura programmatica e strategica (di livello nazionale, locale-aziendale, di team, ecc.) non si perde l'occasione per sottolineare "la centralità strategica delle politiche per la formazione", abbondano visioni che pongono in primo piano "il costante aggiornamento e la ricerca della qualità delle risorse umane", "la necessità di assicurare ingenti investimenti per garantire la formazione continua" ecc. ecc..

Se si guarda poi la realtà, spesso nei fatti vengono puntualmente disattesi i proclami pomposamente sbandierati nelle prese di posizioni ufficiali e pubbliche. Il mondo della formazione, lo sanno bene tutti gli operatori di settore è una realtà che si qualifica per la scarsità degli spazi e delle risorse disponibili, per il non ottimale portfolio delle competenze degli addetti alle aree formazione, per gli scarsi riconoscimenti in termini di carriera e di sviluppo professionale assicurati ai medesimi operatori, rispetto ai quali, peraltro, l'attesa ricorrente concerne perlopiù l'assolvimento di compiti marginali, spesso prevalentemente imperniati sull'esecuzione di pesanti e poco gratificanti pratiche burocratiche. I Servizi Formazione, dichiaratamente definiti come essenziali per lo sviluppo organizzativo, per la vita stessa di un'organizzazione, solo in questi ultimi anni hanno cominciato a non essere del tutto avulsi dai momenti decisionali e di programmazione strategica aziendale.

Lo stesso dicasi per i programmi di formazione in favore degli operatori di questi Servizi, avviati finalmente in questi ultimi anni, ma ancora ovviamente da reiterare per poter incidere in maniera tangibile e diffusa sulle competenze effettive degli interessati.

Perché allora, in moltissime aziende sanitarie, ci troviamo ancora di fronte a questa sorta di schizofrenia gestionale?

Una prima ragionevole risposta rimanda al **corto respiro gestionale e strategico** che sembra ancora qualificare un'Azienda Sanitaria.

Le politiche per la formazione (quelle serie, non certo quelle messe in atto per aggraziarsi un settore aziendale, un gruppo professionale, o per conquistarsi un consenso estemporaneo) richiedono prospettive temporali ampie, non danno ritorni immediati.

Educare al pensiero riflessivo le organizzazioni richiede necessariamente tempi lunghi: progetti, ricerche-intervento partecipate, iniziative formative complesse e anche di **lunga gittata temporale**. Come si concilia tutto ciò con gli orizzonti di senso temporali delle nostre Direzioni Generali?

Un'ulteriore riflessione che mi sento poi di fare sulla FSC è che i contesti formativi nei quali si sostanzia (gruppi di miglioramento, audit clinico, partecipazione a comitati e commissioni, partecipazioni a ricerche, ecc.) possono essere considerati naturale supporto e strumenti per il Governo Clinico (Plebani, 2005).

Oggi FSC significa orientamento alla ricerca e all'innovazione continua.

Le organizzazioni sanitarie che intendono perseguire davvero il miglioramento delle prestazioni al cittadino, devono allora e a maggior ragione porsi nell'ottica di investire sempre più e sempre meglio le proprie risorse per potenziare strumenti e pratiche di FSC.

Ciò significa intanto una **maggiore e diversa qualificazione delle risorse umane** impiegate nei Servizi Formazione, ma anche locali e spazi operativi adeguati (dove condurre le attività formative, le riunioni per la progettazione e verifica delle iniziative, ecc.), supporti e tecnologie (informatiche ma non solo) per rendere accessibili i documenti e il capitale formativo, per curare la corretta e funzionale documentazione delle buone pratiche, per condurre corretti processi di progettazione, di valutazione continua, ecc..

Considerazioni conclusive

La professione di gestori della funzione formazione, di operatori del Servizio Formazione è in fortissima evoluzione; è una professione appassionante ma occuparsi di formazione è un lavoro difficile.

Ancora più difficile e insidioso si prospetta un futuro che pone in primo piano la "scommessa" della FSC.

La sfida è stata lanciata. La FSC potrà davvero contribuire a riorientare concezioni, pratiche, valori, servizi e politiche attinenti la formazione.

Il rischio è che tutto si possa tradurre in un fiorire di dispositivi, di pratiche e procedure capaci di realizzare iniziative valide solo o prevalentemente su un piano formale, accreditate sì ma di scarsa effettiva sostanza formativa.

Ad alimentare questo rischio vi sono contingenze economiche e culturali non ancora del tutto favorevoli.

Anni di esperienza con il sistema ECM, nonostante tutte le possibili criticità e contraddizioni ancora da risolvere, consentono però di poter contare su un primo consolidamento di valori e competenze da parte degli operatori del settore.

In tutte le Aziende, accanto ai Servizi Formazione sono cresciute reti di operatori (sanitari e non) sempre più sensibili e attenti rispetto alla qualità delle iniziative formative che si realizzano (Alastra et al., 2006).

È cominciata così a sostanzarsi una migliore cultura della formazione (Alastra et al., 2007). Nelle organizzazioni sanitarie sono andate crescendo le capacità progettuali, realizzative e di valutazione necessarie per condurre in porto processi formativi di buona qualità in favore di tutto il personale.

Tutto ciò fa ben sperare.

Per mantenere alto il profilo occorrerà però continuare a vigilare e ricercare caparbiamente il miglioramento continuo. Va, soprattutto, alla comunità professionale degli operatori dei Servizi per la Formazione l'onere ma anche la forza di provarci, perché è questo, è l'orientamento ad apprendere che dà vita alle nostre organizzazioni!

Riferimenti bibliografici

Alastra V., Introcaso R., Menegon F.

2006 *Facilitatori formazione: l'esperienza dell'ASL 12 di Biella*. In: *Psicologia della Salute*, 2., pp. 119-135.

Alastra V., Menegon F., Ferretti R.,

2007 *Futuri Infermieri: il punto di vista su formazione e professione di studenti e neolaureati in Scienze Infermieristiche*. In *Tutor*, volume 7, n. 3, pp. 200-206.

Alessandrini G.

2005 *Manuale per l'esperto dei processi formativi*, Carocci, Roma.

Argyris C., Schon D.A.

1978 *Organizational Learning: A theory of action perspective*, Addison Wesley.

Bandura A.

2000 *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Erickson, Trento.

Bruscaglioni M.

1997 *La gestione dei processi nella formazione degli adulti*, Franco Angeli, Milano.

Cappucci U.

2000 *Un modello di competenze per l'impresa e un modello di sviluppo per il formatore*. In: Capucci U. in Amietta P.L. (a cura di), *I luoghi dell'apprendimento*, p. 29-82, Franco Angeli, Milano.

Castagna M.

1997 *Progettare la formazione*, Franco Angeli, Milano.

Delai Nadio (a cura di)

2004 *Capitalizzare la formazione implicita in azienda*, Franco Angeli, Milano.

Demetrio D.

1996 *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano.

Dewey J.

1986 *Come pensiamo*, La Nuova Italia, Firenze.

EDA

Glossario Formazione Adulti in <http://www.invalsi.it/glossario> eda

- Gadamer H.G.
1999 *Verità e Metodo*, Bompiani, Milano.
- Gherardi S., Nicolini D.
2004 *Apprendimento e conoscenza nelle organizzazioni*, Carocci, Roma.
- Heidegger M.
1976 *Essere e Tempo*, Longanesi, Milano
- Husserl E.
1968 *La crisi delle scienze europee*, Il Saggiatore, Milano.
- Knowles M.
1997 *Quando l'adulto impara*, Angeli, Milano
- Kuhn T.
1978 *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino.
- Marenzi C.
2003 *Apprendimento facilitato during the job*, in "FOR Rivista Per La Formazione" n. 57, pp. 11-16.
- Morin E.
2001 *I sette saperi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Morin E.
2000 *La testa ben fatta*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mortari L.
2003 *Apprendere dell'esperienza*, Carocci, Roma.
- Mortari L.
2002 *Aver cura della mente*, La Nuova Italia, Milano.
- Nonaka I.
1991 *The knowledge – Creating Company*, in: "Harvard Business Review", novembre-dicembre, pp 96-104.
- Oggioni E.
2003 *Introduzione*, in "FOR Rivista Per La Formazione" n. 57, pp. 8-10.
- Plebani M.
2005 *L'educazione continua: uno strumento strategico del governo clinico*, in: AAVV, Governare la formazione per la salute, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Polanyi M.
1966 *The tacit dimension*, Routledge and Kegan Paul, London.
- Schon D.A.
1987 *Educating the Reflective Practioner*, Jossey –Bass, San Francisco.
- Schein E.H.
2000 *Culture d'impresa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Schein E.H.
1996 *Lezioni di consulenza*, Raffaello Cortina, Milano.
- Van Manen M.
1993 *The tact of teaching*, The Althouse Press, Ann Arbor (MI).

La Formazione degli Adulti: le condizioni per l'apprendimento organizzativo

Remo Bonichi

Vice Presidente Associazione Italiana Formatori

Scenario

Per parlare di formazione dell'adulto all'interno delle organizzazioni non possiamo prescindere dal contesto nel quale queste ultime si trovano oggi ad operare. Lo scenario attuale è infatti caratterizzato da continui mutamenti, che si traducono tra le altre cose in una bassa prevedibilità del quadro economico di riferimento. Questo elemento si riflette a sua volta nella sensazione, suffragata dai fatti, che ogni giorno sia diverso dall'altro: si susseguono nuovi operatori, nuovi "clienti", nuove leggi e nuovi confini. Questa situazione si riflette inevitabilmente a livello organizzativo, pretendendo comportamenti molto flessibili e molto più orientati al risultato che al compito.

I modelli organizzativi si modificano e basano sempre più il loro successo su un management che sia capace di dare risposte che siano:

- precise;
- innovative;
- meno costose;
- veloci.

Nascono così nuove professionalità, caratterizzate dal saper fare "non tutto, ma di tutto e molto bene". Tutto ciò risponde all'esigenza di fronteggiare un mercato in continuo mutamento.

È evidente come in tale contesto anche le strutture organizzative deputate alla formazione abbiano subito una ristrutturazione interna.

Il nuovo modello di "Corporate Education" crea un focus su:

- progetti promossi dal vertice aziendale;
- concetti di innovazione/cambiamento;
- fasi strategiche dei processi di formazione/apprendimento.

Il lavoro effettuato a questi livelli deve essere necessariamente integrato con le strategie aziendali, con processi di Change Management e con l'esigenza di sviluppo e gestione dei talenti.

Allo scopo di creare una struttura dedicata alla formazione e allo sviluppo delle risorse, le aziende spesso procedono su un doppio binario, per cui parallelamente alla creazione di strutture interne per la formazione, si affidano a una rete di fornitori esterni quali business school, società di consulenza, esperti del settore e coach, gestendo quindi in outsourcing parte delle attività formative.

In questa prospettiva, gli attori del processo formativo sono:

- il network di fornitori esterni, rispetto ai quali emerge la necessità di selezionare i migliori, creare con essi un linguaggio e una comprensione comuni, controllare la qualità del servizio che forniscono;
- il network degli stakeholder interni, ovvero i vertici aziendali, i responsabili di business, il management, nei confronti dei quali bisogna creare proficue relazioni professionali e guadagnare e mantenere credibilità;
- i clienti, verso i quali bisogna creare un valore tangibile e prevedere un coinvolgimento nella progettazione delle attività.

Metodologie di apprendimento

Le metodologie di apprendimento non consistono più soltanto nella tradizionale formazione d'aula, ma la integrano con l'utilizzo di nuovi approcci:

- outdoor;
- consulenza;
- teatro di impresa;
- coaching;
- mentoring;
- valutazione a 360°;
- benchmarking;
- storytelling;

- action learning;
- e-learning;
- training on the job.

L'utilizzo di ognuna di queste diverse metodologie va ponderato alla luce degli obiettivi che si intendono perseguire.

Il loro sempre più diffuso utilizzo suggerisce una riflessione sul fatto che la formazione d'aula rimanga uno strumento necessario, ma non più sufficiente, a veicolare apprendimento.

Infatti, il cambiamento di contesto si riflette necessariamente anche sul modo in cui le persone apprendono. Una ricerca condotta da Kelly, ricercatore presso la Carnegie Mellon University, si rivela illuminante a questo proposito, dimostrando come il modo in cui il nostro cervello elabora le informazioni cambi in relazione al mutamento del contesto esterno in cui si verifica l'apprendimento.

Fino al 1986, usavamo la quasi totalità del nostro cervello allo scopo di detenere informazioni. Grazie ai progressi tecnologici, che ci permettono di affidare tali informazioni a "magazzini" di memoria esterni (come il computer), la superficie cerebrale dedicata a tale scopo si è oggi ridotta ad una percentuale del 10%; ciò implica che il resto del nostro cervello sia disponibile a compiere operazioni di elaborazione dell'informazione in entrata, che diviene dunque l'attività principale svolta dalla nostra "materia grigia".

A livello di apprendimento, queste scoperte si traducono nella necessità che la formazione si doti di metodologie diverse dalla semplice trasmissione di nozioni e contenuti, che siano in grado di stimolare l'elaborazione delle informazioni in entrata, allo scopo di fare cambiamento.

La formazione e il cambiamento

In passato, la formazione era vista come un supporto al processo di cambiamento, così come ai nuovi ruoli e ai nuovi lavori.

Oggi deve diventare agente di cambiamento, per cui deve venire prima o contestualmente al cambiamento stesso. In quest'ottica, si presenta come un supporto ai vertici delle aziende e soprattutto come il canale privilegiato per fare il cambiamento.

In questa logica quindi, assume rilevanza la necessità di:

- supportare il cliente, sia esso interno o esterno;
- garantire l'investimento formativo;
- rispondere al bisogno e non solo alla domanda;
- essere prossima al cliente;
- rispettare le promesse;
- rispettare i tempi programmati;
- rendere praticabile la partecipazione;
- offrire soluzioni di valore a basso costo;
- adeguare le metodologie didattiche all'apprendimento.

Le modalità di cui si deve avvalere la formazione si riassumono nelle 5A, cioè permettono di ottenere:

- le conoscenze attraverso l'Autoistruzione;
- i risultati attraverso l'Affiancamento;
- le razionalizzazioni in Aula;
- Apprendimento raggiunto;
- Auditing, cioè che effettivamente si sia prodotto valore attraverso l'apprendimento e che quindi si inizino a produrre prestazioni "nuove" o a costi inferiori.

Ne emerge una figura di formatore che si deve adeguare ai cambiamenti di contesto, diventando preciso nelle responsabilità, multiplo nelle modalità, proattivo nei contenuti, supportivo nell'erogazione, preciso nei risultati economici, qualitativi e di apprendimento.

Riferimenti bibliografici

AIF

2007 *Professione formazione*. Milano, Franco Angeli.

Castagna, M.

2008 *La lezione nella formazione degli adulti*, Milano, Franco Angeli.

Davis, S.

1999 *Blur*, Milano, Olivares.

Le ragioni di una formazione situata¹

Cesare Kaneklin e Giuseppe Scaratti***

**Prof. Ordinario "Psicologia Applicata" facoltà di Psicologia - Università Cattolica Milano e*

***Prof. Ordinario "Psicologia delle Organizzazioni" facoltà di Economia*

Fra il dire e il fare. Gruppo di lavoro, apprendimento e produzione del servizio

Il presente contributo trova origine in alcune suggestioni dettate dal riscontro di un' enfasi assegnata al "campo", rintracciabile all'interno della comunità scientifica e culturale che si occupa di formazione (cfr. Boldizzoni, Nacamulli, 2004; Quaglino, 2005; 2006). Il termine risulta tanto evocativo di implicazioni teorico-concettuali proprie del sapere psicologico (si pensi alla teoria del campo di Kurt Lewin), quanto plurale nelle sue possibili specificazioni e carico di valenze metodologiche ed operative in riferimento alla sua applicazione.

L'enunciato "formazione sul campo" suggerisce una peculiare attenzione da portare all'esperienza lavorativa dei soggetti, a quello che le persone fanno nei contesti, alle pratiche lavorative e professionali in cui sono impegnate. È nei concreti sistemi di azione, i quali progressivamente prendono forma e consistenza, acquisendo stabilità e configurando equilibri tra persone, tecnologie, culture, risorse materiali e simboliche, che si configurano le conoscenze ed i significati alla base dei processi di attribuzione di senso a ciò che si fa.

È proprio a questo tessere e costante ri-prodursi e riconfigurarsi dei micro-contesti organizzativi che il termine 'campo' può e deve, secondo noi, rinviare: nel presente contributo faremo riferimento a questa accezione, che trova il suo fondamento in un approccio all'analisi ed alla comprensione dei processi legati all'apprendere ed all'organizzare a partire dalla valorizzazione dei saperi pratici (Vino, 2001; Zucchermaglio, 2002; Gherardi, 2003; 2008), delle conoscenze in azione prodotte nei contesti attraverso transazioni relazionali, materiali e simboliche tra soggetti diversi (Scaratti, 2005; 2006), delle dinamiche psico-sociologiche ad esse connesse (Barus-Michel, Enriquez, Lévy, 2003).

In gioco è la possibilità di rappresentarsi il lavoro all'interno di servizi socio-sanitari come strutturalmente connesso ad un duplice posizionamento richiesto alle persone professionalmente coinvolte: esse devono da un lato far fronte e misurarsi con pressioni ed esigenze interne ed esterne proiettate sulla qualificazione costante della propria attività, nella logica di un orientamento ai risultati; sulla flessibilità e adattabilità dei propri processi di lavoro; sulla personalizzazione dell'offerta a fronte di una varietà e pluralità di richieste e bisogni; sull'efficienza gestionale, in grado di dare soddisfazione ai diversi stakeholders.

Dall'altro sono chiamate ad un lavoro di condivisione del senso e delle modalità del loro sistema d'azione, riformulando significati attribuiti alla propria attività, esplorando varietà e soluzioni nuove, usando l'intelligenza per individuare itinerari percorribili.

Le situazioni operative, lavorative ed organizzative assumono infatti forme fluide e sfuggenti: non riescono, in molti e sempre più ricorrenti casi, ad essere messe sotto controllo preventivo e pongono problemi la cui risposta è affidata a soluzioni plurali, non lineari e che implicano l'investimento di intelligenza e dedizione. Alle varie figure professionali è richiesto di interpretare il loro ruolo affrontando eventi molteplici e imprevedibili, per i quali le competenze individuali e la solidità della preparazione specialistica acquisita sono condizione necessaria, ma non sufficiente a garantire la qualità di un servizio sanitario.

Occorre altresì consolidare forme di collaborazione, interazione e sinergia dei processi di lavoro per garantire risposte adeguate e in molti casi inedite: diventano importanti e decisivi i micro-processi quotidiani di funzionamento, sui quali riposa la possibilità di offrire un servizio adeguato e di generare valore in termini di qualità, di fiducia, di scambi relazionali, di complessiva economia di gestione.

In tale prospettiva il concetto di "campo" richiama e rimanda ai contesti emergenti all'interno dei sistemi di azione, al loro configurarsi come culture ed estetiche organizzative che danno vita e prendono forma attraverso linguaggi, sensorialità, dimensioni emotive ed affettive, artefatti, pratiche d'uso.

¹ Testo redatto come successiva elaborazione dei contenuti presentati al convegno.

Una formazione concepita sul campo e per il campo non può allora che intercettare, elaborare e riorientare modalità di lavoro diffuse, routines consolidate, strumenti e vie di circolazione delle conoscenze e di scambio tra i diversi interlocutori professionali.

Si tratta di abitudini relative a modi di concepire funzioni, azioni e procedure in uso, legate a culture lavorative, professionali ed organizzative che possono risultare più o meno funzionali. Da esse dipende la disposizione delle persone in gioco a metterci testa e cuore, a lavorare insieme, a farsi carico dei problemi, uscendo da culture burocratico-tecnicistiche, da modalità individualistiche di lavoro, da esecuzioni meramente adempistiche di quanto dovuto.

Di qui la necessità di avvicinare l'esperienza dei soggetti nei loro contesti organizzativi, perché possano apprendere da quello che fanno, consolidando e sviluppando modalità e sistemi di azione funzionali, modificando e riadattando pratiche lavorative che risultano invece inerti e non più adeguate.

Parafrasando quanto detto sui sistemi di attività quotidiana a proposito della conoscenza riguardante azioni e relazioni (cfr. Zucchermaglio, 2002; 2003; Gherardi, 2003), possiamo dunque configurare la formazione sul campo come una *formazione situata*:

- in quanto legata ai contesti all'interno dei quali si esprime e si riproduce l'intreccio tra organizzare, apprendere e conoscere a partire dall'esercizio di pratiche comuni e condivise;
- perché connessa agli usi locali e linguistici esistenti; alle forme di indessicalità e accountability diffuse e implicitamente assunte; all'intreccio di elementi materiali e simbolici, di interessi individuali e collettivi attorno a cui si sviluppano relazioni interpersonali e di potere;
- perché in rapporto con l'esperienza degli attori organizzativi e con i significati da essa generati, così come con la loro soggettività sensoriale ed estetica, cioè con le modalità attraverso cui sentono, fiutano, tastano, ascoltano, vedono, gustano ciò che fanno e gli eventi organizzativi in cui sono coinvolti.

La concezione sottesa a tale prospettiva rinvia ad una logica di azione formativa (Lipari, 2002) orientata all'attivazione di ambienti organizzativi in grado di sostenere e supportare adeguate forme del conoscere e dell'apprendere, promuovendo l'attitudine dei soggetti a rapportarsi all'esperienza lavorativa a partire da un pensiero riflessivo portato sulla propria pratica di lavoro (Kaneklin, Scaratti, 1998; Scaratti, 2006; Scaratti, Ripamonti, 2008).

Apprendere e conoscere si configurano come processi di partecipazione ad attività situate, generando costanti trasformazioni nei soggetti che vi prendono parte, nelle loro relazioni e nelle stesse disposizioni materiali del contesto. Per questo occorre osservare e cogliere ciò che accade all'interno di un contesto d'azione, intercettando l'interpretazione situata che ne danno gli attori coinvolti e le forme più o meno tacite attraverso cui condividono un'attività in situazione (Scaratti, Ripamonti, 2008).

La focalizzazione sulla situatività, che configura i sistemi di attività, di conoscenza e di transazione come socialmente e spazio-temporalmente contestualizzati, enfatizza le dimensioni pratiche e le conoscenze distribuite, secondo una prospettiva marcatamente sociale dell'apprendimento.

Una formazione funzionale al conoscere e apprendere a partire dai propri ambiti di lavoro comporta un avvicinarsi a contesti di azione caratterizzati da unicità, ambiguità, imprevedibilità, provvisorietà, misurandosi con saperi non solo dichiarati ma anche in uso, depositati nelle conoscenze implicite e in azione dei soggetti (Vino, 2001; Scaratti, 2005; 2006).

Un simile orientamento non costituisce peraltro un dato scontato e diffuso nelle proposte formative ricorrenti: richiede il dispiego di delicate e complesse forme di accompagnamento e sostegno alle diverse figure professionali per riconfigurare il loro rapporto con il lavoro e con l'organizzazione, nonché la cura di processi connessi all'organizzare contesti e pratiche riflessive per apprendere dalla propria esperienza in prospettiva trasformativa (Mezirow, 2003).

Per questo la suggestione contenuta nel titolo del presente contributo suggerisce ad un tempo una prospettiva teorico-concettuale tanto innovativa quanto esigente (in riferimento alle logiche formative che la formazione sul campo veicola e contiene) ed una preoccupazione latente.

La prospettiva rinvia alla consapevolezza che una fra le prevalenti modalità attraverso cui la conoscenza si esprime, cresce e si sviluppa è quella connessa all'azione nell'ambito di pratiche e contesti situati, per cui l'esperienza lavorativa ed organizzativa dei soggetti viene rappresentata come fonte e campo di apprendimento e punto di possibile convergenza/equilibrio tra saperi teorici, saperi tecnici e saperi pratici. L'apprendere non è scindibile dall'organizzare, dal produrre il servizio, cioè dal costruire e realizzare in contesti materiali e simbolici pratiche riconosciute come promettenti per riorientare e ri-progettare la propria azione professionale. Apprendere e organizzare sono a loro volta sollecitati dalla tensione a sviluppare nuove forme di relazione, di scambio, di lavoro possibile, attraverso la via impegnativa e non scontata della condivisione di momenti intersoggettivi e gruppalmente di riflessione e rivisitazione delle pratiche quotidiane diffuse, attraverso processi di transazione e negoziazione, di cooperazione e conflitto, di aggiustamento reciproco su equilibri sostenibili.

La preoccupazione esprime tanto una condizione spesso disattesa, uno iato tra dichiarato e praticato (e quindi una scissione spesso ricorsiva tra la teoria e la pratica, tra il conoscere e il praticare, che sembra annullare e paralizzare le intuizioni sopra descritte), quanto uno spazio da attraversare, un territorio/terreno da curare/coltivare (quello del costruire e realizzare connessioni tra il dire e il fare, tra la conoscenza e l'azione; cfr. Scaratti, Ripamonti, 2008), in cui sia possibile articolare le dimensioni della pratica (corpus di conoscenze istituzionalizzate e riconoscibili), delle pratiche (espressione di conoscenze reificate in tecniche e dispositivi standard, de-contestualizzati e resi generalizzabili) e del praticare (le pratiche ricondotte al fare in situazione ed alle sue regolazioni) (cfr. Gherardi, 2008).

È in questa strutturale connessione della *mente in azione e in relazione* che si fonda il senso e la possibilità di una formazione sul campo sensata, sostenibile e realisticamente praticabile.

Cercheremo nei prossimi paragrafi di riprendere e sistematizzare, per quanto sinteticamente, la costellazione dei riferimenti concettuali che fanno da cornice di senso alla prospettiva di formazione qui sostenuta, offrendo alcuni spunti di attenzione cruciale attorno ai quali prefigurare azioni formative sul campo in ambito sanitario.

Per un apprendimento dall'esperienza

Al di là dei macro scenari che ancora manifestano configurazioni incerte e problematiche del processo di globalizzazione in atto, tra eccessi liberistico-finanziari sempre più allarmanti e ritorno a interventi pubblici regolativi, i contesti organizzativi emergenti sembrano ormai disegnare un posizionamento stabilizzato attorno ad una "economia della conoscenza" (Rullani, 2004), in cui gli operatori siano capaci di interpretare una "nuova professionalità" e di reggere in situazioni di precarietà ed incertezza, mantenendo comunque un "orientamento ai risultati".

I concetti impiegati evocano terminologie diffuse, ormai inflazionate ed abusate, spesso ridotte o riconducibili a intenti nemmeno tanto velatamente strumentali e manipolatori; eppure contengono e veicolano elementi la cui opportuna considerazione conduce al cuore di una possibile riconsiderazione dell'azione formativa come leva significativa, anche se debole e fragile, al servizio di una nuova soggettività al centro del lavoro (Varchetta, 2007; Scaratti, Ripamonti, 2008). Concepire una formazione agli adulti (cfr. Kaneklin, Scaratti, 1998; Quaglino, 2005) in una prospettiva post-industriale (Lipari, 2002; Varchetta, 2007) mette infatti in gioco visioni del mondo, antropologie ed epistemologie, assunti su come funzionano le persone, la produzione di conoscenza, le organizzazioni: si tratta di aspetti che toccano i modelli interni delle persone (abitudini, schemi, riferimenti consolidati,...), che non si modificano facilmente in quanto sostenuti dall'interiorizzazione mutuata dall'esperienza.

Proveremo in questo paragrafo a richiamare alcune coordinate di riferimento che offrono un ancoraggio teorico-concettuale ad un approccio alla formazione sul campo intesa come apprendere dall'esperienza: si tratta di un costrutto proprio della psicosociologia (cfr. Kaneklin, Manoukian, 1990; Kaneklin, Scaratti, 1998; Scaratti, 1998; Barus-Michel, Enriquez, Lèvy, 2003) che mantiene intatta la sua valenza generativa e ben si concilia con le sollecitazioni derivanti dalla rinnovata attenzione ai saperi pratici ed alle conoscenze situate, determinata dalle prospettive costruzioniste emergenti.

In tale ottica apprendere dall'esperienza significa creare le condizioni per andare vicino ai concreti processi attraverso i quali i soggetti destrutturato/ristrutturano costantemente i propri campi conoscitivi ed operativi, reinterpretando situazionalmente le loro competenze, sostenendo un lavoro di elaborazione e di riorientamento del proprio agire professionale (Lipari, 2002).

La costellazione di riferimenti concettuali di seguito proposta richiama e schematizza elementi di analisi e di riflessione che andiamo conducendo da diverso tempo sui temi della formazione, delle sue forme e del suo significato all'interno dei contesti organizzativi e lavorativi (cfr. Kaneklin, Scaratti, 1998; Kaneklin, Scaratti, Bruno, 2006; Bruno, Kaneklin, Scaratti, 2005; Scaratti, 2005, a, b; Scaratti, 1998, 2006; 2007; Scaratti, Ripamonti, 2008).

Quasi come in un essenziale glossario, necessariamente schematico e limitato nell'economia e nei vincoli imposti dal presente contributo, proviamo a rintracciare assunti, riferimenti paradigmatici e ancoraggi teorico-concettuali la cui trama costituisce il retroterra di saperi codificati sui quali si fonda il nostro approccio ad una formazione intesa come apprendimento dall'esperienza.

Organizzazione. La nostra prospettiva concepisce le organizzazioni come contesti sociali in cui l'efficacia e l'efficienza dei processi produttivi sono strettamente connesse alla soggettività degli attori presenti ed alla concretezza ed affidabilità delle loro azioni, alle culture di cui sono portatori ed alla capacità di attribuire significato agli eventi ed alle problematiche incontrate. L'accento viene posto non solo sugli aspetti strutturali, ma anche e soprattutto sulla realtà organizzativa come artefatto socialmente costruito (Avallone, Farnese, 2006), come processo di costruzione culturale (Piccardo, Benozzo, 1996; Zucchermaglio, Alby, 2006). Di qui il passaggio dall'organizzazione all'organizzare, per intercettare forme e modalità della costruzione sociale di significati (cfr. Weick, 1993; 1997), la cui

ripresa, narrazione ed elaborazione costituisce la condizione per l'avvio di processi di cambiamento personale ed organizzativo (Kaneklin, Scaratti, 1998), di apprendimento trasformativo (Mezirow, 1993) e di sè (Quaglino, 2005).

Più che di comportamento organizzativo, si può parlare di un agire organizzato del soggetto, che si riferisce ad un insieme di saperi pratici, di culture operative, di regole e routines diffuse, in sintesi ad "intelaiature istituzionali" che vanno a costituire una "organizzazione silenziosa" (Romano, 2006), in grado di influenzare corsi d'azione e orientare identità, perché fungono da criteri e moventi esterni che gli attori interpretano ed elaborano ed in base ai quali realizzano i propri corsi di azione e di decisione nell'ambito dei contesti di appartenenza.

Formazione. L'accento sull'organizzare comporta come conseguenza uno spostamento di baricentro nel concepire l'azione formativa: si tratta di andare a vedere teorie dichiarate e teorie in uso, facendo riferimento a contesti che sono l'esito emergente di transazioni relazionali ed intersoggettive. In quanto orientata ad intercettare i significati che i soggetti attribuiscono a situazioni ed eventi per una loro rilettura, elaborazione ed eventuale trasformazione emancipativa, la formazione "entra in casa" per comprendere come questa viene abitata, quali habitus vi si configurano e con quali equilibri, quali scorciatoie e furbizie sono legittimate, quali inerzie tollerate, qual è il lavoro "sporco" in essa praticato, come si sopravvive agli scombussolamenti. Gli aspetti connessi ad un simile approccio alla formazione sono rilevanti e impegnativi, non solo sul versante legato alla configurazione di un set adeguato a tale azione formativa, ma anche in riferimento alle complesse negoziazioni a livello politico istituzionale e relazionale (con i diversi stakeholders a vario titolo coinvolti) per approdare ad un accordo condiviso sulla praticabilità e sostenibilità della stessa.

Non sempre si ritrovano condizioni e disponibilità sufficienti a consentire una vicinanza alle proprie pratiche, alle cose che si fanno quotidianamente, all'ordine della vita condiviso e legittimato da chi abita la casa: si tratta di una vera e propria promozione e costruzione di una domanda di lavoro formativo che passa attraverso l'impegno delle persone a coinvolgersi in un processo di intercettazione e ricostruzione della propria azione, nonché di elaborazione riflessiva sulle stesse, e la mobilitazione di decisioni istituzionali.

Occorre fare i conti con disponibilità organizzative e manageriali, con l'incrocio di tempi e di agende, con culture implicite inerenti i criteri per cui si può dire che una formazione è utile e serve.

Spesso è la formazione, incarnata da vestali/formatori che ne tradiscono la promessa, a manifestarsi eterea e lontana dalla concretezza dei problemi e delle esigenze delle persone nei contesti organizzativi, oppure propugnando risposte solutorie e bonificanti, attraverso l'esibizione di rassicuranti offerte saponette, variegata e affascinante come nel catalogo delle donnine di mozarthiana memoria. In questo caso la formazione si traveste da campo, annunciando l'accesso al benessere organizzativo dopo tre seminari intensivi sulla prevenzione del mobbing, o l'avvento di una pacificata leadership a fronte di due moduli ben condotti sull'intelligenza emotiva, con immancabili evocazioni di outdoor a rappresentare, ovviamente, l'esigenza di andare oltre l'aula.

Altre volte è il contesto organizzativo nelle sue espressioni istituzionali, manageriali e/o professionali a indugiare e lasciare l'opportunità di una formazione sul campo sulla soglia: entrare in casa potrebbe essere in effetti pericoloso e poco produttivo se non opportunamente concordato; peraltro l'accesso all'interno richiede un livello di fiducia rilevante, che va costruito e sondato, messo alla prova; infine la possibilità di intercettare e toccare nodi ed equilibri sui quali si è sviluppata storia e si sono spese energie e sofferenze personali e relazionali risulta non sostenibile per gli interlocutori coinvolti.

Come dire che assumersi il campo è approccio formativo impegnativo e complesso, anche in riferimento alla storia evolutiva che l'organizzazione sta vivendo, alle dinamiche di relazione e conflitto presenti al suo interno, alle aspettative sottese alla richiesta di un intervento formativo.

Conoscenza. L'enfasi viene qui portata sulla conoscenza situata all'interno di contesti operativi definiti; pratica in quanto depositata (tacita, implicita, incorporata) nelle azioni e nelle routines; distribuita (traslata, trasformata, tradotta, adattata) attraverso la partecipazione agli scambi di concrete comunità professionali; custodita attraverso transazioni e relazioni sociali; radicata in contesti materiali e quindi veicolata attraverso oggetti ed artefatti; aperta ad uno spazio riflessivo in quanto segnata dalle dimensioni di accountability relative alla propria riconoscibilità e riproducibilità sociale. Si tratta di un conoscere che nasce dall'azione e da interrogativi sollecitati dalla relazione con l'altro. Altrove (Scaratti, 2005) abbiamo ricordato la natura 'incoativa' del verbo "conoscere", la cui composizione etimologica (cum-gnoscere, da cui la coniugazione cum-gnosco, in cui il suffisso "sco" indica condizione di partenza, di inizio) già contiene ed anticipa una concezione di conoscenza come processo, più che come possesso. Viene così evidenziato l'aspetto di azione ed in particolare di condizione iniziale: pensare il conoscere come un *accingersi a*, come un *imparare a conoscere*, porta ad enfatizzare gli

aspetti dinamici, connessi a situazioni di processo, immettendo una diversa consapevolezza della condizione di costante reciprocità tra conoscenze stabili e depositate e conoscente mutevoli, instabili e indeterminate, strutturalmente connesse ai processi di azione in relazione ai quali esse prendono forma e consistenza. Di qui la rilevanza conseguente delle condizioni che ne determinano le diverse modalità d'uso e la necessità di non scindere i prodotti conoscitivi dalle condizioni socio-culturali della loro produzione.

Il processo di produzione di conoscenza diventa sempre più simile ad una conversazione tra chi produce/fa e ciò che viene ad essere prodotto/fatto (Schön, 1993): conoscere è come un fare cose senza necessariamente sapere prima come farle, riconoscendole retrospettivamente, dopo che sono state fatte (cfr. Weik, 1997). Questa caratteristica del conoscere come aderente alla pratica mentre si fa e addirittura successivo ad essa, mette in discussione un'idea di conoscenza come in sé esaustiva e precedente all'azione e legittima il riconoscimento dell'attività quotidiana (il campo) come contesto e fonte per l'emergere e lo svilupparsi di conoscenze e competenze.

Ne deriva un'attenzione plurale da portare a diverse dimensioni della conoscenza in gioco:

- *le diverse possibili tipologie in cui la conoscenza si connota per le sue declinazioni referenziali (oggettiva quando riferita a stati del mondo; soggettiva quando espressione di stati personali; intersoggettiva in quanto manifestazione di stati relazionali);*
- *le forme della sua manifestazione, di volta in volta esplicite (codificate e pubbliche), tacite (depositate negli habitus diffusi, acquisiti e riprodotti), personali (legate ai processi di costruzione sociale in cui si riconoscono tratti informali, procedurali, processuali, esperienziali);*
- *i modi (individuale o collettivo) del suo utilizzo;*
- *i mediatori (sociali, tecnologici, materiali, linguistici e simbolici) attraverso i quali circola e si distribuisce.*

Riflessione. La valorizzazione della dimensione situata e contestuale della conoscenza porta ad accentuare una sollecitazione riflessiva, connessa all'esigenza di confrontarsi con nuove condizioni di varietà, variabilità, indeterminazione e di fronteggiare le inedite esigenze di creatività ed auto-regolazione, imposte dall'esponenziale aumento di complessità degli attuali scenari. Intendiamo per riflessione un processo che interroga i modi attraverso i quali i soggetti conferiscono significato alla realtà e lo rendono accessibile ad altri, contribuendo in tal modo a costruire il proprio ambiente organizzativo, relazionandosi con gli altri e dando forma al loro modo di operare e di essere nel mondo. Si tratta di una condizione riflessiva che chiama in causa persone, comunità e territori come soggetti cui è affidato il compito di reinterpretare modalità di innovazione e generalizzazione assumendo rischi, utilizzando il potere derivante dalla loro discrezionalità e autonomia, non delegando ad altri l'esercizio della propria intelligenza in situazione.

Viene qua accolta l'eredità di Schön (1993), che riprende da Dewey (1938) l'idea di indagine come "processo transazionale, indeterminato e intrinsecamente sociale", per fondare la possibilità di un pensiero riflessivo che è "riflessione nel corso dell'azione" e "pratica riflessiva". Nel primo caso possiamo rappresentarci la *mente al lavoro* come impegnata a "riflettere sull'attività pratica mentre questa è in corso di svolgimento" (Schön, 1993, p. 88); nel secondo caso, con una valenza retrospettiva, possiamo immaginare la *mente al lavoro* come riflessione sulle conoscenze che si generano nella pratica, all'interno di contesti di azione che chiedono costanti attribuzioni di senso e produzioni di significati possibili. A questa logica riflessiva portata sulla pratica sono correlati il rischio e la responsabilità della creazione di significati richiamati da Arendt (1987) attraverso la metafora di un pensiero capace di *recarsi in visita*, che accoglie e si confronta con la molteplicità dei punti di vista possibili, si traduce (o meno) nello sviluppo di comunicazioni, conversazioni, narrazioni, in una rete di relazioni in cui storie e racconti si trasformano da privati e inaccessibili in pubblici e confrontabili. In gioco non è tanto l'accesso ad una tecnica di riflessione sull'esperienza, quanto il processo di interrogazione su come costruiamo un senso condiviso con altri, in una prospettiva dialogica e relazionale, organizzativa, dell'esercizio della riflessività e dei guadagni di apprendimento che esso produce (cfr. Scaratti, Ripamonti, 2008).

Apprendimento. Muoviamo da un'idea di apprendimento come metafora dei processi di costruzione e negoziazione di significati che i soggetti attribuiscono alla loro esperienza e storia organizzativa, traducendoli progressivamente in routine, convenzioni e procedure istituzionalizzate. Dunque un apprendere che vede uno spostamento di enfasi dalla prospettiva cognitiva a quella sociale, in quanto mobilita non solamente processi mentali di trattamento ed elaborazione di dati ed informazioni, ma sollecita il coinvolgimento e l'attivazione di condizioni di contesto; avviene non esclusivamente nella mente delle persone, ma è distribuito all'interno di traiettorie di partecipazione; coinvolge non solo i singoli individui, ma impegna una comunità di soggetti; usa il linguaggio non solo come mezzo per

trasmettere conoscenze codificate, ma anche e soprattutto quale strumento di transazione ed azione nel mondo sociale di riferimento; si produce non tanto attraverso la messa a disposizione di codici predefiniti per l'azione, quanto mediante la condivisione di artefatti e traslazioni in cui la conoscenza è incorporata.

È su questa costruzione di pratiche sociali e di realtà organizzative che si esercita la riflessione, in quanto interrogazione su come costruiamo un senso al nostro rapporto con le situazioni, con gli altri, con l'organizzazione in cui lavoriamo, con il sistema socio-economico in cui viviamo. Sono evidentemente sollecitate non solo dimensioni cognitive, ma anche affettive ed estetiche, così da configurare il conoscere e l'apprendere nelle organizzazioni nel costante intreccio e interazione tra componente soggettiva (le differenze individuali legate a storie e traiettorie personali di partecipazione) e componente situazionale (gli aspetti di conoscenza distribuita e sociale, unitamente alle dimensioni strutturali-organizzative-istituzionali del contesto) (cfr. Scaratti, Ripamonti, 2008).

Adulità/soggettività. Un rapporto con le situazioni operative e lavorative, quale quello descritto, costituisce una forte sollecitazione all'identità personale e professionale dei vari attori organizzativi. Da un lato nei contesti organizzativi odierni c'è come una chiamata in causa del soggetto (Barus-Michel, Enriquez, Lèvy, 2003) nel suo essere capace di responsabilità, di sguardo prospettico e temporale, di intenzionalità, di immaginazione e progettualità: pensiamo alla diffusa e ricorrente pressione ad essere imprenditivi nell'ambito del proprio ambiente; ad assumere una disposizione proattiva che non aspetta gli ordini e le soluzioni, ma anticipa e costruisce ipotesi e risposte; ad assumersi l'impegno ed il carico di pensare a itinerari diversi, modi e forme nuove per far fronte ai problemi inediti. Certo questi aspetti si caricano di rischi e di possibili interpretazioni strumentali e manipolatorie, come abbiamo già detto, specie all'interno di scenari dove l'"economia reale" è posta sotto effettiva minaccia e in cui sembra palesarsi una drastica involuzione verso forme di sopravvivenza massiva e utilitaristica, quasi un rovesciamento della piramide maslowiana. Eppure la possibilità di superamento delle criticità e delle inerzie in cui versa la qualità dei processi organizzativi attuali sembra invocare come condizione l'esercizio, da parte delle persone al lavoro, della loro soggettività: entrando e stabilendo una relazione con il proprio contesto lavorativo e con gli altri che lo abitano, attraverso un'esperienza che non sia solo strumentale/funzionale (hai un ruolo con dei compiti e delle competenze per le quali sei preparato, quindi assolvi ed è quanto basta), non negando aspetti affettivi e sensoriali del tessuto organizzativo di cui si è parte e recuperando il potere creativo di una sua rinnovata costruzione. La sfida è quella dell'accesso ad una condizione di adulità come condizione connessa alla capacità di porsi in dialogo con le fonti di costruzione di significato di ordine sociale e culturale, in virtù di una potenziata capacità riflessiva e critica (Quaglino, 2005). Vuol dire configurare le condizioni che facilitino per i soggetti un rimettersi in gioco della storia del proprio percorso lavorativo e professionale: variabile ad un tempo soggettiva, psico-sociale ed organizzativa, che richiede un accorto presidio e dedizione ed è esposta ad esiti di insuccesso e di impraticabilità, così come a guadagni generativi di nuovo dialogo con la propria esperienza.

Esperienza. Il costrutto di esperienza (cfr. Jedlowski, 2008) rimanda ai concetti di *erleben* (avere esperienza come qualcosa che ha a che fare con il percepire, l'attribuire una forma al mondo) e di *erfahrung* (fare esperienza come esercizio, acquisizione di capacità, elaborazione). Evoca il percorso di ognuno rispetto alle proprie storie e traiettorie e l'opportunità/occasione per un volgersi del soggetto a se stesso, attraverso una sosta di interrogazione che è ascolto e sguardo stupito sulla propria presenza, così come si è venuta configurando nel solco degli intrecci simbolici, materiali e relazionali, nelle ecologie dei contesti e degli scambi che abbiamo attraversato e intessuto. In tale prospettiva apprendere dall'esperienza è come un rivolgersi sui materiali della propria esistenza/azione/pratica (ovviamente secondo set adeguati e coerenti con vincoli ed interessi riconosciuti significativi), nel tentativo di decifrare il senso che hanno. Questo materiale può in tal modo venire nominato, messo in parola e sottoposto a sguardo/i, passato al vaglio di un'interpretazione, sempre esposta ad errore, che cerchi di conciliarlo con i significati che si hanno a disposizione e con la propria coscienza. L'esperienza come processo di costruzione del rapporto con il nostro ambiente, come esercizio interpretativo e disposizione progettuale, come memoria ed orientamento di senso, ha a che fare con la nostra consistenza nel mondo, è un percorso ed insieme un ritmo che connette. Sul lavoro e nei contesti organizzativi questo significa attivare delle pause, delle sospensioni operative, verificandone la praticabilità e sostenibilità istituzionale ed organizzativa, per mettersi a una distanza riflessiva dal fare e rielaborare/riconfigurare la propria azione. Non stiamo evocando immersioni in situazioni da new age con incenso e fumi di meditazione o intense sedute di assimilazione degli ultimi ritrovati organizzativi da importare in poco tempo. In gioco è la possibilità di avvicinare e trattare la quotidianità e le pratiche operative con cui le persone sono confrontate, assumendone implicazioni e variabili che esse

introducono nel sistema di azione incontrato. Che si tratti di competenze da acquisire, di ruoli ed equilibri da rinnovare, di questioni operative da regolare, di cambiamenti interni/esterni da affrontare, di dinamiche di cooperazione/conflitto da attraversare, l'accesso e la conquista della propria esperienza ha a che fare con la possibilità/opportunità di stare "sul proprio pezzo", inteso come spaccato reale e professionale del proprio coinvolgimento operativo e del proprio agire organizzato, del senso che esso rappresenta per le persone e dei significati più o meno condivisi che veicola e mobilita.

Apprendere dall'esperienza, immaginare una formazione sul campo, è decidere che tale investimento non è un lusso, ma una necessità, e organizzare le condizioni per un suo effettivo esercizio: cosa difficile in una società liquida e veloce, che minaccia le consistenze professionali e identitarie e scuote le configurazioni degli equilibri organizzativi consolidati; eppure, proprio per questo, tanto più decisiva.

La costellazione sopra richiamata di alcuni riferimenti e ancoraggi teorico-concettuali si iscrive all'interno di una prospettiva epistemologica costruzionista (sensibile ai processi di attribuzione di senso ad eventi e situazioni attraverso i quali si costruiscono i contesti lavorativi), conversazionale (attenta alle produzioni discorsive ed agli scambi sociali di negoziazione che danno forma all'ordine della vita condiviso in un contesto), narrativa (orientata a cogliere le forme assunte dalle ermeneutiche soggettive e collettive di fronte a culture/identità assunte come testo ambiguo da interpretare). Assume inoltre un approccio gnoseologico proprio di una teoria della conoscenza che distingue saperi teorici, saperi tecnici e saperi pratici e si rappresenta diverse tipologie e articolazioni della conoscenza stessa. Si riconosce in un'ontologia ispirata da un realismo critico e mediato (Mantovani, Spagnoli, 2003) che assume la rilevanza delle dimensioni discorsive e linguistiche così come di situatività, contingenza e realtà dei contesti, per quanto emergente e socialmente negoziata.

Ne emerge un'idea di formazione sul campo orientata a creare momenti di sosta dedicati a ri-pensare il senso e la valenza delle cose che si fanno in situazione: una formazione (cfr. Kaneklin, Scaratti, 2009) che apra spazi alla soggettività, al costruire qualcosa con altre persone a partire da comuni investimenti; agganciata ai processi organizzativi reali ed ai problemi che si incontrano nel realizzare iniziative ed azioni; orientata a supportare ed aiutare i vari soggetti coinvolti nel rileggere e ri-orientare i propri schemi, le proprie competenze, la propria esperienza lavorativa.

Nel prossimo paragrafo proveremo a considerare come la stretta connessione tra apprendere, organizzare e conoscere nel contesto di relazioni in cui si è inseriti e che si contribuisce a produrre, si traduca all'interno dello specifico ambito delle organizzazioni socio-sanitarie.

L'azione formativa nei contesti sanitari: tra ruoli gestionali intermedi e recupero di intersoggettività

La valorizzazione descritta di un approccio formativo fortemente centrato sugli aspetti micro-sociali inerenti le pratiche lavorative e professionali e sulle relazioni e conoscenze diffuse ad esse connesse, in una logica di comunità di pratica e pratica di comunità, comporta l'esigenza di sviluppare alcune considerazioni sui mutamenti in corso nel mondo della sanità. L'esigenza di avvicinare i sistemi di azione ed il concreto praticare professionale dei soggetti nei contesti per intercettare significati impliciti e più o meno condivisi, non può prescindere da una lettura di alcuni essenziali elementi di cornice e delle principali tensioni che stanno attraversando il sistema.

In prima istanza e proprio in questi tempi di forte crisi dei macro scenari mondiali e di drammatica evaporazione di consistenti patrimoni finanziari, non è difficile constatare come nei servizi sanitari, a fronte del fatto che la salute diventa uno dei problemi e delle ansietà critiche dell'individuo e della società, decrescano investimenti, tempi e mezzi messi a disposizione dei servizi stessi (cfr. Kaneklin, Scaratti, 2006). Non è certo qui in discussione l'inevitabile e imprescindibile esercizio di razionalizzazione per recuperare efficienza e qualità dei servizi prestati, ma il senso complessivo che possono assumere alcune opzioni, se non adeguatamente accompagnate e sostenute nei concreti processi organizzativi.

Compressi tra un immaginario che vede, da un lato, la diffusione pervasiva di modelli di salute improntati agli ideali di giovinezza, di benessere quotidiano, bellezza e performance volti a negare la sofferenza, la paura dell'invecchiamento, la paura della morte e, dall'altro, la centralità assegnata dai dirigenti al valore economico e alla performance finanziaria, gli approcci alla cura della malattia sembrano infatti smarrire la memoria dei valori che nel passato hanno fondato la creazione dei servizi e le scelte professionali, il senso da dare senso a ciò che nel presente si sta costruendo, la capacità di anticipare il futuro per progettarlo.

Al primato dei parametri econometrici che riducono il valore a costo, si affiancano spesso logiche e culture organizzative a volte gravate da impostazioni neotayloristiche, in cui la spinta a generare valore si traduce in un'accentuazione della tendenza a lavorare sull'organo, sulla malattia separata dal malato

e sul malato come scisso dalla sua famiglia e dal suo contesto sociale di vita. Non è infrequente imbattersi in molti casi in una sorta di smarrimento, di rarefazione della spinta energetica e del significato etico e sociale propri di una cultura sanitaria peraltro ancora diffusa, al di là degli eclatanti ma isolati episodi di malasana. Può allora capitare di rilevare, all'interno di contesti organizzativi sanitari, culture organizzative e professionali connotate da de-idealizzazione e "disimpegno politico" degli operatori, propensi a delegare all'esterno o ai vertici aziendali il senso del rapporto tra sé e l'organizzazione, tra il Servizio e il contesto sociale. Prevale in questi casi un rispetto formale delle regole, una modalità di funzionamento pragmatica e opaca per cui si resta inerti rispetto ai problemi del funzionamento organizzativo e del senso del lavoro, o ci si lamenta. Lamento, acquiescenza e adempimento procedurale non sembrano certo le condizioni più funzionali per la realizzazione di un servizio, a maggior ragione se sanitario.

Una seconda variabile presente nell'ambito dei servizi sanitari riguarda il livello elevato di turbolenza interna ed esterna, caratterizzato da situazioni inedite e mutevoli rispetto alle quali mantenere e realizzare la possibilità di organizzare e di costruire ambienti e reti, in presenza di pressioni diverse e contraddizioni frequenti ed in mancanza dei tradizionali ancoraggi di legittimazione e riconoscimento. La sfida è quella di imparare a convivere lavorando con la complessità, la pervasività e l'irriducibilità dei problemi, che pure si è chiamati a gestire, attraversando situazioni in cui aspetti di solidarietà convivono con istanze di competizione; elementi di giustizia sociale invocata risultano misconosciuti e da rinegoziare; vantaggi e diritti acquisiti da difendere si intersecano con altri da ri-conquistare e legittimare.

Da un lato si apre la prospettiva di servizi in cui sia alimentata una costante elaborazione di dati ed informazioni a livello individuale e gruppale, in riferimento alle rappresentazioni dei bisogni esistenti, dei problemi identificabili, dei concreti oggetti su cui è realistico sviluppare risposte; in cui si cerca di dotarsi di mappe di lettura e chiavi di comprensione aggiornate e sofisticate circa i contesti e le situazioni che si affrontano; in cui sia sostenuta e valorizzata una laboriosa dinamica di costruzione e attribuzione sociale di senso ad eventi, azioni, esiti del proprio lavoro.

Dall'altro si vivono le fatiche e il disagio sul versante organizzativo ed istituzionale, a fronte delle contrazioni dei tempi, del budget, della mobilità ed evoluzione di persone, ruoli, funzioni e contesti; si percepisce o si concepisce il funzionamento organizzativo secondo una scissione tra sistema di azione (insieme dei mezzi tecnici e umani congegnati per realizzare gli obiettivi di produzione/servizio) e sistema sociale (insieme di persone e gruppi, con ruoli diversi, associati per risolvere problemi comuni e orientati a stabilire rapporti di collaborazione-cooperazione/confitto).

Un terzo elemento di scenario riguarda le modalità del cambiamento che ha attraversato il mondo della sanità: sembra prevalente l'attivazione di cambiamenti e trasformazioni attraverso ristrutturazioni e reingegnerizzazioni del disegno organizzativo, decise e lanciate in termini di decreto e vincolo giuridico/normativo. Rispetto alle prospettive di cambiamento sono possibili infatti diversi approcci (Isolabella, Kaneklin, Scaratti, 2003): uno più strutturale, legato allo sviluppo di soluzioni di ingegneria organizzativa a livello macro; l'altro che affida a leader forti e capaci ed a ruoli fiduciari il compito di presidiare azioni e strategie; il terzo più processuale, che procede per arrangiamenti continui, tenendo conto degli aspetti culturali e professionali esistenti e vedendo via via ciò che è possibile costruire. L'importanza dell'ultima modalità ci appare decisiva, in quanto sono le persone a dover interiorizzare, portare dentro di sé le istanze innovative, affinché possano interpretare i ruoli ed i compiti loro assegnati assumendo iniziativa e responsabilità, fornendo contributi adeguati al raggiungimento degli obiettivi. Se a livello macro il vertice deve continuamente dare linee generali di cambiamento (comunicare, ribadire, verificare), l'interiorizzazione di esse avviene a livello micro-organizzativo, legato ai quotidiani e concreti processi di organizzazione e riorganizzazione del lavoro che impattano le unità organizzative, le strutture operative, la mentalità lavorativa.

Su questo versante crediamo si siano manifestate, in ambito sanitario così come in diverse realtà confrontate con processi di trasformazione e di cambiamento profondo dei propri processi organizzativi, crucialità non adeguatamente rappresentate e supportate, oltre a criticità trasversali.

Crucialità: riguardano la consistenza e la disponibilità di ruoli gestionali intermedi, in grado di sostenere ed alimentare il processo di traduzione degli orientamenti dichiarati in progetti operativi ed azioni, attribuendo effettivamente alle persone la loro valenza di risorsa strategica. L'introduzione di innovazioni e di strategie di project management, di articolate forme di controllo di gestione e ERP, di Information communication technology, per citare solo alcune ricorrenti dimensioni sollecitate, vanno infatti affiancate da un articolato lavoro di accompagnamento, supporto e valorizzazione delle risorse e delle culture attraverso le quali quei cambiamenti possono realizzarsi e diventare nuove routines

operative. Occorrono risorse competenti e dedicate in grado di gestire i non semplici processi di valorizzazione e mobilitazione delle competenze e conoscenze, pena il verificarsi di inerzie, resistenze, cortocircuiti, rigidità procedurali che impediscono di connettere pensiero ed azione ed affrontare le molteplici emergenze di cui il quotidiano, in situazione di evoluzione e cambiamento, è carico in maniera dirompente.

Criticità: concernono la mancanza di competenze specifiche nella progettazione e gestione di risorse in una prospettiva organizzativa connessa al fronteggiamento di problemi attraverso processi di lavoro comune. Si tratta di una riprogettazione assistita e diffusa dell'organizzazione di lavoro a livello micro, per poter accompagnare le situazioni reali attraverso le quali si costruisce nuova cultura organizzativa, fronteggiando quotidianamente nuovi problemi e cercando soluzioni soddisfacenti ad essi. Di qui l'importanza strategica dei ruoli di responsabilità nella gestione delle persone e dei gruppi di lavoro, nella costruzione di nuove modalità di lavoro e di operatività, improntate a criteri di responsabilizzazione e integrazione tra le diverse componenti, di comunicazione estesa e diffusa, di condivisione delle conoscenze, di diffusione di pratiche professionali (cfr. Wenger E., 2006) performative, capaci cioè di affrontare le sfide con cui sono confrontate e di costruire gli ambienti operativi anche in assenza di risposte disponibili. Funzioni complesse e delicate insieme, che passano attraverso fasi di negoziazione, anche di conflitto rispetto alla gestione di aspettative e desideri plurali, alla presenza di molteplici obiettivi ed interessi da considerare e comporre, alle inevitabili contraddizioni da attraversare.

È in riferimento a tale scenario che diventa rilevante e decisivo, in una prospettiva formativa, immaginare alcune coordinate di riferimento in grado di offrire a contesti e persone la possibilità di affrontare insieme i problemi cui sono confrontati, impegnandosi a trovare soluzioni creative.

Una prima indicazione per l'attivazione di azioni formative sensate e produttive in ambito sanitario riguarda proprio la legittimazione istituzionale e la creazione di condizioni organizzative per la realizzazione di "aree di sosta": gruppi di lavoro e/o di progetto, di diversa possibile configurazione secondo le esigenze dei contesti, con l'obiettivo di sostenere le persone nell'esercizio di nuovi sguardi e visioni rispetto alla loro realtà operativa, condividendo letture e interpretazioni del loro stare all'interno delle trasformazioni, scambiandosi modalità e pratiche in uso dell'apprendere a ri-collocarsi e ripensarsi dentro i contesti organizzativi. Individuare tempi per pensare e interpretare logiche e prospettive di azione consente alle persone di stare sul problema, evitando il ricorso a scorciatoie inadeguate o la tentazione di ripetere soluzioni poco produttive. La caratteristica di queste aree di sosta dovrebbe essere quella di momenti consistenti e positivi di *elaborazione*, in condizioni di *intersoggettività*: l'elaborazione (da e[x]-labor, lavoro attraverso, ottenere con fatica, ma anche superando la fatica) rimanda al processo di trattamento e trasformazione delle informazioni, così come ad un'applicazione che richiede cura, dedizione, ricercatezza, o ancora allo svolgimento ed all'approfondimento di idee e intuizioni. Possiamo intravedere un elaborare legato ad esigenze operative, per orientare, regolare, gestire meglio azioni, pratiche e sistemi di attività, ad esempio all'interno di gruppi di progettazione e di lavoro; oppure funzionale ad un comprendere legato all'attribuzione di senso ad eventi e situazioni, esigenza tipica in situazioni di formazione e supervisione in cui si confrontano letture e interpretazioni diverse; o ancora dedicato alla prospettiva di concettualizzare e sistematizzare conoscenze e saperi per farli circolare e renderli disponibili in modo più diffuso, pubblico e riconoscibile, come nella produzione di artefatti e documenti organizzativi.

L'intersoggettività esprime a sua volta l'esigenza di individuare e valorizzare le differenze esistenti e la necessità di gestirle in prospettiva di integrazione organizzativa. In gioco è la possibilità di tessere e sviluppare connessioni in azione tra diverse rappresentazioni e traduzioni operative del compito primario attribuito alla propria organizzazione; di collocarsi all'interno di relazioni variegata e plurali tra colleghi, sviluppando interazioni coordinate e congiunte con altre figure laterali e tra servizi diversi ma collegati; di muoversi secondo culture lavorative meno adempistiche e modalità meno amministrative e/o personalistiche di gestione dell'autorità e della funzione di leadership.

Qui si apre una seconda coordinata di riferimento, relativa alla possibilità di considerare nelle politiche organizzative e nell'azione formativa un'attenzione particolare all'uso del gruppo di lavoro ed al ruolo del capo in esso giocato. Il vero snodo, fortemente incistato nelle culture organizzative interiorizzate e nei sistemi di azione in uso, è quello legato all'esigenza di superare il mero comando come modalità ritenuta implicitamente economica e funzionale all'esecuzione di compiti ed al raggiungimento di obiettivi, promuovendo una rappresentazione del ruolo del capo come capace di coniugare il mandato organizzativo con i problemi quotidiani di funzionamento e con le esigenze e le domande, complesse ed articolate, del sistema utente. Per chi ha responsabilità nel supportare, orientare e sviluppare la crescita ed il mutamento innovativo nelle organizzazioni si aprono inediti ambiti di competenza e presidio: dalla capacità di sviluppare pensiero e comprensione articolata di eventi e situazioni; alla

conduzione di iniziative ed azioni per aiutare le persone a fronteggiare il rapporto con l'emergenza quotidiana; fino al sostegno della possibilità, per uomini e donne, di intrecciare rinnovati legami tra la loro vita ed il loro lavoro, accettando il confronto con la realtà e le sue incertezze, i suoi imprevisti, le rappresentazioni che su di essa hanno costruito. Una leadership e dei capi intermedi in grado cioè di autorizzare e autorizzarsi ad entrare in un rapporto altro con il proprio lavoro, con l'organizzazione di appartenenza, con i compiti e gli obiettivi assegnati, facilitando l'espressione di soggettività attive, capaci di confrontare e contrattare tra progetti individuali, progetti di struttura ed unità organizzativa di riferimento e progetti dell'organizzazione complessiva.

La terza e conseguente prospettiva per l'assunzione di logiche formative efficaci e sensate nei contesti sanitari riguarda la necessità di rivisitare le concezioni di integrazione (cioè le modalità ed i processi del comporre, regolare e gestire le differenze in rapporto al raggiungimento degli obiettivi), alla base del modo di concepire l'organizzazione ed i suoi processi di funzionamento. Possiamo individuare due tipologie prevalenti, cui corrispondono ipotesi ricorrenti, pratiche sedimentate e prospettive su cui lavorare per un loro impiego più diffuso e radicato, come richiamato nella seguente tabella:

Tab. 1. Ipotesi di integrazione organizzativa

	specialistica	trasversale
spontanea	Principio dell'affinità speri tecnici aree di lavoro privilegiate amori/investimenti	Fedeltà e appartenenza legami rituali routine
sostenuta	Principio dell'ordine razionale governo degli incarichi di lavoro organizzazione del lavoro	Accompagnamento dei processi momenti di sensemaking gestione della conoscenza cura degli aspetti micro-organizzativi

Esiste una visione di integrazione che potremmo definire "*spontanea*", che funziona per aggregazioni di cose simili e ritenute convenzionalmente convergenti. Nell'articolazione specialistica di tale visione, eventi, persone, risorse, ruoli e funzioni stanno e si tengono insieme secondo un principio di "affinità", diversamente declinato: a volte è il contenuto specifico legato a particolari saperi tecnico-operativi a connettere e collegare, e chi li detiene in grado più elevato occupa conseguenti posizioni di potere e di responsabilità; altre volte sono aree privilegiate e tradizionalmente consolidate di lavoro a configurare aspettative, processi operativi e veri e propri modelli di rappresentazione sociale su come devono andare le cose in un determinato contesto: l'accesso alle posizioni core di tali aree consente l'attribuzione di dominanza e legittimazione; l'integrazione per affinità passa anche attraverso mozioni degli affetti, legati ad amori, investimenti, disinvestimenti reciprocamente orditi e consumati tra i diversi attori organizzativi in relazione ad oggetti, ruoli, obiettivi ed interessi, secondo storie ed aspettative recitate secondo l'ordito della vicinanza/lontananza, appartenenza/separazione, amicizia/inimicizia, fedeltà/tradimento, bontà/perversione, secondo la variegata e plurale "drammatica" delle relazioni umane ed organizzative. Alla modalità specialistica dell'integrazione spontanea si accompagna una versione "trasversale", che prevede tipici e ricorrenti modi in uso per avvicinare e tenere insieme: essi fanno leva sui legami antichi tra persone e gruppi, sulla celebrazione ricorrente di riti e cerimonie organizzative (feste e cene, momenti di ritrovo e socializzazione, memorie comuni, ricorrenze importanti), riunioni formalizzate e istituzionalizzate nella routine incorporata nel sistema d'azione.

Esiste un'ulteriore tipologia ricorrente di integrazione, che possiamo descrivere come "*sostenuta*", a significare l'affidamento dei processi e delle istanze ad essa inerenti a particolari dispositivi e strumentazioni intenzionalmente assunte ed impiegate: il principio aggregante è quello dell'ordine e della razionalità. Anche in questo caso possiamo rilevare un'articolazione specialistica ed una trasversale della concezione di integrazione in tal modo rappresentata: nella versione specialistica ritroviamo le modalità legate ad approcci manageriali, riconducibili a riferimenti di teoria dell'organizzazione, nelle loro evoluzioni storiche e congiunturali, dal modello taylorista-fordista a quello post-industriale, in grado di valorizzare sequenze operative, tecnologie, sistemi di coordinamento, che hanno visto il succedersi e l'intrecciarsi di plurali e variegate metafore organizzative e di altrettante fisionomie di funzionamento, legate a modi di concepire la leadership, le forme di controllo, il governo e la divisione del lavoro, la struttura e l'articolazione dei sistemi di azione

previsti. Nella versione trasversale l'accento si sposta dalle componenti "hard" a quelle "soft" dell'organizzazione, ponendo l'accento sulla valenza che riveste il senso complessivo dell'attività e dell'organizzazione sanitaria rispetto al suo stesso funzionamento.

Diventano rilevanti i processi di costruzione congiunta di idee e di conoscenze, la valorizzazione e la preparazione di momenti differenziati e dedicati, l'accompagnamento a livello micro-organizzativo di processi organizzativi e di relazioni tra attori, settori e unità organizzative.

Lavorare su tali tipologie può rappresentare lo spunto per prendere un po' di distanza dai modelli di pensiero e di comportamento interiorizzati e da propri riferimenti consolidati, provando a vedere quando questi rappresentino una fonte di allontanamento dalla realtà, perché si sclerotizzano fino a determinare inerzie e vere e proprie afasie operative, e valorizzando gli spunti che invece aprono l'esplorazione di inedite possibilità di senso e di azione.

Riteniamo che l'orientamento offerto attraverso le prospettive sopra richiamate possa rappresentare l'ancoraggio per l'assunzione di un'azione formativa che si ponga come tensione realistica e sostenibile quella di lavorare sul campo di tanti contesti organizzativi sanitari, per inoculare una sorta di contaminazione positiva. Spesso ci si imbatte in una sorta di circolo vizioso fatto di interpretazioni amministrative e personalistiche dei ruoli dirigenziali e di potere, cui si accompagnano quasi a catena culture organizzative economicistiche e declinazioni specialistiche della scientificità. I processi organizzativi conseguenti si strutturano e conformano a loro volta secondo una disposizione tipicamente difensiva: modalità prevalente di funzionamento dei gruppi secondo assunti di base di bioniana memoria, frammentazione in sottogruppi in equilibrio attraverso dinamiche di perenne conflitto, chiusura nel proprio territorio di riferimento, apatia interpersonale e lamento diffuso, dipendenza dal capo, delega di responsabilità al dirigente, con ripartenza del circolo. Gli esiti inevitabili in questi casi sono l'autoreferenzialità del servizio e l'avvilimento della risorsa di soggettività disponibile e circolante. Certo non basta metaforicamente entrare in casa illudendosi che aprire porte e finestre per far ricircolare un po' di aria fresca basti per rigenerare processi organizzativi viziati: abbiamo richiamato la sfida, la complessità ed il costo in termini di verifica delle condizioni di praticabilità e sostenibilità di un lavoro sul campo. Servono legittimazione istituzionale, alleanze manageriali, coinvolgimenti professionali, risorse dedicate, mobilitazione personale e soggettiva: una combinazione non sempre disponibile e riscontrabile e, tuttavia, non di per sé impossibile e/o illusoria.

Vogliamo concludere in ogni caso segnalando come investire nella risorsa immateriale dell'intersoggettività rappresenti oggi un ancoraggio importante per apprendere a stare dentro le trasformazioni e potersi riscoprire come soggetti costruttori di conoscenza e capaci di cambiamento.

È il lavoro sul campo, che richiede spigolature, anche minime, come l'immagine della contadina china sul terreno dopo la mietitura, affinché nulla vada perso e anche le piccole cose vengano portate a frutto e generino valore. Forse è un'immagine da tempi di crisi congiunturale. Dice peraltro di un approccio possibile, realistico, aperto al futuro pure con la sua incertezza e senza illusioni; condotto con la pazienza indispensabile per la fatica da sostenere, ma anche con la speranza fondata sulla consistenza della propria esperienza e sul senso del proprio lavoro.

Riferimenti bibliografici

Arendt, H.

1987 *La vita della mente*, Bologna, Il Mulino

Avallone, F. e Farnese, M. L.

2006 *Culture organizzative*, Milano, Guerini e Associati

Barus-Michel, J., Enriquez, E. e Lévy, A.

2003 *Dizionario di Psicosociologia*, Milano, Raffaello Cortina

Boldizzone, D. e Nacamulli, R. C. D.

2004 *Oltre l'aula. Strategie di formazione nell'economia della conoscenza*, Milano, APOGEO

Bruno, A., Kaneklin, C. e Scaratti, G.

2005 *I processi di generazione delle conoscenze nei contesti organizzativi e di lavoro*, Milano, Vita e Pensiero

- Dewey, J.
1938 *Logic. Theory of Inquiry*, New York, Holt, Rinehart and Winston
- Gherardi, S.
2003 *Il sogno ed il disincanto del knowledge management*, Studi Organizzativi, 1: 5-20
- Gherardi, S.
2006 *Organizational knowledge: the texture of workplace learning*, Cambridge, MA: Blackwell Publishing
- Gherardi, S.
2008 *Dalla comunità di pratica alla pratica di comunità*, Studi Organizzativi, 1: 49-72.
- Isolabella, C., Kaneklin, C. e Scaratti, G.
2003 *L'emergenza nel quotidiano. Come riconoscere e usare i valori organizzativi straordinari nella pratica dell'efficacia lavorativa quotidiana*. Risorsa Uomo, Vol. IX, 1/03: pp. 79-94.
- Kaneklin, C. e Manoukian, F.
2000 *Conoscere l'organizzazione*, Roma, NIS.
- Kaneklin, C. e Scaratti, G.
1998 *Formazione e narrazione. Costruzione di significato e processi di cambiamento personale ed organizzativo*, Milano, Cortina
- Kaneklin, C. e Scaratti, G.
2006 *Valori e servizi alla persona*, in De Carlo N., Luzzato G. (ed). *Il carisma al servizio della salute*. Milano, Franco Angeli, pp. 55-83.
- Kaneklin, C. e Scaratti, G.
2008 *In-sicurezza e sostenibilità della vita lavorativa: la formazione che serve*. Roma, Carocci
- Kaneklin, C., Scaratti, G. Bruno, A.
2006 *La formazione universitaria. Pratiche possibili*. Roma, Carocci
- Jedlowski, P.
2008 *Il sapere dell'esperienza*. Roma, Carocci
- Lipari, D.
2002 *Logiche di azione formativa nelle organizzazioni*. Milano, Guerini e Associati
Mantovani, G. Spagnoli A.
2003 *Metodi qualitativi in psicologia*. Bologna, Il Mulino
- Mezirow, J.
2003 *Apprendimento e trasformazione*. Milano, Cortina
- Piccardo, C. e Benozzo, C.
1996 *Etnografia organizzativa*. Milano, Cortina
- Quaglino, G. P.
2006 *Scritti di formazione (1991-2002) vol. 3*, Milano, Franco Angeli
Quaglino, G. P.
2005 *Fare Formazione*. Milano, Cortina
- Romano, D.
2006 *L'organizzazione silenziosa*. Milano, Cortina
- Rullani, E.
2004 *Economia della conoscenza. Creatività e valore nel capitalismo delle reti*. Roma, Carocci

- Scaratti, G.
1998 *La formazione tra psicologia culturale ed orientamento psicosociologico*. In: Kakneklin C., Scaratti G. (ed). *Formazione e narrazione. Costruzione di significato e processi di cambiamento personale ed organizzativo*. Milano, Raffaello Cortina Editore
- Scaratti, G.
2005 *La conoscenza in azione*. In: Bruno A., Kaneklin C., Scaratti G. (ed). *I processi di generazione delle conoscenze nei contesti organizzativi e di lavoro*. Milano, Vita e Pensiero, pp. 287-297.
- Scaratti, G.
2005 *Attivazione di reti, promozione di alleanze e processi di costruzione congiunta di conoscenza*. In: Rossi B. (ed). *Sviluppo professionale e processi di apprendimento. Nuovi scenari lavorativi*. Roma, Carocci, pp. 135-174.
- Scaratti, G.
2005 *Azione formativa e processi di costruzione di conoscenza*. In: Bruno A., Kaneklin C., Scaratti G. (ed). *I processi di generazione delle conoscenze nei contesti organizzativi e di lavoro*. Milano, Vita e Pensiero, pp. 257-273.
- Scaratti, G.
2006 *L'(in)effabile dicibilità delle comunità di pratica*. In: Wenger E. (ed) *Comunità di pratica. Apprendimento, significato, identità*. Milano, Cortina, pp. IX-XLIII.
- Scaratti, G.
2007 *Tra artefatti e narrazioni. Alla ricerca delle pratiche organizzative in azione*. In: Scaratti, G., Zandonai, F. (ed). *I territori dell'invisibile. Culture e pratiche di impresa sociale*. Roma-Bari: Laterza, pp. 3-40.
- Scaratti, G. e Ripamonti, S.
2008 *Gestire la conoscenza e apprendere nelle organizzazioni*. In Argentero, P., Cortese C. G., Piccardo, C. (ed). *Manuale di Psicologia del lavoro e delle organizzazioni*. Milano, Cortina
- Schön, D.
1993 *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari, Dedalo
- Varchetta, G.
2007 *L'organizzazione ambigua*. Milano, Guerini e Associati
- Vino, A.
2001 *Sapere pratico. Competenze per l'azione, apprendimento, progettazione organizzativa*. Milano, Guerini e Associati
- Zuchermaglio, C.
2002 *Psicologia culturale dei gruppi*. Roma, Carocci
- Zuchermaglio, C.
2003 *Contesti di vita quotidiana, interazione e discorso*. In: Mantovani G., Spagnoli A. (ed). *Metodi qualitativi in psicologia*. Bologna, Il Mulino, pp. 47-72.
- Zuchermaglio, C. e Alby, F.
2006 *Psicologia culturale delle organizzazioni*. Roma, Carocci
- Weick, K.
1993 *Organizzare. La psicologia sociale dei processi organizzativi*. Torino, Isedi
- Weick, K.
1997 *Senso e significato nelle organizzazioni*. Milano, Raffaello Cortina
- Wenger, E.
2006 *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Milano, Cortina

La Formazione (sul campo) nelle Aziende Sanitarie¹

Marco Biocca e Barbara Lelli

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna

Introduzione

Il nuovo ciclo del programma nazionale per l'Educazione continua in medicina (ECM) ha preso avvio con l'Accordo sottoscritto nella Conferenza Stato/Regioni del 1° agosto del 2007. Per tutti i professionisti della sanità italiana (circa un milione di persone) si conferma l'obbligo sistematico di acquisire crediti formativi attraverso organizzatori di formazione (provider) specificamente accreditati. Si tratta evidentemente di un processo di grandi dimensioni che presenta molteplici risvolti di elevata complessità e anche di diretto interesse per i formatori.

In questo contesto, la formazione sul campo (FSC) dovrebbe essere considerata come il paradigma che, probabilmente, meglio si presta a sostenere lo sviluppo attuale del sistema sanitario, soprattutto per la sua capacità di cogliere gli aspetti sostanziali dei processi e per la forza didattica nel coinvolgere direttamente gli operatori sanitari. Questa è la tesi che vorremmo sostenere e che, intanto, spiega le parentesi del titolo.

Nelle pagine che seguono² saranno richiamati alcuni elementi di riferimento e sottolineati alcuni dei problemi che si pongono con maggiore evidenza, tenendo conto del ruolo centrale che le aziende sanitarie hanno (o dovrebbero avere), sia nella programmazione e utilizzazione della formazione che nella organizzazione.

La formazione continua nelle aziende sanitarie nell'evoluzione del quadro normativo e organizzativo

A differenza di quanto è avvenuto in altri contesti e in altri paesi, l'idea di governare e organizzare la formazione continua nel settore sanitario in Italia è relativamente recente ed è dovuta chiaramente ad una norma che ha forzato una situazione largamente disattenta a questi aspetti. È stata, infatti, introdotta con il decreto legislativo 229/1999, più noto come terza riforma sanitaria, che ha reso obbligatorio per tutti gli operatori della sanità seguire il programma di ECM. Fino all'entrata in vigore di questa legge, l'aggiornamento del medico e degli altri professionisti della sanità era regolato solo da principi di carattere morale ed individuale rintracciabili nei Codici deontologici.

La prima riforma sanitaria, la legge 833 del 1978 che aveva istituito il Servizio sanitario nazionale (SSN), si era limitata infatti a sottolineare genericamente l'esigenza dell'aggiornamento degli operatori sanitari.

Aveva rinviato a successivi provvedimenti sullo stato giuridico del personale del SSN, anche "le modalità per l'aggiornamento professionale obbligatorio" (art. 47).

E aveva previsto che i Piani sanitari nazionali avrebbero dovuto stabilire "gli obiettivi fondamentali relativi alla formazione e all'aggiornamento del personale del SSN, con particolare riferimento alle funzioni tecnico-professionali, organizzative e gestionali" (art. 53).

Nella pratica quotidiana della gestione del personale ha prevalso, quindi, per anni una cultura di stampo sostanzialmente burocratico-amministrativo, che permetteva un accesso alla formazione del personale delle allora USL, disomogeneo e scarsamente sistematico. Venivano privilegiati gli aggiornamenti professionali specialistici di tipo individuale, che erano gestiti sotto un profilo sostanzialmente giuridico dagli Uffici amministrativi del personale.

Nell'ultimo decennio, con i primi Piani sanitari nazionali e regionali, con lo sviluppo del processo di aziendalizzazione e con l'impatto sempre più rapido delle innovazioni tecnologiche e organizzative, si è profilato nel sistema delle organizzazioni sanitarie un nuovo contesto, caratterizzato da una transizione di valori di riferimento dalla norma al risultato, sia in termini di efficacia delle cure che in termini di qualità dei servizi e delle prestazioni.

Coerentemente con l'evoluzione della legislazione nazionale che ha scandito lo sviluppo del SSN anche la concezione della formazione si è modificata. Nel citato D.L.vo 229/1999, infatti, sei articoli segnano

¹ Testo redatto come successiva elaborazione dei contenuti presentati al convegno

² La parte che riguarda l'evoluzione del quadro normativo e organizzativo è ripresa largamente dai contributi di Maria Paola Bacchielli, esperta dell'Agenzia sanitaria regionale delle Marche. I dati dell'esperienza del programma di formazione continua dell'Emilia-Romagna sono ripresi dai Rapporti annuali sull'Educazione continua in medicina pubblicati nella Collana Dossier dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale (Biocca et al. 2004, 2005, 2002-2006, 2007) e scaricabili dal sito <http://ecm.regione.emilia-romagna.it/>.

il passaggio da una formazione concepita come accessoria, episodica, sostanzialmente individuale e autodeterminata, a una concezione della formazione come elemento strategico per lo sviluppo della professionalità e della qualità del sistema di cure al cittadino, "requisito indispensabile per svolgere attività professionale" (art. 16 quater comma 1), "sviluppata sia secondo percorsi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale" (art. 16 bis, comma 2).

Anche i Contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL), dal dpr 348/1983 ai più recenti, sono passati da un riconoscimento della iniziativa di aggiornamento come attività individuale sottoposta al vaglio e alle autorizzazioni delle diverse Commissioni delle USL, alla considerazione di un'attività strategica delle aziende sanitarie, fortemente connessa agli obiettivi di miglioramento dei servizi, e dunque diritto e dovere del dipendente/professionista, con meccanismi anche di penalizzazione per la mancata partecipazione (cfr.: art. 20 comma 4 CCNL Comparto 2002-2005; art. 23 comma 5 CCNL Dirigenza Medica e Veterinaria e Dirigenza SPTA 2002-2005).

Nel complesso, quindi, l'evoluzione della normativa nazionale segnala una fluttuazione e un'articolazione della concezione della formazione attorno ai tre grandi cardini su cui è costruito il SSN:

1. istituzione pubblica, regolata da norme e principi di diritto pubblico e ordinamenti di carattere burocratico, sottoposta a indirizzi di carattere politico rispetto ad un mandato sociale, regolato da indirizzi legislativi;
2. organizzazione per la produzione di servizi, con riferimento quindi a concetti quali efficacia e qualità dei servizi e delle prestazioni;
3. organizzazione costituita da professionisti, cioè di figure dotate di un bagaglio di saperi specifici, dal valore individuale socialmente e legalmente riconosciuto, perciò la professione assume valore in sé in quanto individualmente esercitata, e non solo riconosciuta in rapporto alla organizzazione di appartenenza.

È in rapporto a questi tre cardini che si rintracciano valori e norme, e conseguenti concezioni e regolamentazioni della formazione continua, che vanno dal "riconoscimento giuridico di un diritto individuale entro una cornice di carattere pubblico" a "strumento fondamentale per garantire risultati del servizio" a "strumento di autonomia professionale per valorizzare le proprie competenze".

Ed è nella dinamica di queste tre componenti che si gioca, a volte anche in modo conflittuale, il governo e l'accordo sulle finalità della formazione continua in medicina nella vita delle organizzazioni sanitarie e nei loro rapporti con i singoli professionisti, le organizzazioni sindacali e il sistema degli ordini professionali.

Nel 2001, per iniziativa dell'allora Ministro della sanità, Umberto Veronesi, è stato avviato il primo Programma ECM con l'istituzione della Commissione nazionale per l'educazione continua in medicina (dm 5/7/2000). Poco dopo la legge 3/2001, di revisione del Titolo V della Costituzione, nel ridistribuire le potestà legislative tra Stato e Regioni, ha individuato tra le materie caratterizzate da competenza legislativa concorrente anche l'educazione e la sanità. L'ECM è diventato, quindi, suo malgrado e improvvisamente un terreno importante per la sperimentazione delle nuove regole, per molti versi sconosciute, di un federalismo in cammino.

Da quel momento per l'attuazione e la disciplina di tutta la materia relativa all'ECM sono stati assunti Accordi nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni (20/12/2001; 13/03/03; 20/5/2004; 23/3/2005; 16/3/2006; 14/12/2006; 1/8/2007) attraverso i quali sono state via via costruite le fasi operative e affidate con indirizzi nazionali alle Regioni i compiti di promuovere sul loro territorio il sistema.

La realizzazione del programma ai vari livelli, nazionale, regionali e locali, è stata disomogenea e con una quantità di aspetti controversi che hanno portato a risultati molto differenziati. Non c'è dubbio, tuttavia, che al di là dei limiti anche gravi con l'ECM sono stati introdotti profondamente nel sistema sanitario italiano i temi e i problemi della formazione continua nella prospettiva di una progressiva integrazione con le attività di assistenza e di ricerca che prima non era mai stata così evidente.

Risulta oggi più forte la convinzione che la formazione continua dovrebbe essere parte di un contesto in cui:

- si condividano un insieme di valori e di competenze di fondo;
- sia effettivo l'impegno a creare condizioni di lavoro adatte allo sviluppo delle competenze, sia in funzione della carriera individuale che dell'organizzazione;
- esistano le possibilità di accedere alla formazione in modo aperto e flessibile e senza discriminazioni;
- l'apprendimento sia riconosciuto, valutato e accreditato e sia condiviso tra gruppi e professioni diversi;
- la pianificazione e la valutazione della FC faccia parte integrante dello sviluppo delle organizzazioni;

- vi sia possibilità di accedere alle necessarie risorse informative;
- le infrastrutture dedicate siano competenti, accessibili e davvero in grado di supportare l'apprendimento.

In questa visione, il nuovo programma nazionale ECM si caratterizza per alcune novità importanti, e soprattutto per il ruolo che viene dato alle aziende sanitarie e per l'enfasi con cui si sottolinea la funzione di programmazione a tutti i livelli.

Le aziende sanitarie dovranno considerare la formazione da due punti di vista: da un lato per la capacità di governo (l'analisi dei bisogni, la programmazione e la valutazione dell'offerta formativa saranno incluse nei criteri di accreditamento istituzionale) e dall'altro per la capacità di organizzazione ed erogazione (accreditamento come provider ECM).

Ciò comporterà necessariamente un maggiore peso della formazione nei processi assistenziali, soprattutto innovativi, e nelle organizzazioni sanitarie.

Il ruolo della programmazione formativa è sempre stato un punto critico che a volte si è presentato anche in modo confuso. Si pensi ad esempio alla difficoltà di definire obiettivi formativi senza confonderli con gli obiettivi di salute o di organizzazione corrispondenti o di distinguere i livelli nazionale, regionale, aziendale in modo utile e ragionevole.

Il nuovo Accordo introduce i dossier formativi, individuali o di gruppo, come strumento di programmazione, di rendicontazione e di valutazione a livello individuale o di équipe o di gruppo professionale che si dovranno affiancare agli strumenti di pianificazione e valutazione aziendali (Piani formativi aziendali e Rapporti formativi annuali). Si apre in questo modo un terreno di sperimentazione nuovo, concreto e potenzialmente molto fecondo perché può creare le basi per una coerente collaborazione tra professionisti, organizzazione ed esperti della formazione.

Senza approfondire ulteriormente questi aspetti su cui nel futuro si avrà modo certamente di tornare, il punto che emerge con evidenza è la necessità di cogliere l'occasione del nuovo programma ECM, evitando i rischi di derive commerciali e burocratiche, e concentrando gli sforzi perché la formazione continua sia effettivamente un sostegno per lo sviluppo professionale e le trasformazioni del sistema sanitario. Una sfida in cui i formatori devono essere direttamente impegnati e in cui la formazione sul campo, appunto, può rappresentare il migliore paradigma della formazione nelle organizzazioni sanitarie, ovviamente con la possibilità di utilizzare anche le altre metodologie didattiche a supporto.

La formazione sul campo in Emilia-Romagna

Sulla base di queste premesse l'esperienza di formazione sul campo fatta in questi anni nel sistema sanitario dell'Emilia-Romagna può essere utile per verificare le possibilità esistenti e ricavare indicazioni e avvertimenti.

Riconoscere le attività di formazione sul campo nell'ambito dell'ECM significa rendere esplicito il fatto che l'interazione quotidiana è occasione di creazione e scambio di conoscenza, e significa evidenziare l'opportunità - e la necessità - di utilizzare in maniera funzionale ai singoli e all'organizzazione i processi di apprendimento che avvengono nelle pratiche quotidiane di lavoro.

Gli studi sull'apprendimento degli adulti hanno da tempo allargato il campo dell'azione formativa fuori dall'aula, nei contesti reali di azione e interazione del soggetto, e hanno riconosciuto come maggiormente efficaci quelle metodologie didattiche che permettono un elevato grado di interattività e di diretto coinvolgimento dei partecipanti.

In ambito sanitario anche gli studi inclusi nella banca dati della Cochrane (Bero et al., 1998; Grimshaw et al., 2002) hanno messo in evidenza come siano effettivamente più efficaci quegli interventi formativi che prevedono il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei discenti, rispetto all'utilizzo della didattica cosiddetta tradizionale (lezioni frontali, disseminazione di materiale educativo).

Il riconoscimento della FSC nel programma di ECM è stato avviato in via sperimentale in Emilia-Romagna nel 2003 con una prima sperimentazione che ha portato la Giunta regionale a definire le regole per l'accREDITAMENTO con la delibera 1217/2004 (<http://ecm.regione.emilia-romagna.it/>), individuando i criteri per l'identificazione e la valutazione delle attività di apprendimento sul campo per l'ECM e fornendo elementi guida per la formalizzazione dei relativi progetti.

Prima di allora questo approccio, nonostante le potenzialità che offre, era relativamente poco utilizzato e non riconosciuto tra le regole condivise dell'accREDITAMENTO per l'ECM.

Successivamente è stato adottato anche in altre Regioni. In questi anni è stata accumulata una notevole quantità di dati empirici che permettono di descrivere meglio la situazione e anche di trarre alcune considerazioni metodologiche.

In particolare le seguenti situazioni sono state riconosciute come opportunità per progettare iniziative di formazione sul campo:

- attività di addestramento con affiancamento;

- partecipazione a commissioni e comitati che prevedano la ricerca e l'organizzazione di documentazione, la lettura di testi scientifici, la discussione e l'analisi di casi, la redazione, la presentazione e la discussione di elaborati, ecc.;
- l'audit clinico condotto secondo modalità sistematiche e standardizzate, finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza, attraverso una revisione dei processi adottati e degli esiti clinici ottenuti;
- la partecipazione a gruppi di miglioramento della qualità, per la promozione della salute, l'accreditamento e la certificazione di sistemi, sono compresi i circoli di discussione su casi clinici, problemi assistenziali e cure primarie, circoli di gestione delle criticità di programmi di intervento, progetti di cooperazione con paesi in via di sviluppo;
- la partecipazione a ricerche, a studi o inchieste, sperimentazioni assistenziali, finalizzati a ricercare nuove conoscenze rispetto a determinanti della salute e delle malattie, in forme diverse: empirica osservazionale, analitica, sperimentale, teorica e applicata.

I crediti vengono attribuiti in relazione all'impegno richiesto, la complessità e la durata e la rilevanza per l'organizzazione proponente.

Dopo una fase iniziale in cui l'accreditamento della formazione sul campo è stato modesto, ormai tutte le Aziende della regione la utilizzano pienamente e oltre un quarto dei crediti vengono offerti con questa modalità. Le iniziative di FSC accreditate in Emilia-Romagna sono passate da 209 (3% del totale degli eventi accreditati) nel 2003 a 1791 (18%) nel 2007 (vedi tabella 1). Il numero di crediti attribuiti con iniziative di FSC è aumentato in modo ancor più marcato, passando dallo 0.8 % del totale del 2003 al 26.2 del 2007 (vedi figura 1).

Tabella 1. *Eventi di formazione sul campo accreditati in Emilia-Romagna negli anni 2003-2007*

	2003	2004	2005	2006	2007
Eventi FSC accreditati	209	476	1389	1611	1791
% eventi FSC sul totale	3 %	6 %	13 %	16 %	18 %

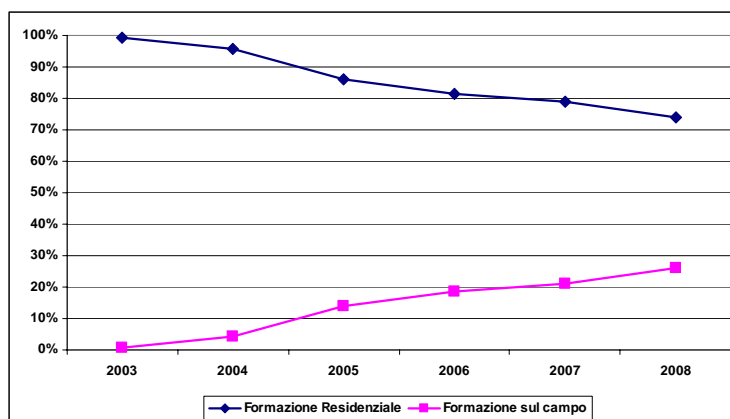
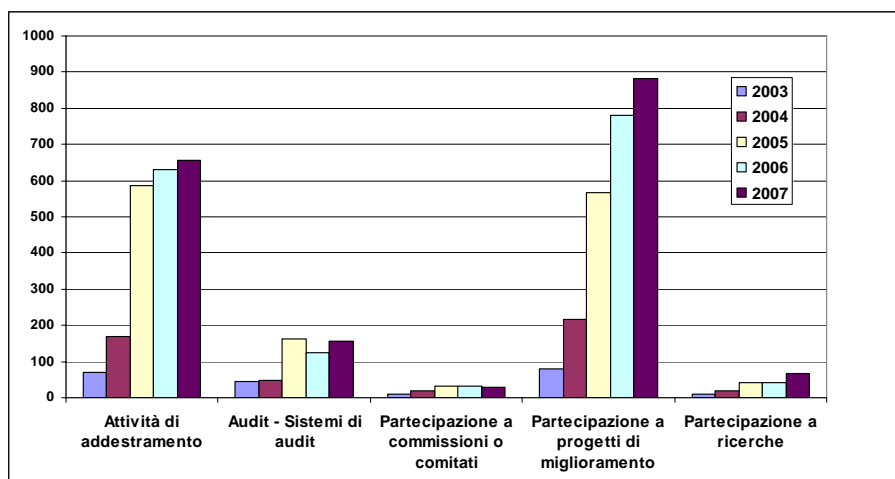


Figura 1. *Crediti attribuiti con eventi residenziali e sul campo accreditati in Emilia-Romagna negli anni 2003-2007 (%)*

Gli aspetti positivi sono stati di ordine pedagogico, organizzativo ed economico. L'apprendimento sul campo consente, infatti, una maggiore finalizzazione rispetto agli obiettivi aziendali, minori problemi rispetto ai turni e allo straordinario e una riduzione dei costi anche dei docenti. Le difficoltà sono scaturite dal fatto di essere una novità, dalla necessità comunque di dover disegnare il progetto formativo in cui erano incluse con gli obiettivi previsti e dallo scarso rendimento - in termini di crediti che si potevano acquisire - rispetto alla formazione residenziale.

La figura 2 mostra la distribuzione degli eventi nelle diverse tipologie negli anni 2003-2007. Nonostante il notevole aumento del numero di eventi, il rapporto relativo tra loro non è variato sostanzialmente e descrive il loro diverso grado di utilizzabilità e di concreta opportunità.

Figura 2. Distribuzione delle iniziative di formazione sul campo accreditate in Emilia-Romagna negli anni 2003 – 2007 per tipologia

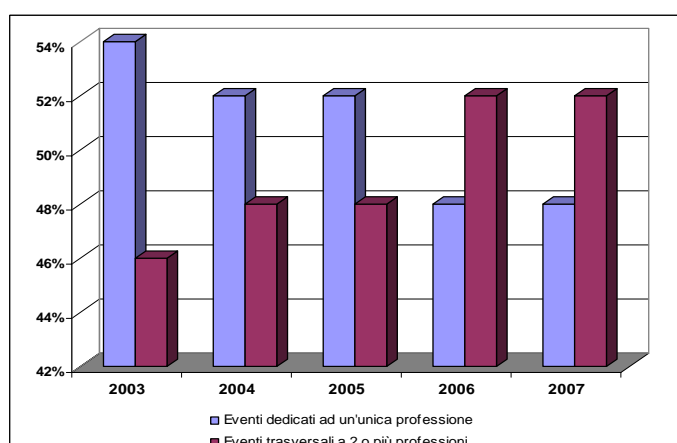


I criteri di attribuzione dei crediti per la FSC utilizzati all'inizio della sperimentazione erano empirici, ovviamente, e piuttosto avari. Agli audit venivano riconosciuti valori relativamente maggiori al fine di valorizzare questa attività. La variabilità nelle percentuali delle diverse modalità può riflettere anche queste incertezze. I confini tra una tipologia e l'altra, ad eccezione dell'addestramento, sono piuttosto labili e le tipologie individuate non sono completamente auto-escludenti, per cui ad esempio è probabile che molti progetti che potrebbero rientrare nella "Ricerca" siano stati accreditati come "Gruppi di miglioramento" o "Audit".

Le attività di addestramento e di affiancamento e la partecipazione a progetti di miglioramento rappresentano le tipologie più utilizzate, anche perché già molto praticate - soprattutto per il personale del comparto - e strutturate nelle routine organizzative, per cui chiederne l'accREDITAMENTO è risultato più facile. La partecipazione a commissioni, a comitati e a ricerche è stata meno frequentemente utilizzata, ma perché sono comunque eventi alquanto rari anche se in aumento.

Dal 2006 prevalgono nettamente gli eventi trasversali rispetto a quelli dedicati ad un'unica professione (figura 3). Questo è dovuto principalmente alla diminuzione del peso percentuale degli addestramenti, dedicati in larga maggioranza ad un unico target, passati dal 42% del 2005 al 36% del 2007. Infatti se si considerano solo le altre tipologie, cioè si analizzano i dati escludendo gli eventi classificati come "addestramento", gli eventi trasversali a più target professionali erano prevalenti anche negli anni precedenti.

Figura 3. Distribuzione degli eventi di FSC accreditati in Emilia-Romagna negli anni 2003-2007 per target



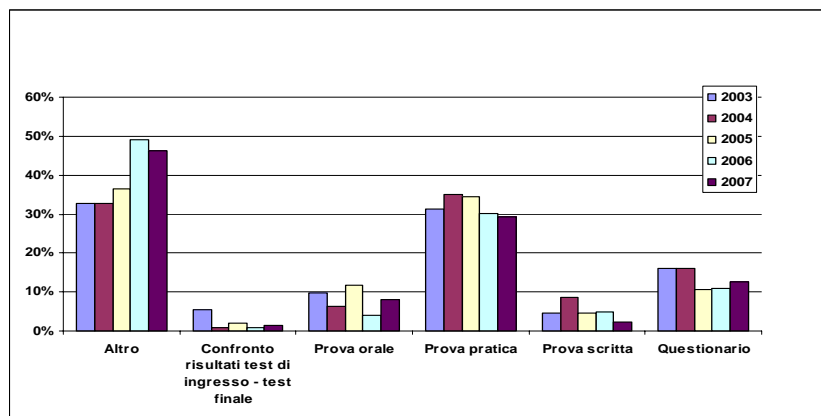
Le figure professionali maggiormente coinvolte in tutte le attività di FSC sono stati gli infermieri, soprattutto nelle attività di addestramento in cui solo a partire dal 2005 sono stati coinvolti i medici (nel 2007 si è comunque arrivati al 12% di addestramenti dedicati ai medici).

La valutazione nella FSC è stata in modo più coerente e vario di quanto sia avvenuto per gli eventi residenziali. Lo strumento maggiormente utilizzato è stata la prova pratica (vedi figura 4), ma anche la

relazione finale del tutor o del responsabile del corso o comunque una loro valutazione basata anche sull'osservazione del comportamento dei partecipanti.

Sono stati anche utilizzati altri metodi come: la verifica dell'adesione a protocolli o linee guida (negli eventi che avevano come obiettivo l'applicazione e la diffusione di protocolli); colloqui con il tutor o il responsabile; valutazioni di gruppo basate sul confronto tra i partecipanti, sul confronto dei risultati, discussioni collegiali; evidenza documentale prodotta (manuali, protocolli, linee guida, ecc.); follow up; esiti del monitoraggio attraverso griglie e schede compilate dai tutor; esiti delle esercitazioni (o simulazioni); verifica del raggiungimento degli obiettivi che l'attività si proponeva.

Figura 4. Strumenti per la valutazione dell'apprendimento utilizzati nella formazione sul campo nel periodo 2003- 2007



Un ulteriore indicatore positivo deriva infatti dalla presenza di materiale didattico in quasi tutti gli eventi accreditati.

La documentazione prodotta è stata spesso utilizzata come evidenza dell'attività svolta e come un indicatore per la valutazione dell'apprendimento. In questo senso, il fatto che una larga maggioranza degli eventi (70%) abbia esiti documentali, come rapporti, linee guida, pubblicazioni, ecc. costituisce un dato molto positivo. Negativo è, all'inverso, che nel 30 % degli eventi non siano state prodotte evidenze documentabili.

Questo dato potrebbe sostenere il timore che la FSC possa essere utilizzata dalle aziende sanitarie soprattutto per la produzione di crediti a buon mercato che per valorizzare le conoscenze organizzative e quelle tacite (Nonaka e Takeuchi, 1995) radicate nelle routine organizzative e negli skill individuali. L'organizzazione (o parti di essa) avrebbe appreso a produrre più crediti, cioè avrebbe modificato le sue strategie di azione includendo la FSC tra le modalità a disposizione per rispondere alla necessità di offrire eventi accreditati, ma non avrebbe ristrutturato le premesse e i valori che sono alla base degli effettivi modelli di comportamento. Rimarrebbe cioè prevalente l'idea di accreditamento come adempimento burocratico piuttosto che come occasione di cambiamento e di risorsa: l'"apprendimento limitato" di Lanzara e Ciborra (1999).

Nel riconoscere l'importanza e l'utilità della formazione sul campo, occorre fare attenzione che da risorsa non si trasformi in limite per la crescita, in particolare degli infermieri. Ciò avverrebbe in particolare se diventasse l'unica possibilità effettiva di accedere a un'offerta formativa (e ai crediti ECM) senza mettere in crisi l'organizzazione del lavoro. Se per i medici, infatti, è normale partecipare ad eventi esterni, proprio per confrontarsi e apprendere da contesti differenti, questo non è altrettanto vero per gli infermieri.

Se non adeguatamente bilanciata, la FSC rischia di trasformarsi in un meccanismo autoreferenziale che limita le opportunità di crescita per il sistema.

Comunque, il bilancio delle attività di formazione sul campo realizzate in questi anni nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna propone soprattutto elementi positivi per la serietà e l'interesse che ha suscitato come strumento importante a supporto dell'apprendimento continuo e non solo funzionale al sistema di riconoscimento crediti introdotto dall'ECM.

Riflessioni sulle prospettive

Le prospettive del nuovo programma ECM appaiono complicate, forse più di quanto fossero in precedenza. La Commissione nazionale per la formazione continua non ha ancora iniziato il suo lavoro e il nuovo Governo non si è ancora espresso su quali indirizzi intende perseguire. Forse la cosa migliore è ora cercare di dipendere il meno possibile dagli aspetti formali del programma ECM e

concentrare l'attenzione sugli elementi sostanziali dello sviluppo della formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.

Sarà, quindi, importante sviluppare le competenze sui nuovi strumenti e sulle modalità della didattica, ma anche soprattutto la capacità di programmare percorsi formativi adeguati ai bisogni reali e di legarli alla pratica professionale e alle dinamiche esistenti nei luoghi di lavoro, soprattutto in funzione della introduzione di innovazioni tecnologiche e clinico-organizzative. Questi approcci si prestano meno alla traduzione in crediti mentre sono più coerenti con la realizzazione di piani formativi e con la valutazione tra pari nell'ambito di network professionali e delle organizzazioni sanitarie.

La FSC è considerata luogo di integrazione di competenze e soprattutto leva indispensabile per sostenere l'integrazione di quelle funzioni strategiche - formazione, assistenza e ricerca - che stanno alla base di un sistema sanitario capace di governare i cambiamenti necessari per far fronte ai bisogni di salute della popolazione.

Ma la stessa FSC costituisce di per sé un'innovazione.

Dalle strategie e dai percorsi che vengono messi in atto all'interno delle organizzazioni dipendono i risultati. All'interno delle Aziende sono stati attivati dispositivi che hanno facilitato questa adozione: i percorsi di formazione e sostegno alle reti dei referenti della formazione, il ruolo di consulenza che gli Uffici formazione delle Aziende offrono a chi progetta un evento, ecc.

Occorre quindi sostenere e capitalizzare le nuove esperienze e competenze, capire e dirigere le traiettorie che l'adozione di questa tipologia di formazione comporta. In particolare bisogna prestare attenzione a quelle figure su cui maggiormente ricade l'impegno nel portare avanti la formazione sul campo: il responsabile dell'evento e i tutor che lo affiancano (Ferrari et al., 2006). Si tratta in genere di persone non solo esperte nei contenuti ma a cui sono anche richieste competenze metodologiche.

Questo vale particolarmente per i tutor, il cui ruolo appare diverso da quello del tutor d'aula nella formazione di tipo tradizionale. I tutor di questi progetti hanno un ruolo attivo non solo nell'organizzazione, ma anche nella valutazione dell'apprendimento e degli esiti e sono esperti dei contenuti che attraversano l'evento. Da un lato rappresentano una grande ricchezza in termini di competenze, dall'altro si evidenzia la necessità di valorizzarli e sensibilizzarli rispetto a un orientamento pedagogico della loro attività che non trovano normalmente nel loro bagaglio culturale di riferimento.

Questo diviene sempre più importante anche alla luce della complessità che ormai caratterizza l'offerta formativa ECM e dalla necessità di integrazione delle diverse tipologie, sempre più necessaria anche indipendentemente dalle modalità di accreditamento per l'ECM.

Eventi di FSC sono spesso accompagnati da momenti di teoria in aula; oppure da eventi di formazione residenziale scaturiscono progetti di intervento sul campo, che vengono a loro volta supportati da ulteriori approfondimenti offerti dall'impiego delle nuove tecnologie dell'e-learning.

Per il futuro si deve prevedere una formazione integrata, in grado di connettere conoscenze, tecnologie e contenuti innovativi che provengono dall'esterno con le pratiche assistenziali e le culture organizzative che pervadono i luoghi di lavoro e che possono essere allo stesso tempo ostacolo e veicolo per il cambiamento.

Come gran parte della letteratura pedagogica registra da diversi anni (si pensi solo all'approccio costruttivista), i canoni classici del rapporto duale docente-discente della formazione tradizionale focalizzata sul travaso di contenuti dall'esperto al non esperto sono ormai superati a favore di una leadership circolante della docenza, cioè distribuita sui partecipanti, o meglio sugli attori, in cui l'apprendimento è affidato all'interazione e allo scambio e non sempre confinato in uno spazio di tempo ben definito e delimitato (ore d'aula) ma diffuso e non solo fuori dall'aula (sul campo) ma sempre più anche in "non luoghi", come gli spazi virtuali offerti dalla rete.

Riferimenti bibliografici

Angehrn, A., Cesaria, R. e Totti, U.

2005 *La formazione contestuale*. Sviluppo e Organizzazione, n. 211, Settembre/Ottobre.

Argyris, C. e Schon D.A.

1978 *Organizational Learning. A Theory of Action Perspective*. Reading Massachusetts, Addison - Wesley.

Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A.D. e Thomson, M. A.

1998 *Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings*. BMJ, 317 (7156): 465-468.

- Biocca, M., et al.,
2004 *Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003*. Collana Dossier, n. 92. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.
- Biocca, M., et al.,
2005 *Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004*. Collana Dossier, n. 113. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.
- Biocca, M., et al.,
2007 *Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2005-2006*. Collana Dossier, n. 150. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.
- Biocca, M., et al.,
2008 *Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007*. Collana Dossier, n. 168. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.
- Ferrari, M., Montalti, M. e Mussoni, G.
2006 *La formazione sul campo: esperienza dell'Ausl di Rimini*. Nursing Oggi, n. 2.
- Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., Grilli, R., Harvey, E., Oxman, A. e O'Brien, M.A.
2001 *Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions*. Med Care, 39 (8 Suppl. 2): II 2-45.
- Nonaka, I. e Takeuchi, I.
1995 *The knowledge creating company*. Oxford, Oxford University Press.
- Pantani, M. T. e Ruozi, C.
2006 *La formazione sul campo in ambito sanitario: il valore di una formazione oltre l'aula*. Janus, 24: 29-35.
- Silvestro, A.
2006 Intervento a "Dove va la formazione continua? III Conferenza regionale sull'Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna". Bologna, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, 26 maggio.
- Zanzara, G. F. e Ciborra, C.
1999 *Labirinti dell'innovazione. Tecnologia, organizzazione, apprendimento*. Milano, Etas.

Verso...un sistema di Accreditamento Regionale Piemontese della Formazione sul Campo (FSC)

Alda Cosola

Coordinatrice del progetto A.Re.S.S. "FORMAZIONE ECM"

La definizione "formazione sul campo" evoca il terreno, ovvero il livello base, il campo appunto su cui nascono e poggiano le radici delle piante.



Così osservando nel campo una pianticella assai comune denominata Dente di Leone (*Taraxacum officinale*) si può notare che presenta alcune caratteristiche per diventare metafora della "formazione sul campo":

- fiorisce in questi giorni di primavera – *come questo convegno*
- è una piantina bassa – *come è bassa ancora la riflessione sulla "formazione sul campo"*
- la forma della sua corolla favorisce il processo di disseminazione – *è proprio di disseminazione ci stiamo occupando attraverso questa giornata di convegno*
- vive in prati, terreni incolti, boschi – *tutti i terreni culturali possono accoglierla*
- è una pianta perenne – *stiamo per avviare un lavoro duraturo e importante*
- è una pianta officinale – *aiuta cioè a migliorare la qualità della formazione*

Ma allora fuor di metafora occorre chiedersi su quale terreno può poggiare oggi la **Formazione sul campo** in Piemonte.

Il contesto

La Regione Piemonte ha approvato nel dicembre 2007 la delibera che definisce il sistema regionale per la Formazione continua in sanità e affida all'Agenzia Regionale per i Servizi sanitari la gestione del processo di accreditamento per gli eventi formativi. Dal 10 gennaio è stata avviata una prima fase provvisoria e sperimentale per permettere agli organizzatori pubblici di formazione di non interrompere la propria attività formativa a seguito delle ultime novità legislative. Infatti da un lato con il 31.12.2007 si andava a chiudere la fase sperimentale dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) Nazionale, durata dal 2002 al 2007, per dare avvio ad un complessivo riordino del sistema nazionale per la Formazione Continua. Il sistema ECM nazionale era fino ad allora il riferimento per l'accreditamento degli eventi formativi, al quale tutti gli organizzatori di formazione presenti ed operanti sul territorio piemontese si erano rivolti in assenza di un sistema di riferimento regionale. D'altro canto la normativa regionale di riordino del sistema sanitario, andava a ridefinire le nuove Aziende sanitarie articolandole in tre tipologie: locali, ospedaliere e ospedaliero - universitarie, frutto di un nuovo disegno territoriale per la sanità piemontese, nel quale dal 1 gennaio 2008 non sarebbero più esistite le vecchie aziende. Pertanto l'accreditamento degli eventi formativi a livello delle singole aziende avrebbe avuto un'inevitabile battuta d'arresto. L'A.Re.S.S. è incaricato dalla Regione Piemonte nel 2007 di avviare un progetto per la gestione della Formazione ECM. Dal giugno 2007 il gruppo di lavoro individuato per tale progetto esamina la situazione organizzativa delle aziende sanitarie piemontesi e avvia un confronto con modelli regionali per la formazione continua in uso in altre regioni d'Italia. Quindi individua una piattaforma informatica idonea per la raccolta dei dati e fissa le modalità per avviare un accreditamento a livello regionale degli eventi residenziali. Il sistema ottiene il consenso di tutti gli organizzatori pubblici di formazione e l'accreditamento regionale prende avvio il 10 gennaio 2008.

La situazione

Dal monitoraggio dei primi tre mesi possiamo riflettere su qualche dato quantitativo, ma ancora su pochi dati qualitativi. Al 31 marzo 2008 erano stati inseriti in piattaforma 502 eventi formativi

residenziali. Ad un'analisi più dettagliata compiuta lo scorso 2 aprile, a due giorni dal convegno, si può osservare quanto segue.

Eventi

Dalla tabella emerge che sono attualmente inseriti e gestiti in piattaforma 513 eventi residenziali

Numero Corsi	Numero Edizioni Previste	Numero Edizioni Svolte	Numero Edizioni Chiuse	Numero Edizioni Autorizzate	%(svolte/chiuse)	Sponsor
513	1514	281	255	69	90.75	18

Fornitori

I Fornitori pubblici registrati in piattaforma sono 52

I Fornitori pubblici che hanno presentato eventi al 30 marzo sono 30.

Destinatari

I destinatari della formazione previsti nelle edizioni di corsi già inseriti da fornitori pubblici di formazione (profilo B) sono 41.795, mentre i partecipanti effettivi alle 281 edizioni realizzate sono stati 5.243. A questi vanno aggiunti 47 operatori che hanno partecipato alla prima edizione di un corso organizzato da un ente professionale (Ordine o collegio) appartenente al profilo D.

Prof.	Descrizione	Ed. Prev.	Part. Totali	Ed. Svolte	Part. Teorici x Ed. Svolte	Part. Effettivi	Cert. ECM	Cert. NON ECM
B	PROFILO B	1.588,00	41.795,00	281,00	6.728,00	5.243,00	1.290,00	157,00
D	ORDINI/COLLEGI	13,00	1.330,00	1,00	50,00	47,00	47,00	0,00

Obiettivi regionali

Sono stati poi esaminati gli obiettivi regionali (o ambiti del piano) che sono stati scelti con maggiore frequenza dagli organizzatori di formazione. Ecco i primi sette obiettivi maggiormente scelti nella progettazione regionale.

22	RETE OSPEDALIERA <i>Sviluppo dei modelli organizzativi di tipo dipartimentale e di governo clinico alla base delle attività di ricovero</i>
15	SENZA CREDITI REGIONALI
14	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE <i>Salute e sicurezza in ambienti di vita</i>
13	GOVERNO DEL SISTEMA <i>Gestione del Cambiamento organizzativo</i>
12	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE <i>Sviluppo delle competenze relative alla Comunicazione e all'Ascolto</i>
11	GOVERNO DEL SISTEMA <i>Sviluppo della cultura di umanizzazione dei servizi</i>
10	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE <i>Sviluppo e innovazione degli stili di lavoro e miglioramento del clima organizzativo</i>

Aree tematiche

In piattaforma tutti gli eventi inseriti sono catalogati sulla base dell'area tematica cui afferiscono. Ecco in tabella le aree tematiche maggiormente scelte, con il numero di eventi correlati.

<u>AREA EMERGENZA ED URGENZA</u>	90
<u>AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE</u>	53
<u>AREA METODOLOGICA</u>	32
<u>AREA GESTIONALE ORGANIZZATIVA</u>	32
<u>AREA SPECIALITÀ MEDICHE</u>	32
<u>AREA MATERNO INFANTILE</u>	31
<u>AREA SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO</u>	26
<u>AREA PREVENZIONE</u>	23
<u>AREA CURE PRIMARIE E CONT ASSISTENZIALE</u>	17
<u>AREA DIAGNOSTICA</u>	18
<u>AREA RIABILITAZIONE</u>	17
<u>AREA SALUTE MENTALE</u>	16
<u>AREA QUALITÀ E RISK MANAGEMENT</u>	14
<u>AREA SPECIALITÀ CHIRURGICHE</u>	14
<u>AREA ONCOLOGICA</u>	12
<u>AREA INFORMATICA</u>	12
<u>AREA DELLE DIPENDENZE</u>	11

Gli interventi della segreteria tecnica ECM in A.Re.S.S.

Occorre ora chiedersi, per tentare un'analisi qualitativa, su quali criticità la segreteria tecnica in A.Re.S.S. si è confrontata in questi primi tre mesi?

Principalmente con delle incongruenze. Per lo più i programmi non risultavano completi: il calcolo orario non corrispondeva a quanto dichiarato ovvero alcuni dati erano completamente mancanti, o ancora erano stati compiuti errori di inserimento dei dati ai quali il fornitore chiedeva alla segreteria di porre rimedio.

Va rilevato che i programmi inseriti in piattaforma per l'accreditamento sono stati esaminati ad uno ad uno nel dettaglio e che per la quasi totalità delle incongruenze rilevate sono state richieste integrazioni, per altro puntualmente fornite dagli organizzatori.

Se dovessimo sintetizzare in una frase il senso delle incongruenze rilevate potremmo dire che è **risultata scarsa un'adeguata progettazione dei corsi e una loro corretta divulgazione.**

Per contro occorre riconoscere che lo sforzo organizzativo per accreditare gli eventi, dalla novità della piattaforma al breve lasso di tempo nel quale ha preso avvio il nuovo Sistema Regionale, giustifica alcuni errori legati soprattutto alla non precisa conoscenza dello strumento informatico.

Ma in ogni caso i risultati raggiunti e sin qui presentati danno prova di un grande e importantissimo lavoro condotto da A.Re.S.S. Piemonte, ma realizzato in modo sinergico e integrato con tutte le Aziende regionali e gli organizzatori pubblici di formazione.

Su quali elementi possiamo allora davvero contare per sviluppare la "formazione sul campo" in Piemonte?

- Una ricca e importante esperienza maturata dagli organizzatori pubblici di formazione
- La partecipazione attiva ed entusiasta dei fornitori accreditati, che hanno costituito una Rete dei Fornitori, in grado di confrontarsi alla pari e di conseguenza migliorare in modo continuo sul piano professionale e organizzativo.
- Dei professionisti attenti alla qualità dei corsi e spesso impegnati direttamente nella progettazione e realizzazione di corsi.
- Un gruppo di lavoro A.Re.S.S. che lavorerà sui criteri di accreditamento per la "formazione sul campo".
- Un gruppo di lavoro A.Re.S.S. che lavorerà sulle ricadute organizzative della formazione e dunque anche della FSC.

E ancora occorre avviare un approfondito studio per affrontare le seguenti criticità:

- Individuare competenze nuove e innovative per nuovi modalità di apprendimento (tutor e progettisti per la FSC)
- Sviluppare iniziative formative regionali sulle caratteristiche proprie della "formazione sul campo"
- Sviluppare il portale regionale in costruzione per la formazione in sanità
 - per raccogliere, condividere e archiviare materiali di apprendimento
 - per offrire riviste e banche dati in consultazione per sostenere l'apprendimento dal e nel lavoro quotidiano.

In conclusione

- La FSC richiede nuove **prospettive** di riferimento
- La FSC richiede una costruzione accurata del **Progetto**
- Progettare FSC è **diverso** dal progettare eventi residenziali
- Occorre definire gli **obiettivi** e non le attività da svolgere
- La presenza di un **facilitatore** /conduttore è un elemento nuovo e fondamentale
- Va posta un'attenzione particolare alla **valutazione** delle ricadute sul livello organizzativo.

La Formazione sul Campo in Sanità: scenario e prospettive¹

Silvia Boni

Coordinatrice: "Progetto ECM" – A.Re.S.S. Piemonte

Introduzione

La produttività delle organizzazioni pubbliche è sempre stato un argomento di grande interesse per il Paese ma in questi giorni si ripropone con particolare intensità in quanto il nuovo governo lo ha inserito come tema centrale nell'agenda politica. Le risorse umane sono la vera ricchezza di cui dispongono i sistemi pubblici ma spesso si tende a dimenticarlo. Ci si impegna nel disegno di nuovi scenari, economici e organizzativi, dando in qualche modo per scontato un adeguamento "automatico" delle R.U. alle nuove esigenze. Ma come si persegue un approccio costante allo sviluppo delle risorse umane nelle organizzazioni di servizi alle persone? Quali le possibili leve e le attuali dinamiche tra gli attori? Quale il contesto in cui tali politiche vanno tradotte? Non si pretende in queste righe di fornire facili soluzioni ma, capire i problemi è sempre il primo passo per risolverli. Anche perché non esiste una risposta univoca a situazioni complesse ma più soluzioni possibili a seconda dei contesti. Considerando l'ambito sanitario in particolare, che ha nella formazione una sua storia specifica, ci si propone di:

1. Ripercorrere gli step più significativi dello sviluppo della formazione continua in sanità;
2. Approfondire, nel quadro delineato, in particolare la formazione sul campo evidenziando criticità e aspetti positivi.

1. Gli step della formazione continua in sanità

La formazione è essenziale nel momento in cui aiuta le persone a svolgere bene il proprio lavoro, a sentirsi soddisfatte, a vivere meglio e le relazioni tra colleghi e il clima organizzativo. A rendere, in poche parole, i luoghi di lavoro contesti costruttivi nei quali si imparano cose nuove, si migliorano le competenze già acquisite, si rafforza il senso del proprio agire. Ciò è ovviamente fondamentale in tutte le organizzazioni pubbliche ma in particolare in quelle sanitarie dove il senso del servizio, dell'utilità dell'azione organizzativa, appare di importanza *vitale* e dovrebbe essere "di per sé" motivante. Perciò un'organizzazione sanitaria pubblica mal gestita risulta avere un impatto ancor più devastante delle altre sia sugli utenti esterni che interni. Nello stesso tempo, proprio perché la variabile umana è un aspetto determinante nella qualità della prestazione, non si può pensare di risanare l'organizzazione senza un serio coinvolgimento delle Risorse Umane e la formazione, in questa prospettiva, può rappresentare una, ma non certo l'unica, leva da agire per indurre i comportamenti desiderati.

Il percorso della Formazione Continua in Sanità, ECM (Educazione Continua in Medicina), rappresenta un caso interessante di creazione di un sistema formativo, di una sua rapida evoluzione verso qualcosa di complesso e articolato, che ha in sé tutte le premesse per essere un'asse importante del rafforzamento del servizio sanitario pubblico. In un tempo relativamente breve si sono avuti risultati sorprendenti attraverso una serie di passaggi che accenniamo qui in modo schematico.

La formazione da evento a processo

Il programma nazionale di Educazione Medica Continua, è stato introdotto dal D.Lgs. 502/92, integrato dal D.Lgs. 229/1999, che hanno costituito l'obbligo della formazione continua in medicina per le professioni sanitarie. Quindi medici e non, dipendenti e liberi professionisti, operanti nella sanità pubblica e privata. Ma il sistema ECM vero e proprio prende vita nel 2002, gestito direttamente dal Ministero della Salute, per accreditare i singoli eventi formativi realizzati da providers pubblici e privati. Attraverso un lavoro pionieristico, mai svolto prima neanche in altri Paesi, sono registrati tutti gli eventi che si realizzano. Su questa base conoscitiva sono poi possibili approfondimenti sul piano della valutazione della qualità di quanto offerto sul mercato. Temi come l'accreditamento dei singoli eventi, l'adozione dei Referee (esperti selezionati in varie specializzazioni che attribuiscono un punteggio all'evento) per attribuire un indice di valore all'evento, gli strumenti tecnici utilizzati per la valutazione scatenano finalmente un dibattito vero sulle metodologie, gli approcci e gli strumenti della formazione continua in sanità. Sulle positività e criticità dell'ECM si è già avuto modo di intervenire

¹ Testo redatto come successiva elaborazione dei contenuti presentati al convegno

approfonditamente (Boni, 2006), in questi primi cinque anni si matura nelle Aziende sanitarie la consapevolezza dell'utilità della formazione e per lo sviluppo dell'organizzazione e per il singolo professionista. Si creano e si strutturano le Unità Operative Formazione, si incrementano gli organici, si sviluppano le capacità di analisi fabbisogni- progettazione- realizzazione- valutazione delle iniziative formative interne ed esterne, si elaborano piani annuali e triennali, si mettono a punto strategie, si creano le reti di animatori, sensori, referenti di formazione sul territorio e si dà vita a sistemi informativi e banche dati dedicati. È in tale periodo che la formazione acquisisce una maggiore visibilità e si impone come tema portante nel più vasto scenario complessivo (e non solo in alcune realtà ed esperienze storicamente più avanzate).

La formazione come sistema coerente

Quaglino sottolinea una reciproca estraneità che si è determinata tra il mondo della formazione e quello dell'educazione (Quaglino, 2008). Nell'ambito medico appare con evidenza la frattura tra il momento della selezione, dell'educazione universitaria, post universitaria, e quello della formazione continua. Non si tratta di un logico continuum ma si avvertono invece lontananze di impostazione e di interessi. Ciascun ambito segue logiche ed obiettivi propri, a volte quasi autoreferenziali. L'Università risponde con lentezza al cambiamento, dispone di risorse sempre più limitate per la ricerca, e dalla modifica della tabella XVIII non sembra aver recepito ancora le nuove esigenze formative legate all'epidemiologia, alla centralità dell'utente, alla clinical governance (prevenzione dell'errore, evidence based medicine, evidence based healthcare, audit clinico), alle medical humanities.

Il mondo della formazione continua è, a sua volta, tradizionalmente centrato sulle aziende sanitarie, orientato al mercato e all'offerta di crediti ai singoli professionisti e allo sviluppo di iniziative basate su esigenze specifiche (sicurezza, privacy ecc.) o su competenze manageriali (gestionali, leadership) e/o trasversali (comunicazione).

Recentemente il riconoscimento generale dell'importanza dell'investimento in R.U. e la necessità di ottimizzare le risorse, ha portato all'instaurarsi di un dialogo, di un'interazione tra questi due mondi fino a pochi anni fa paralleli ma raramente comunicanti, e al superamento della frattura. Ciò emerge chiaramente dall'analisi dei documenti di programmazione regionali quali per esempio i Piani Sanitari. Le Regioni sono ormai pienamente consapevoli del ruolo strategico della formazione nella programmazione dei servizi sanitari regionali. Da una recente lettura dei PSR in vigore (Formez 2007) emerge infatti che quasi tutti riconoscono il ruolo fondamentale delle R.U.

Alcuni impostano il sistema di sviluppo della formazione continua in interconnessione con altri sistemi (scolastico, universitario, professionale) (ad es. Emilia Romagna, R, Lombardia, Marche, province autonome di Trento e Bolzano, Umbria, Toscana), altri puntano al coinvolgimento delle Università (v. Piemonte, Lazio, Liguria, Campania, Calabria, Sicilia), altri ancora arrivano a programmare un benchmarking tra le varie politiche del personale (Friuli Venezia Giulia) sottolineando l'importanza dello stato di salute psico-fisica operatori del sistema e del un senso di appartenenza (Puglia), e di identità (Friuli, Provincia Autonoma di Bolzano).

I Master potrebbero rappresentare un punto di incontro tra le esigenze del servizio sanitario e l'offerta delle università, colmando alcune lacune della formazione di base ma, in realtà, si è verificata, anche in tale settore, una prolificità dell'offerta più dettata da ragioni di casualità e convenienza interna che di programmazione attenta sui bisogni del territorio. Da un altro studio ha recensito le iniziative di Master di I° e II° livello rivolti alle professioni sanitarie in svolgimento in tutta Italia (Formez 2007), emerge infatti un'alta eterogeneità qualitativa rispetto alle finalità perseguite, ai temi trattati, alle metodologie didattiche adottate, agli eventuali stage nel mondo del lavoro. Va forse sottolineata, però, a proposito di integrazione, la collaborazione tra diverse discipline nella costruzione di alcuni curricula quali ad es. medicina ed economia, sociologia e medicina, architettura e medicina, tanto per citare alcuni esempi.

Sembra infine superata la logica dei compartimenti stagno e si mira a delineare un disegno complessivo di un sistema coerente in tutte le sue parti, ad incastrare bene i pezzi del puzzle in un'immagine di insieme, nella piena consapevolezza dell'importanza di una reale interazione tra momenti di studio e di apprendimento continuo nella vita e nel lavoro.

La nuova Governance della Formazione

Nella recente riorganizzazione dell'ECM, realizzata nel 2007, gli attori del sistema della Formazione continua si ampliano, non solo il Ministero, le Regioni, le Aziende sanitarie, gli oltre mille professionisti della salute ma anche gli Ordini professionali e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S) individuata quale nuova "casa comune". Sappiamo che si disegna un sistema di accreditamento sia nazionale che regionale, che si sviluppa in modo parallelo, e una nuova architettura del sistema con la creazione di organismi specifici. Negli anni della sperimentazione alcune Regioni si

sono organizzate compiendo scelte strategiche, e dando vita a sistemi complessi che rispondevano alla *vision* regionale. La Lombardia, unica Regione che ha adottato la filosofia del Continuing Professional Development (CPD) è stata la prima ad accreditare provider pubblici e privati, altre Regioni (Veneto, Liguria, Valle d'Aosta, P.A. Trento e Bolzano) accreditavano eventi di provider pubblici privati, un altro gruppo di Regioni accreditava solo eventi di provider pubblici (Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Friuli Venezia Giulia), e infine un ultimo gruppo, costituito da tutte le Regioni del Mezzogiorno, dalle isole, e dal Piemonte, continuava ad inviare le domande di accreditamento degli eventi al sistema centrale del Ministero. Questo è solo per dare un esempio, anche se significativo, delle differenti impostazioni adottate.

Dal 2007 ad oggi quasi tutte le Regioni hanno dato vita ad un proprio sistema regionale di accreditamento (Piemonte, Basilicata, Sardegna) o ci stanno ancora lavorando (Abruzzo, Molise, Sicilia, Campania, Calabria) ma rimangono profonde differenze. Al di là delle scelte politiche e strategiche di quali provider/eventi accreditare se orientarsi più al "mercato" o se puntare alla riqualificazione e all'investimento sul pubblico, l'aspetto importante è il livello diverso di esperienza e di know how accumulati e di maturazione generale del sistema. È chiaro che disporre, presso gli Assessorati regionali e le Aziende sanitarie di risorse umane valide può "fare la differenza" su base locale.

Ovviamente anche che il sistema formativo, rispecchia i condizionamenti del contesto.

Nell'attuale quadro di decentramento regionale della sanità, proprio perchè la Regione svolge un ruolo forte, emergono, con evidenza ancora maggiore, le carenze di conoscenza, di capacità di individuazione di strategie, di programmazione, di alleanze tra attori, da parte di alcune amministrazioni. Poiché permane un'alta differenziazione tra i vari sistemi regionali, è necessario che si attui a livello nazionale un'integrazione, una ricomposizione del quadro con la definizione di denominatori comuni. Rimane comunque la difficoltà di una mediazione difficile tra autonomia e autodeterminazione regionale e scenario nazionale e internazionale.

Inoltre va anche accennato che nel nostro Paese si parla inoltre di federalismo *incompleto* in quanto l'esigenza di controllare la spesa da parte delle Regioni è stata talmente forte da far sì che le scelte strategiche ed economiche siano rimaste, in gran parte, centralizzate. Questa marcata tendenza al centralismo si rispecchia anche nella formazione. In alcuni casi il sistema strettamente pianificato a livello regionale riesce comunque a stimolare la crescita e la coesione tra gli attori e a tutti i livelli di governo (v. la Toscana, con la creazione del laboratorio di Formazione, con l'interconnessione tra i vari livelli Azienda/Area Vasta/Formazione Formatori) come anche in altri si programma su base regionale l'impostazione della rete sul territorio (Sardegna), in altri ancora, di fronte a profonde inadempienze regionali (Calabria) o di sistemi disegnati solo sulla carta (Campania) le Aziende Sanitarie svolgono un ruolo trainante. Le capacità del governo della sanità, e del governo delle sue Risorse Umane, la coerenza intrinseca dei sistemi regionali, la qualità delle relazioni di governo tra i vari attori, (tra Regione e ASL, tra Aziende, all'interno delle Aziende tra i vari servizi) appaiono come elementi in grado di condizionare pesantemente la qualità dei servizi offerti (Boni, 2007).

2. La formazione sul campo (FSC)

Molto si è detto e scritto sul come legare sempre di più la formazione di aula, tesa all'approfondimento e riorganizzazione di conoscenze, capacità e strumenti alla pratica quotidiana, al "fare" organizzativo in modo da rendere la formazione una delle leve effettive per il cambiamento e l'innovazione. Ciò ha condotto la formazione di aula a sviluppare sempre più quegli approcci che inducono al coinvolgimento diretto degli utenti (role playing, simulazioni, lavori di gruppo ecc.) e all'apprendimento centrato su problemi concreti (Problem Based Learning) nello sforzo di ricreare ambienti che ripropongono *in nuce* i contesti/problemi organizzativi. Altrettanto si è discusso sul valore dell'apprendimento individuale, e collettivo, sulle competenze del singolo professionista e sull'importanza della socializzazione e "messa in comune" delle conoscenze in modo da farle diventare patrimonio organizzativo condiviso.

La Formazione può costituire un terreno di incontro/mediazione tra i professionisti della salute e l'organizzazione sanitaria, e può esserlo ancora di più se questi ultimi diventano protagonisti effettivi dell'innovazione e del cambiamento e sono coinvolti nella sua produzione e valutazione (Liberati, 2007). Creare e diffondere innovazione mentre si lavora, avere la possibilità di mettere in atto modalità, approcci, metodologie, interrelazioni che incidono in positivo nel percorso di cura, poter legare momenti di osservazione, sperimentazione, studio all'agire quotidiano sono aspetti altamente stimolanti. La formazione sul campo può rispondere a tutto ciò a patto che sia: ben impostata/governata e si espliciti in un clima organizzativo favorevole. Bisogna quindi essere in grado da un lato di capire il contesto e programmare l'ambito, i protagonisti, l'impatto e le modalità del trasferimento e diffusione dell'innovazione, dall'altra strutturare contesti favorevoli all'apprendimento stesso e allo sviluppo di buone pratiche. Difatti la progettazione di interventi di FSC sconta una

maggiore complessità rispetto alla progettazione di eventi residenziali. È anche meno rodata e si muove sul delicato terreno delle dinamiche relazionali e operative.

Se ben realizzata e sviluppata, la FsC è in grado di incidere sui meccanismi dell'organizzazione e pertanto il legame con il committente interno deve essere di tipo *forte* in modo da avere un'alta possibilità che l'innovazione sia poi riconosciuta ed accettata in tutta l'organizzazione.

Il presupposto è attribuire valore a ciò che si fa, all'agire organizzativo, adeguandosi e migliorando continuamente a seconda degli stimoli provenienti dall'ambiente interno ed esterno di riferimento. È logico che non si pensa qui a contesti in cui il lavoro è sempre uguale e scandito da routine burocratiche ma a *learning organization*, organizzazioni capaci di apprendere e di modificarsi di conseguenza. La formazione sul campo non è una scelta solo individuale ma rappresenta una dimensione collettiva di apprendimento in cui i professionisti imparano a rapportarsi tra loro, a scambiarsi esperienze e a mettere in comune il loro sapere specifico applicandolo ad azioni specifiche. Si tratta quindi di elaborare nuovi saperi professionali legati al fare e, soprattutto, essere stimolati a condividerli aggiungendo valore all'azione organizzativa.

Come già nel disegno dell'architettura del sistema dell'ECM così anche sulla FsC le Regioni hanno operato scelte diverse. Dall'analisi comparata delle indicazioni fornite e delle linee guida disponibili, (Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Umbria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Marche, Provincia Autonoma di Trento e di Bolzano, Valle D'Aosta) non tutte le Regioni l'hanno infatti attivata, emergono spunti interessanti rispetto alle tipologie individuate, al numero dei crediti attribuiti e al riconoscimento dei crediti per i tutor. Alcune Regioni includono nella FsC le attività di addestramento (Emilia Romagna, Marche, Umbria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia), quasi tutte la partecipazione a commissioni o comitati, a ricerche, all'audit clinico, a gruppi di miglioramento. Alcune, come la Lombardia, attribuiscono un numero di crediti maggiore se tali attività sono realizzate in un modello integrato, altre (Marche), includono lo stage e anche il tirocinio (P.A. Trento, Toscana, Valle d'Aosta, Veneto) presso strutture qualificate. Un ruolo importante è giocato dalle figure dei Responsabili Scientifici, Tutor, Animatori (P.A. Trento, Valle d'Aosta), si tratta ovviamente di profili diversi, con un'attribuzione di crediti differenziata anche nel caso delle stesse ore di impegno da parte della medesima figura. Nel caso dei Tutor, si spazia dall'attribuzione dello stesso numero di crediti attribuiti ai discenti (Veneto), a un range che va da 3 a 15 crediti attribuiti all'anno (Emilia Romagna) o da 4 a 17 (Friuli Venezia Giulia). In Lombardia ad una settimana di tutoraggio è attribuito max 3 crediti mentre nelle Marche 5. In genere c'è concordanza nello stabilire che, comunque, il numero dei crediti acquisiti non possa superare il 50% del totale da accumulare nell'anno solare da ciascun professionista. Anche nel caso del Responsabile Scientifico si passa dall'attribuzione del 10% (Lombardia) del totale dei crediti attribuiti all'evento stesso, al 25% (Veneto).

Dall'analisi del materiale si possono annotare alcune osservazioni relative:

- alle linee guida esaminate, è allegato sempre un glossario nel quale si spiega cosa si intende esattamente per audit clinico, per gruppo di miglioramento ecc. ecc. Tale aspetto colpisce perché si avverte evidentemente la necessità di spiegare e condividere, il senso attribuito a ciascuna attività. Serve chiarezza sulla terminologia e condivisione di significati. Tutti devono comprendere e intendere la stessa cosa, creando un linguaggio e una griglia comune di riferimento;
- alla delicatezza e la rilevanza del ruolo svolto dai tutor e dalle altre figure nella costruzione dell'intero processo e della valutazione;
- alla conseguente necessità di un riconoscimento e di un percorso formativo specifico di tali figure fondamentali.

Le esperienze realizzate di formazione sul campo possono presentare alcune criticità. In particolare ci si riferisce:

- al rischio di autoreferenzialità;
- alla partecipazione più alta di alcuni gruppi professionali rispetto ad altri;
- alla modalità e disponibilità di condivisione di quanto appreso con tutta l'organizzazione.

Sono aspetti già accennati ma val la pena di ricordare il feedback negativo che alcune esperienze hanno evidenziato. Si sono verificati infatti casi di ospedali in cui era realizzata questo tipo di formazione rivolta solo a gruppi di infermieri, con l'intento di risparmiare "provvedendo in casa".

Il risultato dell'apprendimento sul campo non riusciva poi a diventare prassi quotidiana modificandola. In questi casi la formazione sul campo crea un effetto boomerang ancora più potente e rischioso di una formazione tradizionale mal realizzata.

Nel contempo la FsC può rappresentare, come abbiamo accennato, un'importante opportunità per le organizzazioni sanitarie per:

- favorire un apprendimento dinamico, basato su una risoluzione concreta dei problemi;
- incidere sulle conoscenze e competenze migliorando la pratica professionale;
- rendere possibile lo scambio e la condivisione tra professionisti.

Ciò a patto che si decida di investire a livello aziendale con risorse, programmazione e gestione adeguate all'intero percorso.

Conclusioni

Lo scenario della formazione continua in sanità è caratterizzato da un rapido sviluppo, come abbiamo accennato, che non solo ha portato ad un aumento delle strutture dedicate, ma anche alla produzione di metodologie didattiche e valutative, di processi e percorsi formativi, di elaborazione di strategie e costituzione di reti specifiche dedicate, in poche parole alla maturazione di un contesto favorevole alla crescita della cultura della formazione. Comincia ad essere disponibile anche molto materiale sulle esperienze migliori realizzate sia a livello regionale che aziendale e la ricchezza, la trasferibilità e riproducibilità di quest'ultime stimola nuove e più avanzate sperimentazioni. Nel panorama formativo attuale però non si può affermare che la formazione di aula non è più utile mentre quella sul campo rappresenta l'ideale, l'importante è saper avviare il cambiamento, abituare le persone a riconoscere le proprie potenzialità e ad imparare ad imparare, ad essere disponibili e ad accettare le sfide e il confronto. Probabilmente in questo senso tutte le metodologie sono idonee a patto che siano usate bene, magari in forma *blended* (in presenza, sul campo e a distanza). Meglio comunque una buona aula di alto livello, che stimoli a pensare e a discutere, che una cattiva formazione sul campo che può fare notevoli danni. In sintesi il formatore deve saper leggere il contesto ed adattare metodi e approcci allo sviluppo e degli obiettivi e aziendali e degli individui e la formazione rimane, all'interno di un'oculata gestione aziendale delle risorse umane, una leva potente di coinvolgimento e motivazione.

Riferimenti bibliografici

- Boni, S., Grandi, S. e La Rosa, M.
1999 *La Formazione del Management Sanitario*, (a cura di), Franco Angeli, Milano
- Boni, S.
2002 *La formazione sanitaria tra regolamentazione e competizione*, su Tendenze Nuove, rivista della Fondazione Smith Kline, n. 2
- Boni, S.
2005 *Programmare il proprio life long learning: professionisti sanitari, ECM e aziende*, in FOR, Rivista per la Formazione, n. 65, pp. 81-89
- Boni, S.
2007 *I Sistemi di Governance dei Servizi Sanitari regionali*, (a cura di), Ricerca realizzata da Mapelli, V., dell'Università degli Studi di Milano con la collaborazione di De Stefano, A., Compagnoni, V., Gambino, A. e Ceccarelli, A., Quaderno Formez n. 57, Roma
- Boni, S. e Pappalardo, S.
2007 *La Formazione continua nelle regioni e nelle Aziende Sanitarie*, Ricerca Formez, Roma
- DH Department of Health,
2001 *Working Together- Learning Together*, a framework for lifelong learning for the NHS, London
- Formez-CRISS,
2007 *I Master Universitari per le Professioni Sanitarie*, Rapporto di Ricerca, Roma
- France, G.
2006 *Federalismi e Sanità*, Giuffrè ed., Milano
- Kachur, E. K. e Krajic, K.
2006 *Strutture e Tendenze della formazione professionale sanitaria in Europa*, in Dubois, C. A., McKee, M. e Nolte, E., (a cura di) *Risorse Umane per la Salute in Europa*, OMS, Quaderni di Sanità Pubblica, anno 29, settembre, CIS Editore Milano. Traduzione di alcuni capitoli del libro *Human Resources for Health in Europe*, Mc Graw Hill Pu.Co, 2006
- Liberati, A.
2008 *Ricerca e Innovazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, intervento a Forum Sanità Futura, Cernobbio 17 marzo

Pisacane, A. e Continisio, E.

2007 *Come fare Educazione Continua in medicina*, Il Pensiero Scientifico ed., Roma

Prandi, F.

2007 *Formazione e cambiamento in sanità*, in Castellucci, A., Guerrieri, C., Ruozi, C. e Randelli, P., I Saperi della Formazione in sanità, Maggioli ed., Santarcangelo di Romagna, pp. 45-110

Quaglino, G. P.

1999 *Voglia di Fare, motivati per crescere nell'organizzazione*, Guerini e Associati, Milano

Quaglino, G. P.

2007 *La Motivazione uno se la può dare*, Next on line, n. 7 (www.nextonline.it/archivio/07/17.htm)

Quaglino, G. P.

2008 *La Formazione nella Sanità: promuovere le persone per migliorare l'organizzazione*, intervento al Convegno della Fondazione Poliambulanza di Brescia, BS, 12-13/05/08

La Formazione sul Campo: esperienze e strumenti di lavoro nell'AUSL di Reggio Emilia

Corrado Ruozi

Responsabile Staff Sviluppo Risorse Umane Az. USL - Reggio Emilia

Nella conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 si definì il ruolo delle Regioni nel sistema di accreditamento ECM, evidenziando principalmente che: "(...) alle singole Regioni, per quanto di propria competenza ed 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".

Su questa premessa diverse Regioni hanno iniziato a sviluppare un sistema regionale di accreditamento formativo. Ci si trova oggi, a cinque anni dall'inizio della sperimentazione del sistema ECM, con situazioni assai diversificate nelle varie realtà territoriali: le due Province autonome e diverse Regioni hanno avviato il sistema regionale ECM; altre Regioni lo stanno attivando ora; altre ancora, che pure mostrano interesse, non si sono ancora decise a partire (anche se alcune si stanno organizzando per farlo): le attività formative in questi casi sono ancora soggette esclusivamente all'accreditamento nazionale.

L'accreditamento degli eventi di formazione sul campo è stato avviato nel 2003 in Emilia Romagna; subito dopo si sono attivate Toscana, Valle D'Aosta, Provincia autonoma di Trento, Marche; nel 2006 si sono uniti al gruppo il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria e il Veneto.

Le tipologie di eventi che le varie Regioni hanno scelto di accreditare come attività formative sul campo sono state talora diversamente classificate, ma ogni scelta fatta riconosce comunque una serie di attività come appartenenti al genere "formazione sul campo", ovvero: attività svolte da gruppi di lavoro, gruppi di progetto, gruppi di studio, gruppi di ricerca, (che possono essere ricondotti all'attività di ricerca, audit clinico, miglioramento, partecipazione a commissioni e comitati, ecc.), attività di addestramento (tecnico, organizzativo o relazionale), *stage, tutoring*.

Sono state individuate da due a cinque tipologie generali entro le quali i *Provider* (Aziende Sanitarie, Università, ecc.) potessero collocare le diverse attività formative sul campo, esplicitando e descrivendo le casistiche riconducibili a ogni determinata tipologia. Laddove le tipologie individuate sono state due, si è operato un raggruppamento di alcuni tipi di evento che altre realtà hanno scelto di classificare a sé producendo un elenco di cinque o sei tipologie. Ad esempio la regione Veneto ha classificato le attività formative sul campo in:

- 1) collaborazione a ricerche,
- 2) stage-tirocinio,
- 3) partecipazione a progetti di miglioramento e *audit* clinico.

L'Umbria, come l'Emilia Romagna, ha scelto di classificarle in questo modo:

- 1) addestramento,
- 2) partecipazione a ricerche,
- 3) partecipazione a commissioni/comitati,
- 4) gruppi di miglioramento,
- 5) audit clinico.

Il Friuli Venezia Giulia ha aggiunto ai cinque sopraelencati un altro punto:

- 6) attività di tutorato;

La Regione Valle d'Aosta ha fatto una classificazione simile ma ancora differente:

- 1) periodi di addestramento/tirocinio/stage,
- 2) audit clinico - assistenziale,
- 3) partecipazione a commissioni/comitati/gruppi formali di lavoro,
- 4) docenza, tutoring, presentazione ad eventi accreditati ECM, partecipazione a gruppi di miglioramento,
- 5) partecipazione a ricerche/studi epidemiologici;

La Regione Marche ha definito due tipologie generali:

- 1) stage,
- 2) gruppi di miglioramento.

Alcune Regioni hanno scelto di accreditare l'attività formativa sul campo definendo un numero specifico di crediti per l'evento stesso (ovviamente mediante criteri rispettosi delle direttive nazionali): in questo caso il numero di crediti assegnato all'attività formativa corrisponde al numero di crediti che ciascuna figura professionale sanitaria coinvolta si vedrà certificare presenti le condizioni necessarie; altre realtà hanno preferito definire il numero di crediti da assegnare in modo diversificato ai professionisti in relazione al diverso grado di impegno (in termini di tempo o di complessità del lavoro svolto) di ciascun partecipante. Si deduce immediatamente come scelte differenti implicino presupposti e conducano a gestioni in parte diversi.

Le tecniche didattiche utilizzate nella formazione sul campo spaziano dalla attività con supervisione, affiancamento, re-training, dimostrazione tecnica con esecuzione diretta da parte dei partecipanti (es. addestramenti) alla lettura e discussione in gruppo, ricerca e organizzazione di documentazione (es. gruppi di studio, di ricerca, di miglioramento, audit clinico, ecc.), alla redazione, produzione, discussione di elaborati, laboratorio di comunicazione clinica, teledidattica (es. gruppi di miglioramento, comunità di pratica), alla discussione di casi (es. gruppi di miglioramento – analisi di criticità, addestramento alla relazione, ecc.).

La prevalenza delle tecniche sopraelencate (in particolar modo l'attività basata sui casi ed autocasi, le attività all'interno dei gruppi di progetto, di studio, di miglioramento) si propongono di favorire un apprendimento maggiormente "concreto" nei soggetti, sollecitando più elevati livelli di coinvolgimento, in funzione della vicinanza e dell'interesse per i contenuti di lavoro e attivando percorsi di apprendimento complessi. Per gli individui in apprendimento si tratta di condividere controllo e responsabilità sugli obiettivi definiti e sui risultati ottenuti.

Che sia stato inserito entro l'elenco delle attività o menzionato a latere, tutte le Regioni che hanno attivato l'accredito della formazione sul campo si sono poste il problema del riconoscimento dell'attività di tutoring, di presentazioni a eventi e altre attività riconducibili a una definizione formativa che si focalizza maggiormente sull'aspetto individuale piuttosto che centrarsi su un'attività formativa co-partecipata. D'altra parte non c'è ancora una linea di condotta comune rispetto al come considerare l'autoformazione (lettura di articoli, pubblicazioni, produzione/revisione di materiale, ricerca documentale anche on-line, ecc.).

La sperimentazione dell'accredito regionale delle attività formative sul campo ha fatto emergere una serie di differenze, presumibilmente in parte dovute alle caratteristiche territoriali e più generalmente socio-culturali delle diverse Regioni e Province autonome; si sono anche evidenziate aree di criticità a livello intraregionale: la formazione sul campo per sua stessa natura ad alta variabilità (in termini di attività, tempi, forme di sostegno all'apprendimento, modalità didattiche, obiettivi, livelli di partecipazione, possibilità di valutazione, ecc.) lascia questioni ancora aperte che necessitano di essere in qualche modo definite.

In alcune realtà regionali sono sorti già gruppi di lavoro specifici (composti da rappresentanti della Regione e dei *Provider*) per affrontare alcuni aspetti problematici e cercare di individuare soluzioni condivise.

La Formazione sul Campo nella AUSL di Reggio Emilia

Nel 2003 in Emilia Romagna si è dato il via all'accredito sperimentale delle attività di formazione sul campo, seppur con qualche difficoltà: non tanto a riconoscerne il valore (sia pedagogico che economico), quanto piuttosto a orientare e supportare i professionisti, dal momento che l'argomento non era ancora del tutto chiaro neppure a coloro che, nelle Aziende Sanitarie, si occupavano specificatamente di formazione. I diversi *Provider* regionali, pur nella referenza unica della Regione, si sono mossi autonomamente per avviare un sistema parzialmente nuovo (formazione sul campo) nel sistema ancora giovane (accredito regionale).

L'AUSL di Reggio Emilia ha scelto di avviare l'accredito di alcune attività che già si realizzavano da tempo (supervisione di casi clinici – particolarmente nell'area della salute mentale – e addestramenti – specie nell'area infermieristica) e che presentavano le caratteristiche necessarie per essere inquadrati come formazione sul campo. L'attenzione è stata orientata ad aumentare i livelli di qualità documentale e di sostegno organizzativo al fine di meglio consolidare gli aspetti di apprendimento emergenti dalla pratica. Consolidato il sistema, ci si è potuti addentrare in aree un po' più complesse come i gruppi di progetto, le attività di miglioramento, gli audit clinici: sovrapposizioni di strumenti e di metodologie, difficoltà a circoscrivere gruppi o settori coinvolti, a suddividere le tappe di un percorso che a un certo punto si trasformava in qualcosa di diverso da ciò che era inizialmente,

erano fonte di non pochi problemi legati alla gestione del processo. A volte si presentavano dubbi sul come denominare un certo tipo di attività. Altre volte un'analisi dei casi-problemi dell'unità operativa diventava un gruppo di miglioramento.

Questa fase ha permesso di individuare alcune criticità e ha fornito il materiale di riflessione utile a dare una migliore strutturazione agli eventi. Si è visto ad esempio che mantenendo come punto di riferimento il sotto-obiettivo "organizzativo" si poteva procedere a una sub-articolazione di un'attività in diversi eventi, con specifici (talora in parte sovrapponibili) obiettivi di apprendimento. Ciò consentiva maggiore equità e appropriatezza nella distribuzione dei crediti. Infatti, nella nostra regione i crediti sono assegnati all'evento, non distinti in relazione al grado di impegno dei singoli partecipanti, quindi è solo sulla definizione dell'evento che si può agire per diversificare.

Nella fase iniziale dell'accreditamento delle attività di FSC (2003 e 2004) lo Staff Sviluppo Risorse Umane ha fornito consulenza e supporto ai professionisti nella organizzazione e strutturazione delle attività; in un secondo momento (2005 e 2006) si è posto il problema della formazione specifica, tanto che le indicazioni relative ai contenuti di apprendimento che servivano a chi organizzava attività formative sul campo sono venute dagli stessi professionisti che, constatata l'utilità e l'efficacia di questi percorsi, hanno espresso l'esigenza da un lato di approfondire le tipologie e gli strumenti e metodi per realizzarle, dall'altro di dotarsi di strumenti per la gestione efficace dei gruppi di apprendimento. Nella fig. 1 sono sintetizzate le azioni progettate e realizzate dalla funzione Formazione a seguito dell'avvio dell'accreditamento delle attività di FSC.

2004-2005: AZIONI			2006: AZIONI		
Progressiva sensibilizzazione sul tema della FSC.			Fornire strumenti per gestire la FSC.		
INCONTRI SPECIFICI	CONSULENZA / SUPPORTO	FORMAZIONE	INCONTRI SPECIFICI	CONSULENZA / SUPPORTO	FORMAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Evidenziando il rapporto costi/benefici ■ Illustrando e facilitando la presa di coscienza delle opportunità misconosciute ■ Alleggerendo il carico burocratico-amministrativo ■ Supportando nella identificazione, strutturazione, documentazione degli eventi 			<ul style="list-style-type: none"> ■ Ancora elevata attività di consulenza e supporto ■ Formazione specifica inerente: <ul style="list-style-type: none"> ➢ le diverse tipologie di FSC ➢ la gestione dei gruppi di apprendimento ➢ strumenti e metodi 		

Fig. 1

In effetti l'esperienza di anni di sperimentazione ha permesso di acquisire maggiore padronanza dello "strumento FSC" e l'entusiasmo con cui il personale sanitario ha cavalcato l'onda di un modo di apprendere più rispettoso dei bisogni e dei desideri di formazione che sentiva, quindi più motivante e appagante, ha dato ragione al molto impegno profuso. Ne è la prova l'aumento progressivo della percentuale di eventi di formazione sul campo che la Regione Emilia Romagna ha accreditato rispetto al totale degli eventi. Nel 2003 era il 3%, nel 2004 il 6%, nel 2005 il 13%. Ma nell'AUSL di Reggio Emilia la percentuale è stata nel 2005 del 23%, e nel 2006-2007 è salita a oltre il 30% sul totale degli eventi accreditati. Come peraltro a livello regionale, anche nell'AUSL di Reggio Emilia gli eventi più frequentemente accreditati sono stati gli addestramenti e la partecipazione a gruppi di miglioramento, seguiti dalla partecipazione a audit clinici. Nel 2006 e 2007 qualcosa in più si è fatto anche nell'ambito della ricerca e della partecipazione a commissioni e comitati.

Il dato complessivo, senza divisione in tipologie, relativo al totale degli eventi accreditati di FSC dal 2003 al 2007, dimostra che la FSC, pratica consueta, è oggi riconosciuta e accreditata in modo consistente (Fig. 2).

Ausl di Reggio Emilia					
Percentuale FSC sul totale eventi accreditati					
	2003	2004	2005	2006	2007
TOT. EVENTI	351	417	491	444	582
CORSI	320	385	375	308	385
FSC	31	32	116	136	197
fsc %	10%	8%	24%	31%	34%

Fig. 2

Naturalmente ci sono ancora aree di incertezza e domande aperte, aspetti non ancora definiti e ingranaggi ancora un po' cigolanti: si sta cercando di comprendere perché la strada della ricerca sia così poco percorsa, per far sì che il trend possa cambiare; l'attività di sostegno all'apprendimento nelle sue varie forme presenta ancora qualche punto oscuro; si stanno meglio definendo i criteri di pesatura delle singole attività, a maggior garanzia di controllo del sistema.

Sono esigenze sentite da tutte le Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna, e la Regione le ha fatte proprie: oltre ad aver organizzato alcuni incontri specifici, ha creato un apposito sito in cui i professionisti degli Uffici Formazione delle Aziende Sanitarie regionali possono incontrarsi e confrontare idee, scambiare materiali, fornire opinioni e suggerimenti, porre quesiti: un'esperienza ad alta valenza formativa, molto utile nell'ottica del miglioramento continuo di un sistema per certi versi ancora non del tutto maturo.

Per ciò che riguarda il futuro, si intende concentrare l'impegno ancora sulla consulenza e formazione, ma iniziare anche percorsi tesi a valorizzare le esperienze e ad avviare sistemi di valutazione di ricaduta formativa (come sintetizzato nella fig. 3).



Fig. 3

Considerazioni sull'esperienza

La formazione sul campo più che pensabile come un evento, un'attività o un percorso, è l'avvio di un processo che nella maggior parte dei casi pone di fronte le tante strade possibili del suo stesso seguito: conduce ad altre attività di formazione sul campo che a loro volta ne aprono altre, in un circolo virtuoso di un fare dotato di senso, necessario e inevitabile, che va governato in considerazione della direzione da seguire, al fine di orientare gli apprendimenti alla necessaria comune linea di sviluppo individuo/organizzazione.

Laddove la formazione sul campo non è più ambito del tutto sconosciuto e ancor più dove è pratica comune, questo lo si è compreso quasi subito.

Nel contesto di lavoro ci sono risorse per apprendere, ma è un contesto di apprendimento? Tali risorse devono essere organizzate, in modo da sostenere adeguatamente l'apprendere nel contesto. Senza una progettazione in senso formativo l'apprendimento sarebbe casuale: potrebbe non corrispondere alle abilità e competenze necessarie. Le procedure che occorrono per l'accreditamento possono offrire un importante contributo metodologico se considerate uno strumento a sostegno della progettazione degli eventi e per la capitalizzazione delle esperienze. È la prima tappa del percorso necessario a trasformare una pratica in evento formativo, rappresenta l'attivazione intenzionale di un processo che ha come obiettivo l'apprendimento.

Il fare nell'ottica di migliorare l'organizzazione, il servizio, la performance, come si coniuga con il fare per apprendere? Si tratta di una sfida decisamente interessante. Infatti uno degli aspetti più complessi che accompagna l'attività di formazione sul campo è saper ricongiungere la separazione tra attività che conducono a un esito richiesto dalla professione e valore formativo.

Lo sforzo sta proprio nel distogliere momentaneamente lo sguardo dai fini professionali/produttivi e leggere l'attività con occhi che osservano in termini di formazione. Perché di formazione si tratta, quella formazione che educa il pensiero, che attiva nuovi nodi e collegamenti nella rete cognitiva mediante la riflessione sull'azione.

La riflessione è cruciale per l'apprendimento dall'esperienza. L'ambiente di lavoro offre numerose opportunità per apprendere, ma non è detto che tali esperienze conducano a un apprendimento: molte passano inosservate. Però è possibile un tipo di riflessione che permette di riconoscere queste occasioni quando si presentano ed imparare da esse.

L'esperienza è analizzata, scomposta, riorganizzata in funzione di un processo nuovo, non è più solo memoria di quanto fatto o accaduto, ma patrimonio culturale: l'esperienza ha prodotto conoscenza. Di

fronte a un processo nuovo si associano le conoscenze acquisite nel corso di esperienze precedenti alle diverse operazioni che il processo richiede. E a seguito di quanto appena detto, la competenza diventa la capacità di applicare un sapere in un contesto dato riconoscendone le specifiche caratteristiche e adottando comportamenti funzionali al conseguimento del risultato.

È proprio l'esercizio della riflessione sull'esperienza che distingue l'apprendere dal fare dal semplice fare.

Il confronto con altre persone, inoltre, produce un ampliamento e una modifica del campo cognitivo di coloro che sono coinvolti nell'attività formativa, ma anche accresce la competenza relativa al lavorare insieme ad altri, insegnando il rispetto e il riconoscimento degli altrui punti di vista. Quindi le competenze che si acquisiscono con le attività di formazione sul campo non sono solo utili nello specifico professionale, ma promuovono quella crescita personale che si rende utile a operare a ogni livello in un mondo di ruoli che cambiano e di necessità di competenze sempre più diffuse, flessibili, ampie e al contempo sottili.

Formarsi a ciò che serve, quando serve, come serve: nell'ottica del longlife learning è proprio questo (attivo, riflessivo, autodefinito, responsabile) il tipo di apprendimento che serve sempre alla persona. Serve perché dà fiducia, perché guida alla maieutica delle cose e dota l'individuo di strumenti che servono per la professione come per la vita.

Quello di crescita e auto-realizzazione è ormai un bisogno primario. Realizzarsi sul lavoro non può che avere inizio dal credere in ciò che si fa, e per crederci ci deve essere un qualche livello di partecipazione attiva nella definizione del proprio agire efficace e del come realizzarlo.

Riferimenti bibliografici

Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna

2005 *Educazione Continua in Medicina in Emilia Romagna – Rapporto 2004*, Bologna, Dossier 113/2005, pag. 46.

L'apprendimento dall'esperienza sul campo...di gioco

Luca Bechi

Allenatore "Angelico" – Pallacanestro Biella

Prima di tutto vorrei salutarvi e vorrei portare alla vostra attenzione la mia esperienza. Immagino sappiate cos'è la Pallacanestro Biella, ma per i pochi che non lo sanno, cercherò, brevemente, di spiegare la squadra ed il contesto in cui gioca. È una società professionistica che per l'ottavo anno parteciperà al campionato di serie A, alla massima divisione di basket. Al di là di questo, è il contesto estremamente competitivo e di grande pressione nel quale si svolgono le attività ed il gioco che, credo, vi interessi maggiormente, in quanto tema del vostro incontro. Dovendovi parlare della mia esperienza personale, posso dirvi che sono arrivato a Biella nel 2001, come assistente dell'ex capo-allenatore, Alessandro Ramagli. Nel mio caso, si può parlare di esperienze di formazione sul campo a 360°, in quanto, al mio arrivo a Biella, ho iniziato a lavorare ad un progetto proposto dalla società che, presto o tardi, avrebbe portato all'avvicendamento tra me ed Alessandro Ramagli. Di ciò ne eravamo consapevoli tutti e, soprattutto, il capo allenatore che mi ha aiutato e supportato, dandomi dei consigli affinché si potesse concretizzare questa promozione. Grazie a questo, la mia figura non è stata vista come un antagonista, cioè come "colui il quale poteva rubare il posto all'allenatore", ma come una figura che, nel presente, poteva dare un supporto tangibile e, nel futuro, avrebbe invece potuto sostituire il capo-allenatore, ovviamente differenziandosi per le esperienze precedenti, per le peculiarità e per le inevitabili differenze. Durante il mio periodo di affiancamento al capo-allenatore, la mia formazione sul campo prevedeva un'osservazione ed una valutazione quotidiana della squadra, per poter offrire al capo-allenatore un apporto ma, soprattutto, un punto di vista diverso rispetto alle dinamiche ed alle diverse situazioni. Questo periodo mi ha permesso di comprendere, in modo migliore, come "quattro occhi vedono meglio di due" e mi ha dato la possibilità di immedesimarmi nella diverse situazione per valutare, secondo la mia personalità, come mi sarei comportato nella stessa occasione venutasi a creare ed il perché di tale accadimento. Come ho premesso, ci sono stati, c'erano e tutt'ora continuano ad esserci, grandi momenti di tensione, di esaltazione e di depressione che caratterizzano l'attività sportiva. Secondo me, in tutte queste situazioni, la cosa importante è usare il buon senso e, soprattutto, cercare di fare "punto, a capo" ogni volta che accadono, senza farsi prendere dalla depressione, piuttosto che dalla rabbia, evitando di estremizzare i sentimenti che non portano ad avere la lucidità per dare una valutazione oggettiva.

Quando, poi, sono diventato capo-allenatore, tutto era diverso rispetto a come me lo aspettavo. Da quel momento, ero io, in prima persona, a dover prendere le decisioni. Tali decisioni devono essere prese in un lasso di tempo limitato, perciò, solitamente, mi affido all'istinto, supportato dall'esperienza. Questo istinto, chiaramente, deve essere concretato in comportamenti coerenti con la squadra e con l'ambiente, sia nel momento della massima espressione: la partita, sia nella costruzione della squadra. Spesso, sottolineo il fatto che è importante formare sul campo una squadra, quindi allenarsi quotidianamente, ma più di tutto, è importante avere un'idea di come formarla al di fuori dal campo. Infatti, quando si vanno a scegliere i giocatori (tra giugno e luglio) e si crea un team, questo team, inizia ad essere vincente fin dal momento in cui è creato ed allenato ed anche quando il gruppo attraversa momenti di difficoltà e da questi ne esce fortificato, anziché sgretolato. Questo aspetto credo sia un *must* fondamentale che dobbiamo tenere a mente se vogliamo avere successo.

Normalmente operiamo con un budget limitato, questa consapevolezza è un aspetto importante, perché prima di costruire la squadra, è necessario conoscere che tipo di squadra si desidera avere e scegliere dei giocatori che siano adatti per la nostra possibilità di spesa e soprattutto, conformi all'ambiente in cui lavoreranno.

Infatti, la città di Biella, corrisponde ad una piccola realtà, molto laboriosa, dove ci sono delle aspettative di un certo tipo ed allo stesso tempo, dove si desidera che l'insieme dei giocatori da andare a formare, abbiano la stessa unità d'intenti. Tutti questi aspetti, all'inizio della stagione, aiutano a preparare la squadra, formando un insieme di giocatori e soprattutto di persone che possano poi diventare un team vincente o per lo meno un team in grado di raggiungere gli obiettivi che la società si è prefissata. La ricerca e la preparazione dei giocatori, quindi, rappresenta la capacità, da parte nostra ma soprattutto da parte dei ragazzi, di legarsi insieme l'uno con l'altro.

La nostra squadra, ogni volta che viene formata ex novo è diversa, le dinamiche interne sono diverse, è necessario quindi far diventare questi aspetti una virtù e sfruttarli a favore della squadra, per questo motivo, spesso ci piace cercare di mettere insieme ragazzi provenienti da realtà eterogenee. Ovviamente, affinché si possa sfruttare questa risorsa è necessario conoscere le diverse realtà di provenienza, cercando di pensare con la testa dei giocatori, anche se ragionano in modo completamente diverso rispetto al nostro modo di intendere la realtà di gioco. Un'altra attenzione che è necessario avere nei confronti dei giocatori, è la disponibilità ad ascoltare e ad avere una relazione con ognuno di essi e quindi con ognuna delle parti che compongono il team, affinché ogni giocatore si senta parte del progetto e dia il massimo per il raggiungimento dell'obiettivo comune. Ci sono, poi, le partite, che sono la "cartina tornasole" del lavoro fatto, infatti durante la stagione, accadono mille situazioni in cui si vince immeritadamente o si perde immeritadamente.

Per fare un esempio esplicativo, voglio raccontarvi come normalmente affrontiamo la settimana successiva al compimento di errori durante la partita o di brutte prestazioni sul campo. In questo caso, applichiamo una serie di interventi. In prima analisi, la cosa più importante è l'individuazione del tipo di errore commesso. Personalmente, ritengo sia possibile classificare l'errore in due differenti categorie: l'errore tecnico o tattico che riguarda il campo e l'errore di atteggiamento. Di fronte a questi due tipi di errore, è necessario avere due tipi di reazioni differenti.

L'errore tecnico o tattico è un errore compatibile con il nostro tipo di gioco, infatti, normalmente, vince chi sbaglia di meno e non chi fa più effetto. In questo caso, supportati dai video della partita, attraverso colloqui di squadra e, qualche volta, da colloqui individuali, cerchiamo di correggere, fuori dal campo e dentro al campo, questo tipo di errore da un punto di vista tecnico.

Sull'altro tipo di errore, quello di atteggiamento, siamo più intransigenti, in quanto l'atteggiamento sbagliato nei confronti della squadra, nei confronti dello staff o nei confronti dell'ambiente, è legato ad aspetti comportamentali, piuttosto che a brutte relazioni nei confronti del team, che non sono accettabili.

In questi casi, in genere, utilizziamo la tecnica del dialogo guidato che presuppone una certa fermezza da parte nostra e l'imposizione del nostro pensiero sul giocatore che ha commesso un errore di atteggiamento in quanto, per questo tipo di errore, non esiste una giustificazione valida. Dopo il primo errore, se il giocatore persiste nel mantenere questo atteggiamento, è possibile che la società decida di multarlo attraverso sanzioni di tipo economico o di tipo disciplinare. Questo aspetto sono in stretta correlazione con la scelta del tipo di squadra che andremo ad assemblare all'inizio dell'anno. Naturalmente, non è possibile conoscere fino in fondo le persone che compongono la squadra, ciononostante, conoscendo le caratteristiche tecniche dei giocatori, è possibile cercare di avvicinarsi, quanto più possibile, ai canoni che vogliamo avere nei giocatori che andranno a formare la nostra squadra.

Una componente fondamentale, di una realtà sportiva come quella di Biella, è la voglia di vincere insieme che molto spesso aiuta a minimizzare gli errori di atteggiamento.

Chiaramente, è sempre bene tenere presente che la giovane età di questi sportivi, l'istintività, l'inesperienza e la grande pressione psicologica che sopportano, qualche volta, può generare dei comportamenti un po' fuori dalle righe.

Personalmente, ritengo che tutti gli errori siano correggibili e tutte le parti del gioco migliorabili, se c'è la disponibilità, da parte di ogni giocatore a farlo. Nel momento in cui le squadre vanno male, spesso, c'è la tendenza all'egoismo, a pensare solo a sé stessi. In queste situazioni di difficoltà, ritengo si debba fare un passo in avanti, verso la squadra, con il supporto di strumenti tecnici e con un giornaliero martellamento sugli obiettivi di squadra confrontati con gli obiettivi individuali.

È una sorta di grande gioco di equilibrio tra le due parti. L'allenatore deve pensare prima alla squadra e poi ai giocatori, mentre i giocatori, naturalmente, pur facendo parte di una squadra, pensano prima a loro stessi. È necessario, quindi, una sinergia di queste due parti che però, senza nessuna ipocrisia, non si potranno mai incontrare. Non ci saranno mai allenatori e giocatori in pieno accordo, ci saranno, piuttosto, dei momenti in cui saranno più vicini e dei momenti in cui saranno più lontani, però, è assolutamente naturale che ci sia una diversità dei punti di vista. Il nostro lavoro consiste nel supportare la squadra, lavorando tutti i giorni con essa. Alcuni giorni si lavorerà con più intensità, in altri si faranno frequenti interruzioni a causa dell'insorgere di situazioni critiche. Quando sei a capo di un team, è bene ricordare che il tuo compito è quello di supportare la squadra, sarà quindi necessario, in alcune situazioni specifiche, chiudere mezzo occhio, quando non tutti e due, poiché l'obiettivo comune, come dicevo all'inizio, deve essere prevalente rispetto alla parola detta fuori posto o allo scatto d'ira.

La Valutazione della FSC: ricadute pratiche operative

Oscar Bertetto

Direttore Generale A.Re.S.S. Piemonte

Innanzitutto come Direttore dell'A.Re.S.S., visto il successo e la qualità della giornata, dal momento che il convegno è stato organizzato in gran parte dal dott. Alastra, dico che l'Agenzia ha fatto bene ad individuare come possibile coordinatore del gruppo che dovrà lavorare sulla formazione sul campo proprio il dott. Alastra. L'A.Re.S.S. ha deciso di avviare alcuni gruppi di lavoro sui temi della formazione a distanza, della valutazione dei bisogni, della definizione delle caratteristiche professionali che devono avere i tutor, ecc. Tra questi vi sarà appunto il gruppo con l'importante compito di approfondire i principali problemi della formazione sul campo. Cogliendo l'occasione per ringraziare per l'invito al convegno, vorrei partire dalla riflessione sul titolo del mio intervento: "Ricadute pratiche ed operative della valutazione sulla formazione sul campo". È un tema quanto mai difficile e diventa ancora più arduo se a doverlo trattare è chi, come me, non è un esperto di formazione, né tanto meno di formazione sul campo, potendo fare eventualmente riferimento solo all'esperienza di quasi trenta anni di lavoro sul campo in oncologia. La mia relazione si limiterà dunque a elencare le aspettative che il Direttore dell'A.Re.S.S. Ha nei confronti della commissione sulla formazione sul campo e agli approfondimenti che dovrà compiere per garantirne la realizzazione nei prossimi mesi nella Regione Piemonte. Partiamo, rispetto all'Emilia Romagna, con un po'di mesi di ritardo, anzi un po'di anni. Abbiamo quindi da recuperare anni nei confronti di altre regioni e mesi nei confronti del nostro cronoprogramma. Dobbiamo utilizzare quindi, questi mesi in modo serio per arrivare ad un risultato.

Innanzitutto, secondo me, valutare le ricadute pratiche, significa documentare il miglioramento dei processi assistenziali, quindi il primo problema è attrezzarci per trovare le modalità con cui documentare il miglioramento dei processi assistenziali, miglioramento che può essere favorito dall'apprendimento di nuove competenze professionali e comportamenti organizzativi. Ho voluto mettere insieme competenze relazioni e comportamenti organizzativi perché credo che le due cose non possano che andare avanti di pari passo, se vogliamo realmente ottenere miglioramenti di qualità.

La formazione sul campo si esplica con più modalità, infatti, se si vanno a consultare i manuali in cui sono previsti i punteggi ECM per accreditare la formazione sul campo, si vede che sono citati l'affiancamento, la partecipazione a varie tipologie di gruppi di lavoro, ecc.

Cerchiamo però, di vedere come valutare seriamente le cinque o sei modalità con cui la formazione sul campo si concretizza.

È sufficiente valutare l'affiancamento e l'attività di addestramento? O si deve valutare l'acquisita abilità, non posseduta in precedenza e sottolineo non posseduta, perché la formazione sul campo deve creare dei cambiamenti, deve introdurre nuove tecnologie, nuove attività specifiche, nuovi strumenti o anche migliorare le capacità relazionali dei singoli operatori? Non può quindi soffermarsi soltanto al tutoraggio, all'affiancamento, senza andare a vedere se questo è in grado di promuovere nuove abilità. Concedetemi un esempio banale: se faccio il tutoraggio ed insegno a misurare la pressione arteriosa ad un infermiere che la sapeva già misurare benissimo prima, sto facendo affiancamento, ma è perfettamente inutile perché non cambio nulla nel comportamento professionale. Dobbiamo quindi capire che cosa è posseduto in precedenza e quali sono le novità che vogliamo che siano possedute dopo l'affiancamento del soggetto che si sta formando sul campo.

È sufficiente documentare la partecipazione a comitati aziendali e commissioni di studio?

Credo proprio di no. In questi anni si sono formati diversi comitati (come ad esempio, contro le infezioni, per il buon uso del sangue, l'ospedale senza dolore, per il buon uso degli antibiotici, ecc..) che hanno prodotto anche dei documenti di buona qualità (questo aspetto, tra l'altro, è una delle prime cose da andare a valutare, perché i gruppi potrebbero produrre dei documenti, ad esempio, non basati sull'evidenza, o con un'insufficiente esame della letteratura prodotta sull'argomento, quindi non di buona qualità), ma l'aspetto più importante da tenere sotto controllo in questi gruppi, è la loro capacità di incidere sul comportamento degli operatori dell'azienda, essendo questa la loro principale finalità.

Personalmente non mi importa che venga prodotto un bellissimo documento, ad esempio, "sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere" e poi quel gruppo sia così estraneo al modello organizzativo della propria azienda da non riuscire ad influire su nessuna delle procedure che quella azienda sta attuando per controllare le infezioni. Questo meccanismo si verifica purtroppo sempre più spesso,

soprattutto sugli argomenti più recenti. A titolo di esempio siamo andati ad esaminare i dati che gli ospedali della regione erano in grado di darci sulla misurazione del dolore all'interno degli ospedali in cui fosse presente il comitato "ospedale senza dolore". Questi ospedali, nonostante avessero seguito le indicazioni della Regione che richiedevano la formazione di un comitato "ospedale senza dolore" e lo svolgimento di una serie di riunioni, al momento in cui è stato chiesto loro di individuare i reparti ospedalieri in cui effettivamente si stesse misurando il dolore, hanno risposto in meno del 20% dei casi. Il problema dunque, sta nel fatto che dobbiamo mettere in piedi meccanismi in grado di prevedere oltre alla semplice partecipazione ai comitati aziendali ed alle commissioni di studio, anche la capacità di valutare sia il prodotto scientifico che la capacità d'incidere sul modello organizzativo dell'azienda.

È sufficiente documentare la partecipazione ai momenti di audit clinico?

Naturalmente, a tutte queste domande, che sono di tipo retorico, il Direttore dell'A.Re.S.S. risponde no e chiede, invece, alla commissione, di andare a creare degli strumenti che permettano di valutare le modalità d'individuazione delle aree cliniche di maggior interesse e dei problemi assistenziali più critici. Dal momento che può accadere di promuovere audit clinico su argomenti non rilevanti, o per meglio dire, su questioni non realmente utili per cambiare sostanzialmente il modo di lavorare di una determinata unità operativa, oppure su problemi non prioritari rispetto alle indicazioni di cambiamento indicate nel piano socio-sanitario regionale. Ad esempio, vi sono certamente alcuni aspetti che devono essere valutati, come le modalità di raccolta delle informazioni, la definizione degli standard, l'attivazione delle strategie al miglioramento, la definizione degli indicatori da utilizzare per la rivalutazione del processo. Se mancano queste caratteristiche, non è sufficiente dire di fare dell'audit clinico, discutere dei casi clinici, organizzare degli incontri, è necessario esaminare, con attenzione, le finalità con cui l'audit clinico viene perseguito.

È sufficiente partecipare a gruppi di lavoro per il miglioramento della qualità o di promozione della salute? Non si deve, piuttosto, valutare se i temi scelti siano congrui agli obiettivi del piano socio-sanitario regionale, oppure se la qualità del lavoro e della documentazione prodotta è buona, oppure se esiste un'evidenza scientifica dell'utilità di che cosa si sta facendo?

Molto spesso, i servizi di miglioramento della qualità intra-ospedalieri, per il fatto stesso di esistere, ritengono che qualunque cosa venga realizzata, sia di per sé valida e che, di conseguenza, se si riuniscono e fanno qualcosa per migliorare la qualità, effettivamente poi la qualità migliora. Purtroppo, non è così, anzi alcuni studi hanno dimostrato che alcune misure introdotte dai gruppi di miglioramento di qualità in alcuni ospedali hanno peggiorato l'outcome finale, anziché migliorarlo. Di conseguenza, è possibile che migliori una parte del processo su cui quel gruppo di miglioramento della qualità stava lavorando, ma se si va a vedere l'outcome finale non è per nulla migliorato, anzi si possono creare ulteriori problemi.

È necessario anche compiere un approfondimento su quello che viene fatto nell'ambito degli interventi della promozione della salute; infatti, molti interventi di promozione della salute potrebbero essere definiti "buonismo spontaneista" degli operatori che, ad esempio, promuovono le campagne contro il fumo, limitandosi a incontri in cui si sottolineano semplicemente i danni derivanti dallo stesso.

Il risultato di questo tipo d'intervento non strutturato e non meditato non cambia, di solito alcun comportamento e non promuove realmente la salute.

È sufficiente partecipare a ricerche, studi, inchieste e sperimentazioni? O si deve valutare se i temi scelti rispondono a domande importanti? (Infatti, se si fa una ricerca sull'unghia incarnita del piede, non dovrebbe essere particolarmente valorizzata in quanto non risponde ad una necessità importante di ricerca sanitaria). Non si deve valutare forse, anche se la ricerca è condotta con rigore etico e scientifico? La partecipazione ad una ricerca realizzata senza i necessari requisiti, quali l'approvazione del comitato etico aziendale e l'accertamento dei presupposti scientifici principali, non dovrebbe essere valorizzata con un punteggio ECM. Non è utile valutare come vengono resi noti i risultati della ricerca? Ad esempio, se si partecipa ad una ricerca in cui i risultati sono di proprietà di un'azienda farmaceutica, mi interessa premiare il ricercatore che ha fatto parte di quella ricerca, oppure devo pretendere che i risultati siano pubblici, delle Aziende Sanitarie e del ricercatore?

Quale ruolo, il singolo, svolge nel progetto di ricerca? Infatti, uno può partecipare alla ricerca essendone l'ideatore, il ricercatore che svolge il maggior lavoro, oppure può partecipare arruolando pochi pazienti in un trial che ne includeva migliaia. È chiaro che si debba graduare il punteggio previsto per il ricercatore, in base all'importanza del suo impegno.

Intendiamo valutare anche la partecipazione a progetti di cooperazione con paesi in via di sviluppo? Mi sembra che il partecipare ad un'opera di tutoraggio nei confronti di operatori sanitari nei paesi in via di sviluppo debba essere in qualche modo premiato. Ad esempio, la nostra rete oncologica sta realizzando un intervento di affiancamento a operatori sanitari bosniaci che stanno lavorando per l'apertura di un reparto di oncologia a Zenica. Gli infermieri ed i medici che andranno ad aiutare i

colleghi della Bosnia ad aprire questo reparto, avranno diritto o no ad essere premiati con punti ECM? Nonostante il mio parere sia favorevole sarà comunque la commissione che prenderà questa decisione. La partecipazione a circoli di discussione, soprattutto su tematiche innovative come i programmi di prevenzione, la Clinical Governance nelle sue diverse espressioni (dall'evidence based nursing al Risk Management) sono da premiare, oppure no?

Le discussioni su tematiche che creano la possibilità di introdurre innovazioni, devono essere in qualche modo premiate oppure no? E come le valuto, dal momento che si stanno esplorando campi nuovi che non hanno ancora criteri codificati di misurazione? Naturalmente, per poter fare tutto questo, è necessario che vi sia un sistema regionale di sanità elettronica, poiché se non riesco a monitorare gli indicatori ed a permettere il dialogo tra le diverse esperienze, la formazione sul campo non vive. Senza integrazione, senza possibilità di una rapida valutazione per via informatica, senza la possibilità di scambiare le esperienze tra le varie aziende in cui si svolge la formazione sul campo, credo sia difficile far nascere il sistema. A questo proposito, l'Agenzia si sta fortemente impegnando per riunire ad un tavolo di discussione l'Assessorato alla Sanità, l'Assessorato all'Innovazione e Ricerca, il CSI e la Rete Epidemiologica Regionale. Solo dall'incontro tra questi diversi operatori, potrà nascere il sistema di sanità elettronica, che in Piemonte arriva con un ritardo di alcuni anni.

Alla commissione chiedo quindi, di analizzare la situazione attuale, di ricercare le modalità con cui attribuire in futuro i punti ECM, ricordando sempre di non far diventare il sistema ECM un "puntificio", cioè un semplice distributore di punti anziché una concreta valutazione di nuove esperienze formative. Uno dei principali nemici, in campo educativo, è lo spreco. Infatti, è necessario che tutto questo sistema venga semplificato, perché la complessità di per sé è spreco. Inoltre, occorre tenere in considerazione il gruppo, perché la non cooperazione è spreco.

È necessario diventare autonomi, perché la dipendenza è spreco. Si deve essere pragmatici nella misura, perché volere troppo è spreco. Bisogna diffondere il sistema, perché l'isolamento è spreco. Occorre gestire l'interfaccia politica, perché l'ingenuità è spreco. Pensiamo a che cosa è accaduto nella conferenza stato-regioni, quando si è trattato di affrontare il nuovo sistema ECM: la trattativa è stata interminabile.

C'è quindi bisogno che gli operatori si attrezzino, cercando, non tanto di cambiare la politica, che ha le sue regole e i suoi tempi, ma di utilizzarla al meglio per raggiungere gli obiettivi che ci si è posti. I pazienti sono alleati del cambiamento, poiché tenere i pazienti in silenzio è spreco.

Alcuni momenti della formazione sul campo dovrebbero prevedere la valutazione dei pazienti e delle loro organizzazioni. In fondo è con loro che si deve vedere il risultato e quindi, in qualche modo, è necessario averli come alleati nella misurazione dell'efficacia del processo.

Questi sono i principi a cui vorrei che il nuovo gruppo, che si sta formando in A.Re.S.S. si attenga nel discutere i problemi della formazione sul campo.

La ricerca come fonte di apprendimento e miglioramento della pratica clinica¹

Giovanni Mathieu

Direttore Dipartimento Area Medica dei Presidi Riuniti di Pinerolo – ASL TO 3

Le conoscenze pertinenti le professioni sanitarie raddoppiano ogni 20 anni, e gran parte dell'espansione di queste conoscenze si sviluppa dopo aver conseguito la laurea o un diploma.

Il "problem solving" professionale richiede conoscenze sempre più complesse; per operare correttamente nel settore sanitario si rende necessaria l'acquisizione di una grande quantità di informazioni tra loro frammentate che tuttavia debbono essere strutturate in conoscenze unitarie, utili per la loro applicazione nella pratica clinica.

I testi e le riviste sono spesso inadeguate a fornire informazioni utili ed aggiornate. Inoltre, numerosi sono i fattori confondenti che possono contribuire a rendere più difficoltoso il processo di apprendimento.

Per formazione efficace si intende un processo formativo in grado di migliorare la pratica professionale quotidiana, con ricadute positive sul malato in termini di esiti sanitari.

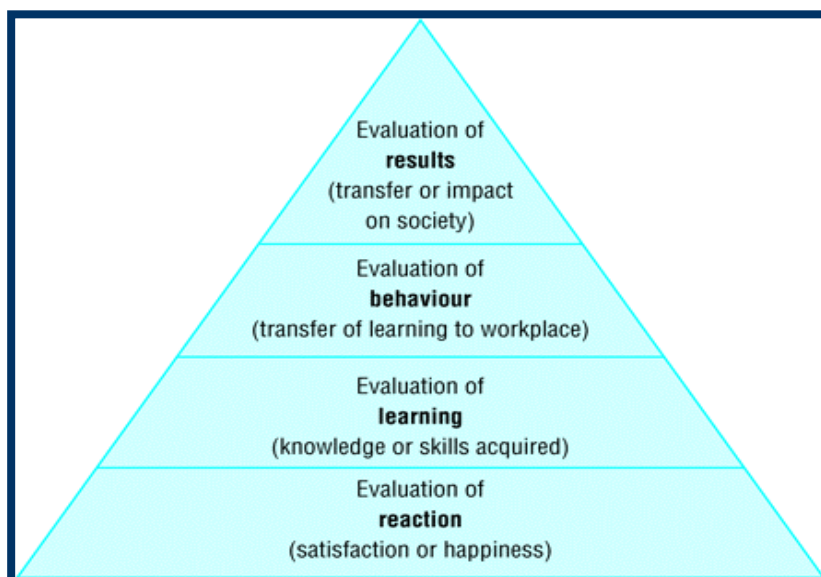


Figura 1. La piramide dell'apprendimento

È una falsa convinzione ritenere che sia sufficiente aumentare le conoscenze generali per ottenere un miglioramento della pratica clinica e, di conseguenza, dello stato di salute dei pazienti. Occorre di fatto spostare l'attenzione dalla Formazione Continua (di per sé condizione necessaria, anche se da sola non sufficiente per migliorare la qualità dell'assistenza) allo Sviluppo Professionale Continuo, inteso come sviluppo complessivo di tutte le conoscenze, abilità e capacità comprese nel processo di cura del paziente.

I percorsi di aggiornamento sono di per sé relativamente semplici da progettare ed organizzare; non richiedono costi elevati, ma presentano grandi limiti: non hanno un orientamento al setting professionale specifico, non portano allo sviluppo di modelli innovativi di intervento, coinvolgono in modo limitato i discenti, prevedono un intervento essenzialmente rivolto agli aspetti cognitivi, non curano un sostegno alle motivazioni degli operatori e soprattutto non prevedono una verifica della reale efficacia formativa. Tabella 1.

¹ Testo redatto come successiva elaborazione dei contenuti presentati al convegno

I percorsi di aggiornamento
Progettazione/organizzazione relativamente semplici
Costi contenuti
Scarso orientamento al setting professionale
Scarso sviluppo di modelli innovativi
Limitato coinvolgimento dei discenti
Attenzione prevalente agli aspetti cognitivi
Limitata verifica dell'apprendimento

Tabella 1. *I limiti del processo di apprendimento*

Al contrario, affinché gli interventi formativi possano risultare realmente efficaci, dovrebbero essere orientati ad affrontare tutti i problemi cognitivi, pragmatici e relazionali peculiari del setting professionale dei discenti; dovrebbero inoltre permettere lo sviluppo di modelli innovativi di intervento e favorire il coinvolgimento diretto dei discenti ottimizzando il rapporto tempo-discente; occorrerebbe inoltre prevedere la messa in atto di azioni di sostegno alle motivazioni e verificare l'efficacia dell'impianto didattico, se del caso modulandolo opportunamente. Tabella 2.

La formazione
Progettazione complessa
Costi elevati
Orientamento al setting professionale
Sviluppo di modelli innovativi
Coinvolgimento dei discenti
Attenzione alle motivazioni ed agli aspetti cognitivi e relazionali
Verifica dell'efficacia dell'apprendimento

Tabella 2. *Le caratteristiche del processo di formazione*

Anche il web-learning può fornire contributi insufficienti a migliorare il percorso formativo: la selezione dei materiali può essere difficoltosa ed i materiali "free" disponibili senza contributi sul web spesso risultano essere di scarsa affidabilità; i costi per accedere ai siti delle riviste più accreditate, così come per i siti dei grandi istituti dedicati alla Evidence Based Medicine ed alla stesura delle Linee-Guida, sono spesso rilevanti; l'impostazione didattica spesso ricalca quella "di aula" i provider curano in modo prioritario gli aspetti tecnologici, trascurando gli aspetti più specificatamente didattici. Tabella 3.

Web learning
Selezione difficoltosa del materiale didattico
Scarsa affidabilità del materiale 'free'
Costi elevati di accesso alle riviste accreditate
Impostazione didattica simile agli eventi di aula
Attenzione prevalente agli aspetti tecnologici

Tabella 3. *I limiti del web learning*

I vari modelli formativi possiedono un'efficacia didattica disuguale, differendo in modo rilevante tra loro nell'ottenere una ritenzione di nozioni e di conoscenze da parte del discente: infatti, le letture, le relazioni tradizionali, le conferenze, i simposi ed i meeting che si svolgono al di fuori del setting assistenziale hanno per lo più bassi tassi di ritenzione dei messaggi presentati, mentre le discussioni interattive e la formazione sul campo permettono di raggiungere risultati più efficaci nel modificare il comportamento professionale. (O'Brien, 2006; Davis, 1999). Occorre riflettere con attenzione sui fattori che condizionano un'efficacia reale della Formazione Continua: spesso i discenti sono assimilati a 'studenti' con un approccio pedagogico e non andragogico; l'aula è assai differente dal contesto in cui si svolge l'attività professionale; i modelli didattici possono essere troppo lontani dalle situazioni reali ed i contenuti didattici possono risultare inadeguati rispetto agli obiettivi attesi. Inoltre, la valutazione degli eventi formativi non può limitarsi a misurare la soddisfazione del discente, ma occorre meglio valutare il livello di apprendimento ed il trasferimento delle conoscenze nella pratica professionale. Tabella 4.

I potenziali limiti della ECM
Discenti considerati come studenti
Approccio pedagogico, non andragogico
Aula profondamente differente rispetto al contesto operativo
Modelli didattici lontani dal mondo reale

Tabella 4. *Limiti potenziali della ECM*

I programmi di educazione sanitaria che si basano su una buona rilevazione dei bisogni formativi sono abitualmente più efficaci nel modificare la pratica clinica. (Norman, BMJ 2004)

Schematicamente i bisogni formativi possono essere suddivisi in 2 differenti gruppi (Tabella 5):

- Bisogni educazionali (educational needs): emergono dal contesto istituzionale, dalle associazioni professionali, dalle Società Scientifiche, dagli utenti dei servizi, da indagini mirate o dalle proposte di "focus group"
- Bisogni individuali di apprendimento (learning needs): sono collegati al singolo individuo; sono pertanto bisogni personali e specifici; emergono da una riflessione sulla pratica professionale; vengono ricercati attraverso un "self assessment".

Bisogni formativi ("educational needs")	Bisogni individuali di aggiornamento ("learning needs")
Collegati alle Società Scientifiche ed alle Associazioni professionali	Collegati al singolo operatore
Bisogni formativi di équipe	Bisogni formativi personali
Emergenti dal contesto istituzionale	Emergenti dalla pratica clinica
Scelte derivate da "focus group"	Scelte individuali

Tabella 5. *I bisogni formativi*

Molto semplicemente, il tenere un'agenda formativa, sia a livello individuale che di reparto, può permettere di meglio individuare e definire le priorità formative; l'individuazione delle risposte da fornire con urgenza o comunque utili per un processo di riorganizzazione dei percorsi di cura o di peculiare interesse, anche se prive di un immediato impatto clinico, può permettere di meglio indirizzare il programma formativo. (Wyatt, BMJ 2005).

In sintesi, l'individuazione dei bisogni formativi per indirizzare le attività educazionali, i processi di apprendimento interattivo (individuale o di gruppo), la reale opportunità di applicare le conoscenze nella pratica clinica, il miglioramento graduale della pratica clinica stessa e degli esiti sanitari rappresentano una guida fondamentale nella organizzazione della Educazione Medica Continua (Mazmanian, JAMA 2002). Questo percorso di eccellenza, e di miglioramento continuo della pratica clinica, viene ad inserirsi appieno nel concetto di Clinical Governance, laddove essa venga intesa come un processo finalizzato ad implementare un Sistema di Qualità che tenda a migliorare gli esiti sanitari ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. In questo senso, la centralità del momento formativo diventa un elemento strategico del sistema, promuovendo e supportando la crescita professionale (Heard, 2001). Alla base del processo formativo si pone la valutazione e la definizione delle competenze professionali necessarie per poter svolgere una determinata funzione, un determinato compito. Nei modelli organizzativi presenti attualmente nel mondo sanitario, accanto a competenze di ordine meramente cognitivo e tecnico, sono sempre più necessarie competenze e capacità relazionali e di integrazione, come pure elementi di sensibilità etica e di corrette modalità comportamentali (Epstein, JAMA 2002).

L'ambito della Medicina Interna, per la specificità dei relativi percorsi assistenziali che vengono a realizzarsi in ospedale o sul territorio, richiede un'approfondita riflessione per definire al meglio le modalità didattiche ed i contenuti delle iniziative formative da proporre agli operatori coinvolti: la gestione di malati ad elevata complessità clinica, la presenza di "aree grigie" al di fuori della medicina basata sulle prove di efficacia, la scelta obbligata a procedere con un lavoro in team, la comunicazione e la continuità assistenziale tra i vari ambiti di cura, rappresentano temi peculiari che richiedono un'attenzione dedicata e nuovi modelli formativi. La complessità è stata definita come l'embricarsi delle influenze di più sistemi nello stesso individuo; in questa tipologia di malati non è tanto il numero di variabili in gioco che definisce il concetto di complessità, quanto il fatto che queste variabili siano tra loro concatenate con significative implicazioni ed inter-relazioni. (Plsek, BMJ 2001)

Con il crescere del grado di evidenza e di certezza, si sviluppano percorsi assistenziali definibili come semplici (concetto di semplicità): a fronte cioè della presenza di segni e sintomi di malattia viene stabilita una diagnosi ed impostata una terapia coerente con la medicina basata sulle prove di

efficacia. All'opposto, l'assenza di evidenze e di gradi di sufficiente certezza porta ad un'articolazione dei percorsi assistenziali in senso caotici (concetto di caoticità): si tratta in questo caso di pazienti al di fuori del contesto delle Linee Guida disponibili, spesso con prognosi sfavorevole a breve o brevissimo termine ("pazienti terminali"), in cui il percorso assistenziale si orienta essenzialmente alla cura della persona ed al rispetto della dignità, in un ambito di medicina palliativa. La medicina della complessità invece affronta i problemi clinici di pazienti con multiple comorbidità, spesso fragili e/o gravemente instabili, frequentemente portatori di problematiche socio-assistenziali ed economiche; in questi pazienti si rende necessario definire nel dettaglio i vari problemi presenti, stabilire le priorità su cui intervenire e quindi attivare un percorso assistenziale in cui spesso si privilegia l'attenzione alla qualità, piuttosto che alla quantità di vita (Fried, 2004). La valutazione di questi pazienti non può essere che multi-dimensionale onde poter cogliere tutti gli aspetti presenti ed articolare un intervento assistenziale in regime di continuità tra un momento di intervento e l'altro. La medicina basata sulle prove di efficacia risulta spesso insufficiente nell'aiutare a definire le migliori opzioni assistenziali per questa tipologia di pazienti.

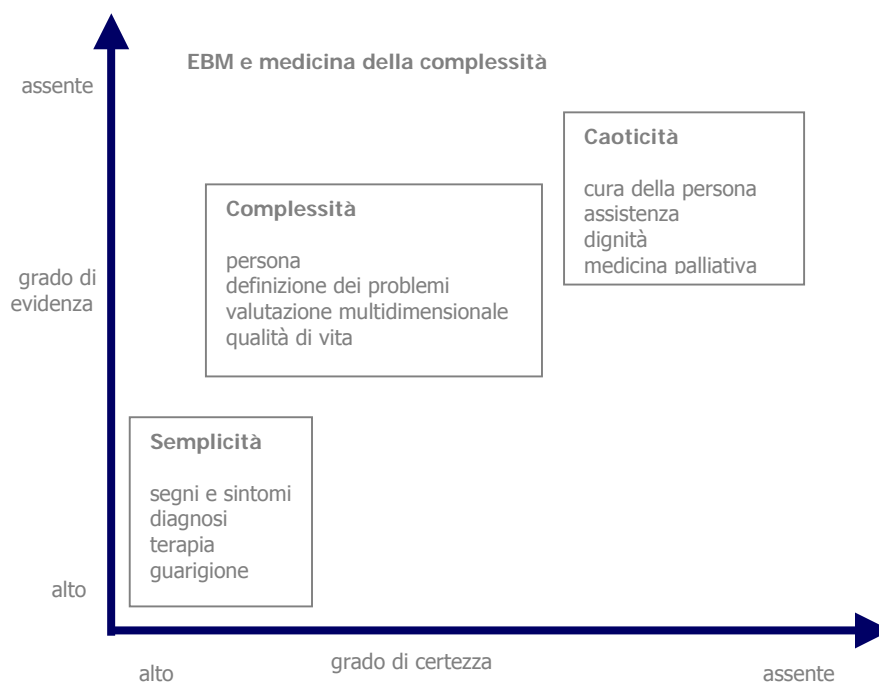


Figura 2. La Medicina della complessità

I trials clinici controllati randomizzati escludono per lo più i pazienti anziani con poli-patologie; esiste inoltre un gap sostanziale tra l'organizzazione delle cure erogate nella comunità (il cosiddetto mondo reale) rispetto ai centri di cura ad alta specializzazione dove l'attenzione ai controlli è assai sviluppata; vi sono inoltre aree della medicina non studiate del tutto o studiate soltanto attraverso trials di piccole dimensioni e pertanto poco significativi; la scelta degli end-points degli studi può non essere appropriata per valutare l'efficacia di un determinato intervento terapeutico. Tabella 6.

Variabili	Pazienti dei trials clinici (RCT)	Pazienti del "mondo reale"
Età	55-64 anni	70-75 anni ed oltre
Sesso	M:F 4:1	M:F 1:1
Comorbidità	Criterio di esclusione	Frequenti
Disabilità	Criterio di esclusione	Frequenti
Dosaggio dei farmaci	Al target	Bassi dosaggi
Compliance	Elevata	Scarsa
Durata della terapia	1-3 anni	Tutta la vita
Obiettivo prioritario	Sopravvivenza	Qualità di vita
Mortalità ad 1 anno	Bassa (max 8-10%)	Elevata (fino al 20-30%)

Tabella 6. Principali differenze tra i pazienti arruolati nei trials e quelli del "mondo reale"

Ma ancor più significativo è il messaggio di adottare un'estrema prudenza nell'applicare contemporaneamente le raccomandazioni fornite da più Linee Guida mirate ad una singola patologia ad un paziente affetto da poli-patologie (Tinetti, 2004; Boyd, 2005). Occorre cioè avere una visione di insieme del paziente (infatti non esistono solo le singole malattie, ma esistono i malati); in altri termini le misure terapeutiche che inducono la comparsa di effetti favorevoli per una singola malattia, non sempre costituiscono la migliore opzione terapeutica per il singolo malato; infatti la maggior parte delle Linee Guida si indirizza per lo più alla terapia di una singola malattia, ma l'applicare le raccomandazioni contenute in più Linee Guida ad un singolo malato pluri-patologico, specie se anziano, può indurre la comparsa di effetti indesiderati o di eventi avversi. L'evidenza clinica che deriva dalla letteratura scientifica deve guidare l'intervento medico, tuttavia non può sostituire il buon senso clinico (Sackett, BMJ 1996). I dati epidemiologici evidenziano sempre di più un'elevata prevalenza di pazienti anziani con più patologie associate, potenzialmente passibili di periodiche riacutizzazioni del loro quadro clinico, seguiti in differenti setting assistenziali da operatori con competenze e livelli formativi differenziati. (Holman, JAMA 2004; Yach, JAMA 2004; Walter, JAMA 2004). Viene così a modificarsi profondamente il ruolo del paziente e dei suoi famigliari (o dei care-givers), ma anche il ruolo del medico e degli operatori sanitari che debbono coordinare le cure secondo una logica di continuità assistenziale. A fronte di pazienti 'condivisi' tra differenti operatori ed in luoghi assistenziali con livelli differenziati di specializzazione, il modello organizzativo deve porsi necessariamente l'obiettivo di preservare la continuità di azione e la comunicazione e di favorire un rapporto di tipo collaborativi (Von Korff, Ann Intern Med 1997). Tutto ciò richiede un interesse specifico da parte delle istituzioni demandate ad elaborare la politica sanitaria, ma anche un radicale cambiamento dei modelli organizzativi che può intervenire soltanto dopo l'attuazione di un percorso formativo intensivo e l'attivazione di progetti di ricerca dedicati. L'utilizzo delle funzioni proprie della Information Technology può sicuramente fornire un aiuto concreto per ridurre la frammentazione delle cure dedicate a questa tipologia di pazienti che transitano attraverso differenti providers e realtà assistenziali. (Weiner, 2003) Occorre tuttavia attivare modelli didattici ed individuare contenuti formativi peculiari, rivolti ad un nuovo modo di organizzare i servizi sanitari ed operare sulla salute dei malati. Sappiamo che nella pratica clinica corrente (il cosiddetto "mondo reale") vengono troppo spesso disattese le raccomandazioni dettate dalle Linee Guida, per seguire quelle che Gabbay definisce come "mindlines" o linee guida costruite collettivamente nelle comunità di assistenza. Gli attori chiave che intervengono in questo processo di elaborazione di linee guida per così dire spontanee sono assai numerosi: opinion leaders, letture estemporanee, informatori farmaceutici, colleghi, pazienti, reports, esperienze dirette. Si tratta di interazioni informali, fluide, che avvengono all'interno di gruppi di lavoro o comunità di pratica clinica, ma che rivestono un ruolo importante nella disseminazione e nell'utilizzo dei risultati della ricerca clinica (Gabbay, BMJ 2004). Vi sono reali evidenze che la formazione continua, organizzata secondo regole e metodi didattici corretti, possa modificare in senso migliorativo i profili assistenziali. Tuttavia, ciò si rende evidente soprattutto, quando i processi formativi escono dalle aule di insegnamento per trasferirsi nelle sedi dove vengono quotidianamente svolti i compiti assistenziali. Si tratta di applicare un modello che sia in grado di integrare l'ECM nella pratica clinica routinaria o, in altri termini, imparare mentre si affrontano di fatto i problemi correnti della pratica clinica ("learning while solving real clinical problems") (Coomarasamy, BMJ 2004). In questo tipo di modello formativo si seguono 4 momenti affrontati in successione:

- individuazione dei bisogni formativi (il discente identifica nel concreto i problemi prioritari; vengono ricercate attivamente in letteratura le evidenze disponibili)
- formazione ed apprendimento (il processo di apprendimento si realizza di fatto durante la soluzione dei problemi quotidiani; la discussione di casi clinici ed il "giro visita" sono utilizzati per imparare ed assimilare le conoscenze)
- utilizzo delle informazioni (le informazioni di più rilevante importanza sono inserite nella pratica clinica corrente; vengono elaborati documenti scritti, facilmente accessibili, che riportano i protocolli e le raccomandazioni elaborate)
- rinforzo (le conoscenze acquisite sono introdotte nella pratica assistenziale; sono individuati ed affrontati gli ostacoli al cambiamento organizzativo) Tabella 7.

I momenti del percorso formativo "sul campo"
Individuazione dei bisogni formativi prioritari
Apprendimento durante la soluzione dei problemi quotidiani
Utilizzo delle informazioni nella pratica clinica
Rinforzo delle raccomandazioni

Tabella 7. I momenti del percorso formativo

Come sia possibile trasferire i risultati dalla ricerca alla pratica clinica quotidiana rappresenta oggi un problema di non facile soluzione (Lenfant, NEJM 2003). Altrettanto difficile risulta il garantire la qualità della formazione continua e della informazione. Si tratta di creare un legame tra ricerca, formazione, partecipazione e coinvolgimento degli operatori, attivando un percorso virtuoso di miglioramento della qualità. In questo percorso assai difficile possono essere di aiuto preziosi elementi quali la creazione di una rete di collaborazione tra i differenti attori del sistema, il confronto tra i soggetti professionali coinvolti, lo stretto monitoraggio dei processi e dei risultati, per attivare momenti di continuo miglioramento attraverso la realizzazione di percorsi formativi idonei. (Krumholz, Circulation 2000; Gibbons, Circulation 2003; Gibbons, Circulation 2003).

Appendice. L'esperienza formativa della Struttura Complessa di Medicina – ASL 10 Pinerolo

Negli anni 2004-2005-2006 sono stati organizzati e realizzati 3 corsi di formazione rivolti al personale infermieristico operante presso la Struttura Complessa di Medicina, con la finalità di migliorare l'assistenza infermieristica rivolta ai pazienti ricoverati nell'area di degenza continuata e nel Day Hospital.

La scelta dei temi trattati è stata effettuata in base ai seguenti criteri:

- coerenza con gli obiettivi formativi nazionali, regionali, aziendali
- attinenza alla specifica area professionale, con ricadute operative sulla qualità dell'assistenza erogata
- risposte ai bisogni formativi evidenziati nel corso dell'espletamento delle attività sanitarie regolarmente svolte.

Gli obiettivi dei 3 Corsi erano rivolti a

- approfondire i contenuti teorici, pratici, clinici ed assistenziali delle patologie di area medica di più frequente riscontro
- individuare le modalità operative più idonee ed efficaci da adottare nella gestione infermieristica dei pazienti affetti da tali patologie
- identificare percorsi di miglioramento dell'assistenza laddove erano state evidenziate criticità
- favorire il confronto e la stretta collaborazione all'interno della équipe medico-infermieristica
- valorizzare le competenze professionali dei singoli operatori.

La struttura dei 3 Corsi è stata articolata secondo le seguenti modalità:

- 2 incontri per ogni patologia individuata, 1 di tipo teorico-clinico, 1 di tipo pratico-assistenziale
- 2 edizioni per ogni incontro, per favorire al massimo la partecipazione del personale
- 30 ore complessive annuali per ogni Corso
- Accreditamento ECM, con il conseguimento di 22 crediti formativi annuali
- Identificazione di tutor scelti in base alle specifiche competenze professionali tra Dirigenti Medici, Coordinatrici e Infermiere Professionali appartenenti alla Struttura Complessa.

Nell'ambito dei Corsi venivano sottoposte a revisione, e quindi aggiornate, le procedure e le istruzioni operative indirizzate alle relative attività assistenziali infermieristiche, con conseguente loro introduzione nella organizzazione del lavoro.

Come segnalato, le patologie verso cui orientare gli eventi formativi venivano individuate attraverso l'analisi dei DRG di più frequente riscontro nell'area di degenza continuata e di Day Hospital. In particolare, nel Corso di Formazione svolto nel 2004 sono stati affrontati i temi assistenziali relativi allo scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, crisi ipertensive, diabete mellito, cirrosi epatica, emorragie digestive, malattie onco-ematologiche. Nel 2005 il percorso formativo è stato indirizzato alla gestione infermieristica del paziente affetto da polmonite, trombosi venosa profonda ed embolia polmonare, malattie reumatiche. Nel 2006 sono state individuati quali argomenti da inserire nel programma formativo le epatiti virali, le arteriopatie periferiche, la terapia del dolore.

Per ogni singola patologia sono stati affrontati i più significativi aspetti clinici (segni e sintomi), diagnostici con un richiamo alle modalità di preparazione del paziente e di corretta esecuzione dei principali esami (di laboratorio, di tecniche di immagine, endoscopici, eccetera), terapeutici (con particolare riguardo alla gestione e somministrazione dei farmaci ed alle norme alimentari e nutrizionali).

Particolare attenzione è stata posta alle modalità di monitoraggio clinico dei pazienti in fase acuta di malattia, attraverso l'elaborazione di schede idonee per un corretta sorveglianza dei parametri clinici e strumentali più significativi.

I Corsi di Formazione hanno portato ad una revisione delle procedure ed alle istruzioni operative adottate durante le attività assistenziali infermieristiche; inoltre, per alcune patologie è stato realizzato un libretto informativo da consegnare al paziente per una migliore puntualizzazione relativa alla patologia riscontrata e per fornire i più significativi consigli riguardanti le necessarie modificazioni dello stile di vita.

Questa esperienza di formazione sul campo ha registrato aspetti positivi, quali l'approfondimento dei contenuti clinici-assistenziali rivolti alla tipologia dei malati osservati durante l'attività corrente, il confronto tra operatori medici ed infermieristici, la revisione di procedure operative, lo stimolo ad una crescita culturale. Le oggettive difficoltà, che peraltro non hanno impedito un'ampia partecipazione all'iniziativa formativa, sono state rappresentate dalla scelta difficoltosa di orari idonei in cui svolgere il percorso di formazione, dalla non facile possibilità di garantire la continuità dell'assistenza e dalla durata lunga dei Corsi che si sono protratti durante tutto l'arco dei 3 anni.

Riferimenti bibliografici

- Boyd, C. M., Darer, J., Bould, C., Fried, L. P. e Wu, A. W.
2005 *Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older patients With Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance*. JAMA 294, 716-724
- Coomarasamy, A. e Khan, K. S.
2004 *What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything?* A systematic review. BMJ 329: 1017-1021
- Davis, D., O'Brien, M.T., Freemantle, N., Wolf, F.M., Mazmanian, P. E. e Taylor-Vaisey, A.
1999 *Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes?* JAMA 282: 867 – 874
- Epstein, R.M. e Hundert, E.M.
2002 *Defining and assessing professional competence*. JAMA 287: 226-235
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J.D. e Anderson, G.
2004 *Untangling the Concept of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implication for Improved Targeting and Care*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 59, M255-263
- Gabbay, J. e Andree, L.
2004 *Evidence based guidelines or collectively constructed "minlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care*. BMJ 329, 1013-1017
- Gibbons, R. J., Smith, S. C. e Antman, E.
2003 *American College of Cardiology/American Heart Association Clinical Practice Guidelines: Part II: Evolutionary Changes in a Continuous Quality Improvement Project*. Circulation 107, 3101-3107
- Gibbons, R. J., Smith, S. C. e Antman, E.
2003 *American College of Cardiology/American Heart Association Clinical Practice Guidelines: Part I: Where Do They Come From?* Circulation 107, 2979-2986
- Heard, S. R., Schiller, G., Aitken, M., Fergie, C. e McCready Hall, L.
2001 *Continuous Quality Improvement: Educating Towards a Culture of Clinical Governance*. Quality in Health Care 10, 70-78
- Holman, H.
2004 *Chronic disease – The need for a New Clinical Education*. JAMA 292, 1057-1059
- Krumholz, H. M., Baker, D. W., Ashton, C. M., Dunbar, S. B., Friesinger, G. C., Havranek, E. P., Hlatky, M. A., Konstam, M., Pina, I. L., Pitt, B. e Spertus, J. A.
2000 *Evaluating quality of care in heart failure*. Circulation 101: e122-e140

- Lenfant, C.
2003 *Clinical research to clinical practice – Lost in translation?* New England Journal Med 349: 868-874
- Mazmanian, P. E. e Davis, D. A.
2002 *Continuing medical education and the physician as a learner.* JAMA 288: 1057-1060
- Norman, G. R., Shannon, S.I. e Marrin, M. L.
2004 *The need for needs assessment in continuing medical education.* BMJ 328: 999-1001
- O'Brien, M. A., Freemantle, N., Oxman A. D., Wolf, F., Davis, D.A. e Herrin, J.
2001 *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.* Cochran database of systematic review.
- Plsek, P.E. e Greenhalgh, T.
2001 *Complexity science: the challenge of complexity in health care.* BMJ 323: 625-628
- Sackett, D. L., Rosemberg, W. M. C., Muir Gray, J. A., Haynes, R. B. e Richardson, W. S.
1996 *Evidence based medicine: what it is and what it isn't.* BMJ 312, 71-72
- Tinetti, M. E., Bogardus, S. T. e Agostani, J.V.
2004 *Potential Pitfalls of Disease-Specific Guidelines for Patients with Multiple Conditions.* N Engl J Med 351, 2870-2874
- Walter, L. C., Davidowitz, N., Heineken, P. A. e Covinsky, K. E.
2004 *Pitfalls of Converting Practice Guidelines into Quality Measures: Lessons Learned From a VA Performance Measure.* JAMA 291, 2466-2470
- Weiner, M., Callahan, C. M., Tierney, W. M., Overhage, J. M., Masmlin, B., Dexter, P. R.
2003 *Using Information Technology To Improve the Health Care of Older Adults.* Ann Intern Med 139, 430-436
- Wyatt, J.C. e Sullivan, F.
2005 *Health and the future: promise or peril?* BMJ 331: 1391-1393
- Yach, D., Hawkes, C., Gould, L. e Hofman, K. J.
2004 *The Global Burden of Chronic Diseases: Overcoming Impediments to Prevention and Control.* JAMA 291, 2616-2622
- Von Korff, M., Gruman, J., Shaefer, J., Curry. S. J. e Wagner, E.H.
1997 *Collaborative management of chronic illness.* Ann Intern Med 127: 1097-1102

Tutoring e affiancamento: presupposti culturali, appunti metodologici e strumenti

Valerio Dimonte* e Lorenza Garrino**

* Professore Associato in Scienze Infermieristiche Università degli Studi di Torino

** Ricercatore in Scienze Infermieristiche Università degli Studi di Torino

... L'apprendimento non è solo frutto di un'acquisizione proveniente dal mondo esterno, ma è mediato dal mondo interno del soggetto che apprende. L'apprendimento autentico nasce solo dall'esperienza" (Blandino, Granieri 1994)

Abstract

La funzione tutoriale si pone come azione di guida, sostegno ed accompagnamento nei processi formativi ed è finalizzata ad aiutare il soggetto ad assumersi una progressiva responsabilità del proprio apprendimento. Presenta caratteristiche peculiari in rapporto ai modelli di riferimento ed alle figure tutoriali che assumono una valenza specifica nei differenti percorsi formativi. Si avvale di metodologie e strumenti quali l'utilizzo dei contratti di apprendimento, pratiche di riflessione sull'esperienza, sviluppo delle competenze cliniche ed abilità gestuali in setting di tipo altamente interattivo. Le caratteristiche della funzione di tutorship descritte portano a sottolineare come tale ruolo sia altamente finalizzato alla formazione sul campo ed ai processi di apprendimento all'interno dei contesti organizzativi.

Introduzione

L'aspetto che contraddistingue la funzione tutoriale da qualsiasi altro tipo di insegnamento/apprendimento risiede nella particolare natura della relazione interpersonale tra singolo discente o un piccolo gruppo di discenti ed il tutor. L'origine della parola tutor deriva da *tutus*, participio passato di *tueri* che significa proteggere, difendere. La relazione educativa tutoriale è orientata ad una formazione individualizzata, che mira ad aiutare il soggetto ad assumersi la responsabilità della propria formazione. Tale relazione attiva e presidia i processi di apprendimento che coinvolgono non solo la sfera cognitiva, ma anche quella emotiva ed affettiva, pertanto richiede a chi la esercita atteggiamenti di disponibilità, ascolto ed intenzionalità (Sasso, Lotti e Gamberoni, 2003).

Il tutor si pone come facilitatore dell'apprendimento per condurre lo studente ad essere consapevole del proprio stile di apprendimento. I processi di apprendimento si concretizzano nella trasformazione delle informazioni in una interconnessione e reti di conoscenze, utili alla comprensione e alla risoluzione di problemi che diventano in tal modo un vero e proprio sapere, ed in trasformazioni del sapere in competenze professionali spendibili nei contesti organizzativi. La tutorship si caratterizza quindi come una attività di facilitazione dell'apprendimento "esperienziale", in un setting altamente interattivo. In tale contesto la funzione educativa e di insegnamento non è tanto quella di trasmettere, modificare o immettere qualcosa, ma di accompagnare il discente al sapere, ovvero predisporre e presidiare le condizioni per cui nella sua mente possa accadere qualcosa, cioè si realizzi un apprendimento (Blandino e Granieri, 1995). Accogliere, avviare, accompagnare, facilitare, sostenere, favorire l'autoapprendimento sono i verbi che meglio caratterizzano e connotano l'azione tutoriale. Ascoltare, orientare, consigliare, rendere consapevoli ed aver cura sono i verbi che meglio esplicitano la relazione educativa tutoriale. Il setting pedagogico tutoriale si realizza, dunque, come un sistema di comunicazione intersoggettivo entro il quale le parti in gioco procedono nel rendersi progressivamente disponibili ad uno scambio fondato sull'insegnare e sull'imparare (Salomone, 1997). Nella relazione educativa tutoriale è presente una asimmetria che comporta nel tempo un progressivo avvicinamento tra le parti. Si realizza all'interno di un progetto formativo basato su una pedagogia che pone al centro il discente in un percorso progettato e scandito da obiettivi chiari e definiti. Si gioca all'interno di una dimensione spazio/temporale fisica, ma soprattutto mentale. Il tutor attraverso un atteggiamento maieutico mette in grado il discente di attivare tutte le conoscenze e capacità in suo possesso rispetto ad una determinata situazione da analizzare o risolvere e dall'altro di individuare autonomamente i bisogni di apprendimento che tale situazione lascia intravedere (Zannini, 2005).

Il modello tutoriale è, dunque, orientato alla tensione verso la crescita, l'autonomia, il potenziamento del soggetto che è stato affidato. Privilegia l'apprendimento dall'esperienza e pratiche di tipo riflessivo. Utilizza il gruppo come luogo di apprendimento e sviluppo. Utilizza modalità di apprendimento diverse,

dalle quali derivano metodi e tecniche tutoriali specifici. Ha come finalità di aiutare/facilitare chi apprende a transitare nel progetto formativo. Favorisce lo sviluppo della consapevolezza dei saperi pratici che costantemente si producono nelle organizzazioni nell'ottica del cambiamento organizzativo. Le nuove logiche formative sottolineano l'importanza dei processi di supporto per lo sviluppo delle competenze all'interno dei contesti organizzativi. Viene qui sottolineata la convergenza verso una concezione di formazione connessa a processi di pensiero e di elaborazione, verso una ipotesi di apprendimento dall'esperienza come valorizzazione dei contesti e delle situazioni operative all'interno delle quali i soggetti si trovano a costruire il loro rapporto con la realtà e la loro storia personale e lavorativa (Kaneklin e Scaratti, 1998). Ruoli professionali e competenze maturano all'interno di situazioni organizzative che, per produrre beni o fornire servizi, hanno bisogno di investire risorse in attività di apprendimento (Demetrio, Fabbri e Gherardi, 1994). La formazione agita nei contesti lavorativi mette in campo metodologie di tipo più tradizionale, quali analisi dei casi, esercitazioni guidate, addestramento a tecniche specifiche fino a strategie didattiche più innovative quali *l'action learning* e *l'outdoor training*. In ognuna di queste risulta evidente, anche se in forma più o meno accentuata, la caratteristica peculiare della funzione di tutorship che, a partire dall'ambito esperienziale, interviene per attivare costanti pratiche di tipo riflessivo.

Le figure del tutorato

La centratura della formazione sul discente presuppone una sua diretta implicazione e partecipazione nei processi formativi a partire dalla definizione degli obiettivi di apprendimento all'interno di un contratto formativo specifico, sino ai tempi ed ai metodi per raggiungere le mete identificate (Sasso, Lotti e Gamberoni, 2003). La tutorship favorisce lo sviluppo di questo processo e delle varie modalità per realizzarlo. In questo scenario formativo si evidenziano differenti modalità e modelli di tutorship. Nella formazione universitaria delle professioni sociali e sanitarie la funzione tutoriale è stata attribuita a soggetti variamente denominati cui corrispondono funzioni diverse per ampiezza e qualità e per metodologie utilizzate (Castellucci, Saiani e Sarchielli, 1997).

In particolare, in ambito clinico la funzione tutoriale si esplica attraverso una serie di attività estremamente diversificate e con ruoli diversi che vengono qui di seguito esaminati.

Il tutor clinico opera per favorire lo sviluppo delle competenze specifiche del profilo professionale, per implementare lo sviluppo delle metacompetenze finalizzate allo studio ed all'esercizio professionale, risponde ai bisogni di assistenza didattica personalizzata ed ai bisogni di orientamento e di counselling. Le funzioni peculiari del tutor clinico sono relative al progettare percorsi di tirocinio coerenti con il progetto formativo complessivo e con i modelli assistenziali di riferimento, facilitare i processi di apprendimento orientati allo sviluppo di competenze professionali, guidare lo studente nei processi di rielaborazione dell'esperienza professionale stimolandolo ad acquisire nuove conoscenze da tale esperienza (Zannini, Saiani e Renga, 1998). Il tutor clinico interviene favorendo l'integrazione tra modelli teorici e modelli di azione sperimentati in campo assistenziale e la sua azione è finalizzata ad incoraggiare lo studente ad autoapprendere. Si adopera per presidiare i processi di apprendimento utilizzando efficaci modalità didattiche e offrire sostegno allo studente in difficoltà di apprendimento o a situazioni problematiche anche personali, intervenendo per quanto di competenza o indirizzando verso altre figure o servizi. Interviene nel predisporre un contesto formativo adeguato, negoziando con le sedi di tirocinio condizioni favorevoli ed attivando processi di accoglienza ed integrazione degli studenti. Si propone come punto di riferimento per l'infermiere qualificato dei servizi che guida lo studente nella sede di tirocinio. Interviene nella valutazione dei processi formativi, stimolando l'autovalutazione e concorre alla valutazione certificativa dello studente.

La funzione di interfaccia tra studente e contesto organizzativo viene garantita, oltre che dal tutor, anche dalla funzione di affiancamento o guida di tirocinio.

Le guide di tirocinio operano in stretta collaborazione con i tutor clinici per l'inserimento e l'orientamento degli studenti, sostenendoli nell'integrare gli obiettivi formativi con gli obiettivi assistenziali ed organizzativi. La guida di tirocinio è una figura ad alta valenza formativa sul campo, allestisce situazioni di apprendimento in concomitanza con l'assistenza ed ha al contempo anche un rapporto diretto con lo studente. È una figura cruciale per la trasmissione di un "esempio" professionale. Per questa funzione vengono selezionati operatori esperti di analogo profilo professionale presenti nei servizi che guidano lo studente all'acquisizione graduale dell'autonomia dell'esercizio professionale che passa da una pratica svolta sotto diretta supervisione ad una pratica professionale indipendente, che lo incoraggi a considerare l'assistenza prestata all'interno di un contesto più ampio e a riflettere costantemente prima e dopo l'esperienza pratica. Le principali azioni educative delle guide di tirocinio sono in parte simili a quelle del tutor clinico, di cui è stretto collaboratore, e sono relative a creare un ambiente formativo, favorire l'accoglienza ed inserimento dello studente, informare e coinvolgere tutti gli operatori del servizio nel progetto dello studente,

selezionare le attività da far sperimentare allo studente in coerenza con gli obiettivi educativi del corso, partecipare alla progettazione dei tirocini, offrire allo studente occasioni per sperimentare una progressiva, ma graduale responsabilizzazione (Zannini, Saiani e Renga, 1998). Le guide di tirocinio contribuiscono in modo significativo nello stimolare lo studente ad esplicitare le conoscenze scientifiche e tecniche al momento della loro applicazione, motivare ed esplicitare i processi decisionali che sottendono l'azione di un infermiere esperto durante gli interventi assistenziali, addestrare lo studente in manovre specifiche, far riflettere sull'errore ed offrire allo studente la possibilità di confronto. Nella loro azione formativa intervengono nello stimolare lo studente all'autovalutazione, fornendo nel contempo costantemente un feedback, e contribuiscono alla valutazione dello studente. Nei servizi e nelle strutture complesse le figure "guida" svolgono attività specifiche di orientamento professionale dirette ai neo assunti, all'interno di specifici ed articolati progetti di accoglienza ed inserimento.

Il vantaggio di un processo di inserimento accuratamente monitorato, consiste nella possibilità di evitare che i neoassunti siano costretti a inserirsi facendo unicamente ricorso alle capacità personali, imparando da soli e prendendo a riferimento i modelli che appaiono loro più idonei, senza che lo siano necessariamente. Tale processo favorisce una graduale acquisizione dell'autonomia dei professionisti in termini anche di qualità delle prestazioni erogate e della sicurezza per gli utenti e per gli stessi operatori.

Apprendere attraverso i progetti (Forti e Masella, 2004) è utile per sviluppare la capacità di applicare, adattare, contestualizzare metodologie e tecniche a problemi reali, accrescere il senso di responsabilità, le capacità di programmazione, la proattività, acquisire modelli di lettura di un certo contesto organizzativo, applicare tecniche di *problem solving* e *project management*. Il tutor di progetto supporta nell'adottare una impostazione metodologica pertinente agli obiettivi del progetto, favorisce la riflessione sul materiale prodotto, orienta e accompagna nell'affrontare situazioni nuove, sostiene l'apprendimento dall'azione in un contesto specifico nella prospettiva dell'Action Research di Kurt Lewin (Trombetta e Rosiello, 2000).

Il *coaching* è un termine utilizzato in ambito sportivo ed è legato all'assegnazione di un ruolo specifico sulla base delle qualità e caratteristiche del singolo soggetto. In tal senso viene definito un programma personalizzato legato ad obiettivi personali da raggiungere. Il tutor come personal trainer/coach promuove nel discente il pieno sviluppo della sua persona, lo aiuta ad investire nel miglior modo possibile le sue capacità, gli insegna a gestire i momenti di tensione e di stress, lo aiuta a risolvere in modo autonomo i suoi problemi, prendendo opportune decisioni (Borgogni, Petitta, 2003).

Il *mentoring* è un rapporto individualizzato tra un esperto ed un novizio che consente al soggetto informazione di sviluppare le proprie potenzialità e le competenze richieste dal ruolo che andrà a ricoprire. Il mentore fornisce non solo uno stimolo per l'acquisizione di competenze professionali, ma anche il necessario supporto psicologico. Ciò che caratterizza il rapporto mentore-discente è la volontarietà del rapporto, che deve essere completa per entrambi i soggetti. Senza di essa sarebbe infatti impossibile una genuina accettazione reciproca di se stessi, con la conseguente mancanza di quell'investimento emotivo che è il carburante della relazione e che renderebbe inerte la relazione stessa (Ferrario, 1996).

Metodologie e setting tutoriali

Le metodologie didattiche tutoriali si differenziano a seconda degli spazi, dei tempi e delle regole che si decide di assumere. Ciò che tali pratiche hanno in comune riguarda la condivisione di un campo di esperienza come presupposto per attivare processi di riflessione. La funzione tutoriale infatti si orienta in modo preciso nel facilitare i processi di conoscenza a partire dall'esperienza individuando le strategie più adeguate che possano aiutare il discente a attribuire senso e significato a quanto è stato vissuto e sperimentato. Le metodologie didattiche tutoriali che più abitualmente vengono messe in atto nei nostri contesti formativi riguardano il *briefing/debriefing*, l'apprendimento dall'esperienza (*experiential learning*), gli strumenti di tipo narrativo legati a pratiche di tipo riflessivo, l'apprendimento a partire da casi e problemi, il laboratorio gesti o *skillslab*.

La pratica del *briefing/debriefing* (Sasso, Lotti e Gamberoni, 2003), (Zannini, 2005), (Zannini, Saiani e Renga, 1998), (White e Ewan, 1994) riveste una rilevanza particolare nell'apprendimento clinico e si concentra nel mondo reale della pratica. Il termine *briefing* è solitamente associato a brevi e precise indicazioni che coinvolgono attivamente lo studente preparandolo alla pratica clinica. Nella fase di *briefing* si crea una atmosfera a "basso rischio", confortevole e serena, utile agli studenti ad esprimere le proprie preoccupazioni ed aumentare la loro sicurezza. La fase di *briefing* diventa una strategia fondamentale nel processo formativo poiché l'apprendimento clinico è una attività complessa che richiede una sintesi dei contenuti di diversi ambiti, la conoscenza dei problemi dei malati, la capacità di trasferire e mettere in atto le competenze e le abilità di soluzione dei problemi. Nella fase di *debriefing*, che segue la pratica clinica, vengono riesaminate le *performance* degli studenti per capire

se gli obiettivi di apprendimento sono stati raggiunti e viene fornito loro un *feedback* efficace utile a comportamenti futuri. Il *debriefing* offre inoltre la possibilità di fare chiarezza nel rapporto tra teoria e pratica risalendo al razionale ed ai principi che sottendono le azioni assistenziali. La fase di *debriefing* nella tendenza attuale include riflessioni mirate di apprendimento dall'esperienza.

L'*experiential learning* o apprendimento attraverso l'esperienza si basa sulla valorizzazione dell'apprendimento sul campo attraverso la selezione di strumenti e metodi appropriati. Numerose teorie e modelli (Kolb 1985, Boud 1986) sono stati proposti per guidare i tutor e gli insegnanti clinici nel processo di riflessione che consente ai discenti di apprendere dall'esperienza. Kolb propone quattro fasi: il ritorno all'esperienza concreta, l'osservazione e la riflessione su ciò che è accaduto, la concettualizzazione astratta e la sperimentazione attiva. Bound (in Cox ed Ewan) (Cox e Ewan, 1989) esplicita un modello che a partire dall'esperienza attiva un processo di riflessione tendente a utilizzare i sentimenti positivi ed a allontanare quelli negativi rivalutando l'esperienza, proporre nuove prospettive, un cambiamento dei comportamenti ed un impegno operativo nell'azione. L'apprendimento riflessivo (Schon, 1993) può consistere nel pensare a ritroso a quello che abbiamo fatto, scrive Schon, oppure possiamo arrestarci nel mezzo della pratica per fermarci e pensare (*stop-and-think*). O ancora possiamo riflettere nel mezzo della pratica, senza per questo interromperla (*reflection-in-action*). In tal caso la nostra riflessione serve a rielaborare ciò che stiamo facendo mentre ancora lo stiamo facendo. Imparare ad apprendere dall'esperienza è fondamentalmente apprendere a conversare con se stessi. Apprendere dalla propria storia è un processo ulteriore, che deriva dal mobilitare le capacità di retrospezione, introspezione, attenzione. La costruzione del nostro senso di identità è legato alla capacità di narrarsi, a partire dall'immagine che noi siamo, multipla, relazionale e discontinua (Formenti, Gamelli, 1998). Sempre nell'ambito dell'apprendimento riflessivo il tutor gestisce dunque strumenti formativi di tipo autobiografico che costituiscono dei momenti utili per imparare a guardarsi, nel senso di ripensarsi, ricordarsi di sé, interrogarsi sul proprio vissuto, sviluppare una propria progettualità. In tal senso la scrittura dei diari di bordo o diari riflessivi per narrare e trattenere l'esperienza, acquistano una forte valenza formativa poiché accompagnano e documentano l'agire quotidiano e consentono di divenire più consapevoli di sé, non solo sul piano cognitivo, ma anche rispetto alle proprie emozioni e sentimenti (Mortari, 2003). La scrittura del diario consente di porsi in una posizione percettivo-riflessiva diversa rispetto a quella abituale, e di riconsiderare, così, aspetti dell'esperienza professionale solitamente abbandonati alla routine di un lavoro forse troppo spesso risolvibile nel "compito da assolvere" (Madrusan, 2007). Dai numerosi studi ed esperienze riportate in letteratura l'utilizzo dei diari aiuta lo studente nel suo sviluppo personale e professionale e contribuisce ad incentivare le sue competenze cliniche e relazionali, la sua personale consapevolezza e sensibilità nei processi di cura. Un importante ruolo è rivestito dal tutor come guida e supporto allo studente negli aspetti di utilizzo della pratica diaristica e di analisi dei testi prodotti (Garrino, 2007). Tra queste competenze tutoriali la riflessività, la capacità di formare una coscienza professionale critica, che si interroghi costantemente su quanto avviene, è elemento fondante ed acquistano in tal senso valore tutte quelle forme di apprendimento, di conoscenza, di formazione che fanno riferimento all'analisi del proprio "essere-in-situazione" (Gregorino, 2007). È importante dunque che lo sviluppo delle competenze tutoriali in tale ambito si avvalga di una formazione specifica e che il metodo narrativo e riflessivo possa essere sperimentato in prima persona dai tutor e dalle figure guida per recuperare ed attivare la riflessione critica anche rispetto ai modelli educativi con cui sono stati formati (Gargano, Garrino e Lombardo, 2002).

Nella didattica tutoriale il metodo dei casi è utile per rinforzare l'apprendimento di concetti e conoscenze, risolvere dubbi applicativi, applicare le conoscenze a situazioni reali, analizzare situazioni e problemi complessi, sviluppare le capacità di analisi e di decisione, prendere coscienza del processo mentale sottostante la diagnosi e/o la decisione, innescare un dibattito, una discussione tesa a favorire l'apprendimento (Sasso, Lotti e Gamberoni, 2003), (Colombo, Gandini, Garrino, Gioia, Malinverno e Rodriguez, 2003). Nella discussione del caso nel piccolo gruppo il tutor pone domande per facilitare l'apprendimento invitando a soffermarsi sui termini poco chiari, cogliere gli elementi del contesto per definire la situazione, evidenziare le informazioni da ricercare, identificare le possibili cause, identificare le possibili conseguenze o ricadute sull'organizzazione o sull'assistenza ed ipotizzare possibili interventi risolutivi o migliorativi. Una competenza specifica del tutor riguarda l'apprendimento a partire da problemi attraverso la gestione del *problem based learning* (PBL). L'apprendimento per problemi mette i discenti in una situazione in cui essi attivano le conoscenze pregresse, lavorano sulle conoscenze attraverso l'acquisizione di nuove informazioni inerenti il problema, creano una rete semantica perché ristrutturano le conoscenze in modo adeguato al problema, apprendono in un contesto professionale, poiché il problema descritto è molto "vicino" a quelli della vita reale professionale e quindi consente di archiviare le informazioni in modo da recuperarle facilmente quando si presenteranno simili nella realtà professionale (Sasso, Lotti e Gamberoni, 2003) (Sasso e Lotti,

2007). L'organizzazione e la gestione delle sessioni di apprendimento pratico riguardanti il laboratorio gesti riguarda tradizionalmente l'ambito tutoriale (Sasso, Lotti e Gamberoni, 2003), (Zannini, 2005), (White e Ewan, 1994). Il laboratorio è un'aula dove gli studenti si esercitano nelle tecniche, ad un livello prestabilito, prima di procedere alla pratica clinica. Lo scopo del laboratorio gesti o *skillslab* consiste nel coinvolgere gli studenti nella attività pratica attraverso l'analisi del loro retroterra teorico, la sperimentazione di presidi ed attrezzature, l'interpretazione della teoria che sottende l'azione, lo sviluppo di abilità pratiche. Il setting di laboratorio per l'insegnamento di abilità cliniche può comprendere anche l'utilizzo di complesse strumentazioni computerizzate, con manichini e tecniche di simulazione di realtà virtuali o scenari simulati, e può essere anche impostato in forma di *self-learning* con tecniche di autogestione delle risorse. Nel progettare e gestire i processi formativi sul campo la funzione tutoriale si avvale dell'utilizzo di contratti di apprendimento che consentono di responsabilizzare tutti gli attori dell'apprendimento clinico circa il loro ruolo, esplicitando in modo chiaro le competenze da raggiungere nel tempo prestabilito (Sasso, Lotti e Gamberoni, 2003), (Zannini, 2005) (Tannini, Saiani e Renga, 1998). Nei contratti di apprendimento il tutor dovrà favorire attraverso una sorta di co-progettazione con il discente, le esperienze di apprendimento relative ad un dato contesto, individuando insieme a lui le metodologie, gli strumenti e le risorse presenti potenzialmente più idonei al raggiungimento degli obiettivi di apprendimento. Il formando potrà contrattare con il tutor anche le modalità di valutazione ed esprimere il proprio giudizio sulla qualità dell'apprendimento. La funzioni tutoriale nella gestione dei contratti di apprendimento consiste nell'aiutare il discente a valutare il suo livello di competenza iniziale ed esaminare le aspettative alla luce delle esperienze che effettuerà nella pratica, favorendo l'integrazione di tutti questi aspetti. Il tutor aiuterà il formando a comprendere se è pronto a imparare quanto vorrebbe, integrando i saperi che è necessario sviluppare a partire dall'esperienza sul campo. La peculiarità e le caratteristiche della funzione di tutorship precedentemente descritte portano a riflettere e sottolineare come tale ruolo sia altamente finalizzato alla formazione sul campo. In relazione alla affermazione della centralità della funzione tutoriale nei processi di apprendimento all'interno dei contesti organizzativi si sottolinea l'importanza di avviare programmi di formazione delle competenze richieste, e qui presentate, che richiedono un training specifico al fine di non lasciare ad improvvisazioni la gestione di un ruolo che riveste un carattere così delicato ed importante in termini di relazione formativa e di ricchezza di strumentazioni diversificate e che spesso rivestono un carattere di complessità in termini educativi. Un'importante esperienza in tal senso si è sviluppata nei corsi di Laurea in Infermieristica dell'Università di Torino con un progetto di formazione alla funzione tutoriale avviato da un decennio (Garrino, Dimonte e Renga, 1997) e che ha raggiunto un livello di strutturazione tale da accompagnare i tutor sin dall'avvio della loro pratica come formatori in tutto lo sviluppo della funzione tutoriale. Attualmente più di trecento tutor provenienti dalle diverse sedi vengono formati con un percorso che prevede un'articolazione su tre livelli, secondo l'esperienza dei partecipanti. Questo progetto, oltre alla finalità di far acquisire approcci, metodi e strumenti formativi ai singoli tutor, favorisce come valore aggiunto anche l'opportunità di confronto all'interno di una comunità professionale che vede coinvolti infermieri formatori provenienti da oltre trecento servizi sedi di apprendimento clinico degli studenti del corso di laurea.

Riferimenti bibliografici

Sasso, L., Lotti, A. e Gamberoni, L.

2003 *Il tutor per le professioni sanitarie*, Carocci, Roma

Blandino, G. e Granirei, B.

1995 *La disponibilità ad apprendere*, Cortina, Milano

Salomone, I.

1997 *Il setting pedagogico*, NIS, Roma

Tannini, L.

2005 *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*, Guerini Scientifica, Milano

Kaneklin, C. e Scaratti, G.

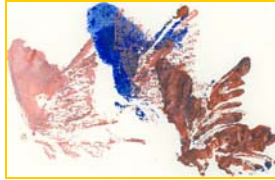
1998 *Formazione e narrazione*, Raffaello Cortina, Milano

Demetrio, D., Fabbri, D. e Gherardi, S.

1994 *Apprendere nelle organizzazioni*, Nuova Italia Scientifica, Roma

- Castellucci, A., Saiani, L. e Sarchielli, G. (a cura di)
1997 *Viaggi guidati*, Angeli, Milano
- Tannini, L., Saiani, L. e Renga, G.
1998 *Figure e metodi della tutorship nel diploma universitario per l'infermiere*. Rivista dell'infermiere 3:139-163.
- Forti, D. e Masella F.
2004 *Lavorare per progetti*, Cortina, Milano.
- Trombetta, L. e Rosiello, L.
2000 *La Ricerca Azione. Il modello di Kurt Levin e le sue applicazioni*, Erickson, Trento
- Borgogni, L. e Petitta, L.
2003 *Lo sviluppo delle persone nelle organizzazioni. Goal setting, coaching, counselling*, Carocci, Roma
- Ferrario, M.
1996 *Mentore e rapporto di mentorato*. in Mottana P. (a cura di) *Il mentore come antimaestro*, Clueb, Bologna
- White, R. e Ewan, C. E.
1994 *Il tirocinio: L'insegnamento clinico del nursing*. Milano: Sorbona
- Cox, K. R. e Ewan, C. E. (a cura di)
1989 *Insegnare la medicina*, Milano: Cortina Editore
- Schon, D. A.
1993 *Il professionista riflessivo*. Bari: Dedalo
- Formenti, L. e Gamelli, I.
1998 *Quella volta che ho imparato*, Milano: Cortina
- Mortari, L.
2003 *Apprendere dall'esperienza*, Roma: Carocci
- Madrussan, E.
2007 *La rielaborazione dell'esperienza clinica attraverso i diari: breve ricognizione di un percorso formativo*, Tutor; 7: 86-89.
- Garrino, L.
2007 *L'utilizzo dei diari nella formazione infermieristica: analisi della letteratura*. Tutor; 7: 94-99.
- Gregoriano, S.
2007 *Considerazioni sulla formazione tutoriale tra pratiche riflessive e scrittura*. Tutor; 7:90-93.
- Gargano, A., Garrino, L. e Lombardo, S.
2002 *Le immagini della formazione: narrazioni sull'apprendimento*. Tutor; 3:124-129.
- Colombo, A., Gandini, T., Garrino, L., Gioia, A., Malinverno, E. e Rodriguez, D.
2003 *Dalla prassi alla teoria per l'infermiere*. Torino: Centro Scientifico Editore
- Sasso, L. e Lotti, A.
2007 *Problem Based Learning per le professioni sanitarie*. Milano: McGrawHill
- Garrino, L., Dimonte, V. e Renga, G.
1997 *Progetto di formazione al tutorato clinico nei diplomi di area sanitari* La formazione del medico, 12:32-35.

Parte Seconda: le Comunicazioni



Perché le idee siano ben fondate.....

"E Confucio rispose: "Se il linguaggio non è preciso, ciò che si dice non è ciò che si pensa, e se ciò che si dice non è ciò che si pensa le opere rimangono irrealizzate; ma se non si realizzano le opere, non progredirà la morale né l'arte; e se arte e morale non progrediscono, la giustizia non sarà giusta; se la giustizia non sarà giusta, la nazione non conoscerà il fondamento su cui si fonda e il fine a cui tende. Non si tolleri perciò nessun arbitrio nelle parole. Ecco il problema primo e fondamentale".

(Confucio)

Momento

*"Gli uccelli alla finestra,
le persiane socchiuse:
un'aria di infanzia
e d'estate che mi consola.
Veramente ho gli anni che so di avere?
O solo dieci?
A cosa mai mi ha servito l'esperienza?
A vivere pago a piccole cose
onde vivevoun tempo inquieto".*

(Umberto Saba)

Una mela al giorno... benessere organizzativo: fattori di protezione e buone prassi": avvio della sperimentazione del corso di formazione

Ileana Agnelli, Eugenia Baldi, Daniele Saglietti

SOC Psicologia ASL CN2 Alba - Bra

Abstract

Presso l'ASL CN2 Alba-Bra è stato recentemente realizzato un percorso formativo rivolto al personale dipendente, che aveva l'obiettivo di individuare i fattori protettivi interni all'organizzazione sanitaria e trasversali alle singole culture organizzative allo scopo di promuovere la salute e il benessere organizzativo. Alla luce degli ottimi risultati conseguiti in termini di gradimento e di competenze acquisite, il progetto proseguirà incrementando le iniziative con la finalità del benessere organizzativo a favore del personale.

Nel secondo semestre del 2006 è stato realizzato presso l'ASL 18 Alba-Bra (oggi ASL CN2) un percorso formativo, progettato dalla S.O.C. Psicologia, in collaborazione con le SS.OO.CC. Organizzazione Sviluppo Risorse Umane e Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro e la Scuola di Umanizzazione della Medicina, finalizzato a stimolare la prevenzione di episodi di burn out all'interno dell'Azienda e a migliorare il benessere organizzativo, nell'ottica di "prendersi cura di chi cura".

Il progetto di sviluppo dei processi aziendali finalizzati a favorire il benessere organizzativo è stato condiviso con la Direzione Aziendale, ritenendo impensabile una *clinical governance* disgiunta dall'*empowerment* dei professionisti.

Alla luce della mission dell'Azienda, **promuovere salute**, e della definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che considera la salute come uno stato di completo **benessere fisico, psichico e sociale** e non semplice assenza di malattia, il corso di formazione intendeva favorire nei partecipanti un processo che li portasse ad individuare e utilizzare le buone prassi e le condizioni favorevoli allo sviluppo del benessere organizzativo. Individuare fattori protettivi interni all'organizzazione sanitaria e trasversali alle singole culture organizzative facilita la promozione della salute negli ambienti di lavoro.

È opinione diffusa che il valore aggiunto portato dagli operatori sia il motore del miglioramento. In Sanità molte situazioni cliniche e gestionali trovano soluzione grazie all'impegno degli operatori, con interventi che superano quanto previsto istituzionalmente, i protocolli e gli accordi di lavoro, facendo ricorso prioritariamente alle proprie risorse. Questo è un valore aggiunto, intangibile e, come tale, spesso non riconosciuto e scarsamente valorizzato.

Il valore costituito dalle risorse si realizza anche in base al "clima" dell'unità organizzativa. Lo staff, per essere qualificato e competente, deve essere messo in condizione di potersi rapportare con situazioni che valorizzino il capitale umano, organizzativo e relazionale.

La valorizzazione del singolo, dell'unità operativa di appartenenza e del gruppo di lavoro rappresenta l'obiettivo primario del percorso formativo.

L'obiettivo del corso

Il corso aveva l'obiettivo di condurre i gruppi alla formulazione di "ricette" organizzative – relazionali che mettessero in evidenza le buone prassi e le condizioni che favoriscono lo sviluppo del benessere in ambito lavorativo attraverso l'individuazione dei fattori di protezione e la valorizzazione delle risorse psico-sociali degli individui. Le ricette di ogni gruppo sono andate a costituire un ricettario per l'intera organizzazione.

Esso è stato rivolto ad una rappresentanza significativa del personale sanitario e amministrativo dipendente dell'A.S.L.18 Alba-Bra. Il Progetto, finanziato dal Fondo Sociale Europeo, ha previsto l'avvio di una sperimentazione rivolta ad 8 gruppi. Ogni gruppo multiprofessionale era composto da circa 15 dipendenti appartenenti a diverse Strutture Organizzative dell'Azienda, in modo da permettere lo scambio delle esperienze fra i diversi Servizi e ruoli professionali.

Dopo un primo momento di presentazione del progetto ai futuri partecipanti, avvenuto nel mese di febbraio 2006, i primi quattro gruppi hanno lavorato fra il mese di maggio e giugno ad Alba (CN), gli altri quattro a settembre, sui Presidi Ospedalieri di Alba e Bra. Il corso si è articolato, per ogni gruppo, in quattro giornate di quattro ore ciascuna.

L'intero percorso si è realizzato seguendo la metafora della "cucina": ogni gruppo è stato chiamato a formulare una "ricetta" finalizzata al benessere organizzativo, precisandone gli ingredienti (le risorse e i fattori protettivi) e come miscelarli; tutto questo è avvenuto a partire dall'individuazione degli "alimenti" che si riconoscevano nella dispensa, come individui singoli e come gruppo.

Ogni gruppo è stato accompagnato da diverse figure, con ruoli differenti, appartenenti alle Strutture Organizzative Complesse Psicologia e S.pre.s.a.l.:

- un conduttore;
 - un co-conduttore
- } entrambi psicologi, con la funzione di facilitatori nelle attività proposte;
- un osservatore, memoria del gruppo;
 - un "esperto della valutazione".

Il quadro teorico

La cornice teorica cui si ispira la progettazione del corso, dei suoi obiettivi e delle sue attività è rappresentata dal nuovo orientamento di ricerca di C. Maslach & M. Leiter ¹ che considera il burn out come un "problema professionale" e non una "colpa" della persona. Il cattivo funzionamento delle organizzazioni costituisce il principale motivo del rapido diffondersi del burn out, comportando per l'organizzazione un elevato costo in termini sia umani sia economici. La prevenzione del burn out ha un preciso significato economico; è preferibile investire per evitarlo che subirne i conseguenti costi. Ridurre la possibilità del burn out è soltanto una parte dell'approccio preventivo. Risulta, inoltre, importante che le persone continuino a sentirsi impegnate nel proprio lavoro. Infatti, focalizzarsi sull'impegno significa prestare attenzione all'energia, al coinvolgimento e all'efficacia che i dipendenti manifestano nella professione. Tutto questo può contribuire a rendere l'organizzazione più efficiente e consapevole.

Il modello di analisi di riferimento utilizzato è il Modello Procede – Procede 2 applicato al benessere organizzativo. Abbiamo ritenuto che, a partire dal cambiamento del comportamento e degli stili di vita del singolo lavoratore, dei comportamenti organizzativi e dell'ambiente dell'Unità Operativa, sia possibile ottenere un innalzamento della qualità della vita e, di conseguenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

Quindi, dal benessere del singolo consegue un maggiore benessere dell'organizzazione e il miglioramento delle sue performance.

La metodologia utilizzata

L'intera esperienza si è svolta utilizzando un approccio interattivo e dinamico; le attività del corso sono state preparate in modo da facilitare e stimolare il coinvolgimento attivo dei partecipanti, la riflessione e la sensibilizzazione sugli argomenti. La metodologia adottata ha consentito che la ricetta emergesse direttamente dai membri del gruppo. Il percorso, di tipo esperienziale, in sotto-gruppi e in gruppo allargato, ha previsto l'utilizzo di diverse tecniche formative:

- focus-group per la rilevazione di opinioni ed atteggiamenti relativi alla percezione dei partecipanti relativa ai fattori protettivi
- tecniche di arteterapia, attraverso l'utilizzo e la creazione di immagini
- visione di filmati
- role playing e simulazioni di momenti di vita lavorativa
- discussioni in aula
- tecniche di rilassamento.

Affinché il corso stesso fosse considerato dai partecipanti come spazio di benessere, sono stati curati diversi aspetti, come l'ambiente e il momento dell'accoglienza delle persone, che avveniva con sottofondo musicale e accompagnato da caffè e dolci preparati dagli operatori delle cucine dell'Azienda.

Il percorso effettuato: i primi risultati

A seguito della realizzazione del corso per gli otto gruppi, è possibile effettuare un primo bilancio sull'andamento del percorso formativo.

Si riscontra l'alta **partecipazione** dei componenti del gruppo, sia per quanto riguarda la frequenza ai diversi moduli, sia per l'adesione alle attività; gli operatori hanno preso parte alle attività proposte in modo gradualmente sempre più attivo e coinvolto con l'avanzare del corso.

Per quanto concerne il **gradimento** al corso, i partecipanti riportano oralmente e sui questionari finali un buon livello di soddisfazione, sia per le attività proposte, sia per gli effetti ottenuti. Nonostante alcuni non avessero alte aspettative iniziali, la maggior parte dei componenti dei gruppi ritiene, al momento della conclusione, di aver vissuto una buona e costruttiva esperienza.

I partecipanti si sono confrontati sulle loro diverse e, nello stesso tempo, simili esperienze lavorative, portando gli elementi positivi, come la gratificazione che porta il "grazie" di un paziente, e le situazioni di criticità, come le conflittualità con i colleghi e i momenti di stress emotivo.

Queste sono alcune delle considerazioni riportate dai partecipanti a riguardo del percorso formativo:

- occasione di confronto con realtà diverse
- spazio per la riflessione e la discussione su argomenti di cui poco si parla durante il lavoro
- momento di benessere personale e con il gruppo
- utile a lungo termine
- sensazione di essere protagonisti del corso e, di conseguenza, della propria vita lavorativa
- aiuta a mettersi nei panni dell'altro
- permette di aumentare la consapevolezza sui propri limiti e risorse.

Per quanto riguarda l'obiettivo primario del percorso formativo, la formulazione di ricette organizzative-relazionali, ogni gruppo ha portato a termine il suo compito.

Ogni ricetta è il frutto del percorso svolto dai partecipanti, ognuna è diversa dalle altre e si focalizza su diversi elementi. Ciascun gruppo ha individuato nelle diverse giornate formative gli ingredienti, le risorse che i partecipanti hanno ritenuto più importanti e, nello stesso tempo, utilizzabili per fare bene e stare bene nel proprio lavoro. Infine, nell'ultima giornata di formazione è stata elaborata la ricetta finale, che rispecchia le caratteristiche e lo spirito del gruppo.

Questo "ricettario" così elaborato e l'intera esperienza sono stati condivisi fra i diversi gruppi e con l'intera Azienda Sanitaria durante una giornata in cui i partecipanti stessi hanno presentato in prima persona l'attività svolta.

Il bilancio del percorso è stato più che soddisfacente, i partecipanti hanno richiesto di continuare l'iniziativa e di dare la possibilità anche ai colleghi non coinvolti di vivere l'esperienza.

La Direzione, visti i buoni risultati ottenuti dalla sperimentazione, ha deciso di proseguire il progetto incrementando le attività con la finalità del benessere organizzativo a favore del personale ed estendendo, gradualmente, a tutto il personale dell'Azienda il percorso formativo "Una mela al giorno...".

Riferimenti bibliografici

Green, L. W. e Kreuter, M. W.

1992 *CDC's Planned Approach to Community Health as an application of PRECEDE and an inspiration for PROCEED*. Journal of Health Education 23: 140-147.

Maslach, C. e Leiter, P. L.

2000 *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*, Trento, Erikson ed.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Agnelli Ileana	
Ente di appartenenza	SOC Psicologia ASL CN2 Alba-Bra - Area: Psicologia delle Organizzazioni - Lavoro - Attività formative	
Luogo e CAP	Alba - 12051	
Via/C.so/P.zza	Via Vida, 10	
Tel.	0173/316075	Fax 0173.316548
E - Mail	iagnelli@aslcn2.it e psicologia@aslcn2.it	Cell. 328/8496708

Futuri Infermieri: la funzione euristica del tirocinio

Vincenzo Alastra*, Francesca Menegon**, Romina Ferretti***

*Direttore S.C. O.S.R.U. A.S.L. BI; **Sociologa del Lavoro e dell'Organizzazione, consulente libero professionista, Biella; ***Psicologa del Lavoro e dell'Organizzazione, consulente libero professionista, Biella

Abstract

La presente comunicazione si incentra sull'importanza che il tirocinio nelle varie strutture sanitarie ha nella formazione dei futuri infermieri.

Studenti e neolaureati in scienze infermieristiche sono stati coinvolti in focus group dai quali emerge come il tirocinio non abbia solo la funzione di far provare in pratica le conoscenze e le tecniche imparata in teoria, ma abbia anche la funzione euristica di far sviluppare una rappresentazione contestualizzata e non ideale del ruolo professionale.

Introduzione

La categoria infermieristica si trova a rappresentare, per numero e per importanza della propria funzione in quasi tutti gli ambiti e i contesti del sistema sanitario ed assistenziale, una fetta molto importante sia dei discenti (ECM e non solo) che dei formatori e, sempre più spesso, anche dei progettisti della formazione. Gli interrogativi di ricerca che sorgono rispetto a questa realtà sono innumerevoli e di notevole interesse, soprattutto per chi la formazione la deve progettare, erogare, valutare, far evolvere.

La presente comunicazione è incentrata sull'importanza che i giovani studenti e neolaureati in scienze infermieristiche attribuiscono alla *formazione basata sull'esperienza*.

I risultati qui esposti sono tratti da un progetto di ricerca più ampio¹ sull'immagine che i giovani del territorio hanno della formazione, progetto che ha coinvolto i giovani dell'ultimo anno delle scuole superiori e gli studenti e i neolaureati di quattro corsi di laurea.

Metodologia di Ricerca

Si è deciso di utilizzare lo strumento di ricerca di tipo qualitativo del *focus group*, in grado di fornire informazioni complesse e personali^[2], che non possono essere restituite con il dovuto grado di profondità e sensibilità attraverso metodi di indagine quantitativa. La scelta del focus group è stata effettuata anche tenendo presente che tale metodo implica un coinvolgimento e una partecipazione attiva degli studenti, coinvolgendoli come "fautori" della ricerca e non solo quali soggetti passivi^[3].

La funzione *euristica* del tirocinio: non solo mettere in pratica, ma anche scoprire il proprio ruolo professionale

Gli studenti in scienze infermieristiche hanno chiara fin dall'inizio del loro percorso formativo quale sarà la loro professione futura e il contesto operativo nel quale si troveranno a lavorare. Se tale possibilità rappresenta sicuramente un vantaggio, esiste anche il rischio di idealizzare la figura professionale di riferimento.

Nel trasmettere il sapere, il saper fare e il saper essere il corso universitario si basa, ovviamente, su concetti ideali, su modelli professionali di "dover essere" o di avanguardia rispetto alla situazione reale delle strutture sanitarie in cui, spesso, la figura dell'infermiere è ancora vista secondo vecchi canoni.

Bisogna dire che l'ideale delle persone è qualcosa che molto spesso è diverso da quello che a noi insegnano ad essere. [...] ancora oggi si ha la visione che si doveva avere una volta dell'infermiere, ossia come l'ausiliario del medico. Oggigiorno non è più così, però di fatto molte persone lo pensano ancora e molti infermieri sono ancora quello. Quindi, ti ritrovi ad andare a lavorare in un contesto dove tutti sono così e tu, cioè, saresti come una mela marcia.

1 Il progetto di ricerca era inserito nel progetto Equal "Tessuto Locale" IT-S2-MDL-020. La ricerca è stata svolta nel corso di un intero anno, da maggio 2006 a maggio 2007, a partire dai contatti preliminari per la definizione del progetto, fino alla redazione dei report finali. La realizzazione dell'indagine non sarebbe stata possibile senza la fattiva collaborazione con il team di ricerca della coordinatrice del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche della sede di Biella dell'Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro", Facoltà di Medicina e Chirurgia.

È proprio l'esperienza di formazione sul campo del tirocinio che, a detta degli studenti, permette loro di rilevare fin da subito tale discrepanza e di sviluppare le strategie necessarie ad affrontarla.

Se gli studenti vivono questa incongruenza come un adattamento a condizioni di minore qualità rispetto all'ideale, essa a ben vedere può essere ritenuta positiva in quanto li costringe ad uscire dal mondo dell'ideale per costruire pian piano una figura professionale reale, spingendoli a riflettere non solo sui propri processi formativi, ma anche su come la propria figura professionale dovrebbe essere percepita e su come viene di fatto percepita dalle varie categorie: medici e pazienti prima di tutto. Possibilità questa che gli studenti degli altri corsi di laurea il più delle volte non hanno.

Se *euristico* è quell'approccio alla soluzione dei problemi che non segue un chiaro percorso, ma si affida all'intuito e allo stato temporaneo delle circostanze al fine di generare nuova conoscenza, possiamo dire che nel caso degli studenti in scienze infermieristiche il tirocinio ha non solo la funzione di farli vivere le situazioni reali e di farli provare in pratica le conoscenze e le tecniche imparate in teoria, ma ha anche la funzione *euristica* di far sviluppare in loro una rappresentazione reale, contestualizzata e non ideale del loro ruolo professionale^[4].

Il passaggio tra l'infermiere "vecchio stampo" e il nuovo "professionista" è identificato dagli studenti con la trasformazione della scuola regionale per infermieri a corso di laurea. Questa trasformazione ha sicuramente dato maggior riconoscimento alla professione infermieristica, ma ha anche significato un periodo di tensione e di assestamento all'interno del gruppo professionale stesso e tra gli infermieri, le altre professioni e i pazienti.

Tale funzione euristica della formazione sul campo, che potrebbe sembrare accessoria, è di fatto, importantissima, in quanto permette di affrontare in anticipo incongruenze e tensioni legate al proprio ruolo professionale e di non arrivare totalmente impreparati al momento dell'effettiva entrata in servizio.

L'altra faccia della medaglia: il tirocinio come "banco di prova"

Sia per gli studenti che per i neolaureati partecipanti ai focus group, l'esperienza di tirocinio è ritenuta fondamentale.

Essi, però, ritengono anche che tale esperienza formativa non sia adeguatamente valorizzata e che, per come è organizzata, non permette allo studente di capire fino in fondo come è la realtà operativa. Prima di tutto perché i ragazzi sostengono che non ci sia un coordinamento efficace tra ciò che è spiegato in aula e il tirocinio: a volte non hanno ancora affrontato in teoria le situazioni che capita loro di esperire in pratica durante il tirocinio.

Va anche detto che probabilmente i ragazzi hanno delle aspettative troppo elevate sul tirocinio: essi lo vivono come un "banco di prova" e, se non riescono a fornire una prestazione vicina a quella degli infermieri professionisti che vedono in reparto, non si sentono all'altezza o sentono che la preparazione ricevuta non è adeguata.

Gli studenti spesso non riescono a cogliere la funzione euristica del tirocinio, così come esposta precedentemente, non capendo che l'esperienza del tirocinio solo in parte è finalizzata a far acquisire loro dei saper *fare*, ma che, soprattutto, è finalizzata a far acquisire loro dei saper *essere*, a far capire loro quale sarà la loro parte, il loro ruolo nello staff del reparto e a familiarizzare con il contesto di una struttura sanitaria.

Come sostenuto in precedenza, è proprio grazie al tirocinio che gli studenti si rendono conto dell'esistenza di una discrepanza tra quella che è la loro visione della professione e come, invece, essa sia vissuta nella realtà operativa: l'esperienza lavorativa diretta serve a loro, non solo o non tanto, per acquisire competenze o conoscenze, ma più che altro ad abbandonare la propria visione ideale per ricollocare tali competenze in un contesto reale^[5].

Se il tirocinio in reparto serve agli studenti per capire che il contesto di lavoro e la percezione della propria figura professionale sono diversi da come sono spiegati in teoria, è troppo breve per fare in modo che essi possano sviluppare delle proprie strategie a riguardo: da qui la sensazione di dover affrontare questo scoglio il primo giorno effettivo di lavoro e di dover "disimparare" alcuni principi ideali trasmessi dall'università.

Da quanto emerso nei focus group, si evidenzia come auspicabile una ridefinizione della durata e delle modalità del tirocinio e l'organizzazione di momenti di riflessione e spiegazione agli studenti del tirocinio in quanto modalità formativa, in cui siano esplicitate le giuste attese e chiarificati gli obiettivi formativi.

Dalle parole degli studenti si evince che tali momenti già esistono ma che sono incentrati maggiormente sulle problematiche di tipo relazionale ed emotivo che lo studente si trova ad affrontare con i pazienti o gli infermieri della struttura una volta già iniziato il tirocinio.

"Quando siamo in tirocinio all'ospedale, siamo noi da soli e tante volte possiamo andare incontro a situazioni magari di scontro con il personale che già lavora, piuttosto che situazioni pesanti per la nostra emotività: è importante poter contare sul sostegno dei nostri tutor che sono le persone di riferimento, di cui hai fiducia e che ti danno fiducia, che non ti considerano un numero ma una persona, con cui poter parlare e che ti capiscono perché è stato anche il loro lavoro".

Riferimenti bibliografici

⁴Bertani, B. e Scopesi, A.

2001 *Significati del lavoro e costruzione dell'identità professionale. Un'indagine su studenti universitari con differenti percorsi formativi*, Quaderni Cross, ISU Università Cattolica Milano, 6: 35-65.

⁵Brown, J. e Duguid, P.

2000 *Balancing Act: How to Capture Knowledge without Killing It*, Business Review, 78: 73 – 80.

²Lankshear, A. J.

1993 *The use of focus groups in a study of attitudes to student nurse assessment*, Journal of Advanced Nursing, 18: 1986-1989.

³Munodawafa, D., Gwede, C. e Mubayira, C.

1995 *Using focus groups to develop HIV education among adolescent females in Zimbabwe*, Health Promotion, 10(2): 85-92.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Menegon Francesca	
Ente di appartenenza	Libero Professionista	
Luogo e CAP	Pettinengo (BI) - 13843	
Via/C.so/P.zza	Via Duca D'Aosta, 16	
Tel.	015/8445688	
E – Mail	francesca.menegon@gmail.com	Cell. 393/2086556

La Formazione sul Campo nel dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda Usl di Parma –una riflessione–

S. Avezzù, M. Carone, C. Oriani, P. Pico, E. Ubaldi, S. Vattini

Dipartimento di Sanità Pubblica – Azienda USL di Parma

Abstract

Nel Dipartimento si è implementata nel 2007 la Formazione sul campo privilegiando quel percorso denominato: "Gruppo di Miglioramento". La FSC si è sostanziata in gruppi di lavoro con riunioni programmate e definite nel loro svolgersi (tempistica e contenuti) intorno alla risoluzione di un problema specifico. L'occasione di lavorare con colleghi operanti presso altri servizi e/o distretti ha permesso l'elaborazione di linguaggi comuni, di percorsi di miglioramento culturale importanti ai fini di un'integrazione vera delle attività e delle funzioni dei professionisti impegnati.

Nel Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Parma, nell'anno 2007, fra le varie attività formative proposte ed effettuate, oltre che con i sistemi tradizionali dell'aula, si è cercato di implementare anche la Formazione sul campo che nella Regione Emilia Romagna^[1] è accreditata nel programma di ECM e dà diritto all'acquisizione dei crediti formativi per le figure sanitarie.

Questa metodologia favorisce l'approccio globale alla qualità dei servizi, consolida uno stile di lavoro nell'ottica del miglioramento continuo e favorisce l'integrazione tra ruoli professionali diversi.

Nel Dipartimento si è privilegiato quel percorso formativo denominato: "Gruppo di Miglioramento". Questa tipologia permette una migliore programmazione di qualità all'interno dell'azienda, favorisce l'esame delle esigenze del cliente finale, l'individuazione delle aree problematiche, l'analisi di queste, la programmazione di un progetto di miglioramento e la sua attuazione. Infatti, analizzare i problemi clinici, organizzativi e comunicativi in alcuni momenti del lavoro permette di identificare strategie d'intervento finalizzate a migliorare le prestazioni degli operatori per offrire un migliore servizio al cittadino.

Nella nostra esperienza la formazione sul campo si è sostanziata dunque in gruppi di miglioramento con riunioni programmate e definite nel loro svolgersi (tempistica e contenuti) intorno alla risoluzione di un problema specifico, di interpretazione di nuove normative, nella costruzione di processi per la definizione di un prodotto sanitario, ecc.

In questi gruppi erano presenti operatori provenienti dai territori dei Distretti e dalla sede del Dipartimento per un numero variabile di professionisti tra 6 e 12 per gruppo. Essi sono stati affiancati da uno o più tutor definiti anche facilitatori e da un valutatore che alla fine dell'esperienza esamina e valuta il materiale prodotto. Questa figura si è identificata con il Responsabile di Servizio o dell'Unità Operativa e consentirà la validazione dipartimentale prima ed Aziendale poi di quanto prodotto dal gruppo stesso. Tra un incontro e l'altro, i partecipanti hanno dedicato, in sede locale, del tempo definito per l'analisi individuale o per il lavoro di costruzione del materiale didattico deciso nelle riunioni, utilizzando anche le ICT e, in particolare le e-mail, per condividere con gli altri partecipanti il lavoro in via di elaborazione e lo scambio di eventuale letteratura ed esercitazioni da svolgere in forma individuale o di gruppo.

Al termine delle varie esperienze la Responsabile dell'Ufficio Formazione Dipartimentale ha proposto un pomeriggio di riflessione con i tutor/facilitatori che avevano seguito i gruppi per riflettere con loro su quanto fatto e su come era stata vissuta l'esperienza formativa^[2].

Le riflessioni che sono scaturite dal gruppo sono state le seguenti:

- Tutti coloro che hanno svolto funzioni di tutor o di facilitatore nei percorsi di formazione sul campo (gruppi di miglioramento) hanno ritenuto la loro esperienza molto positiva a livello personale; si sono sentiti impegnati, a volte anche in percorsi faticosi (sia dal punto di vista emotivo che sul piano professionale) ma sicuramente arricchenti e gratificanti sia per gli stimoli di crescita di tipo professionale che per la condivisione con i colleghi degli aspetti squisitamente operativi^[3] inerenti alla costruzione degli esiti documentali (procedure, modulistiche, ecc.);
- L'occasione di lavorare con colleghi operanti presso altri servizi e/o distretti ha permesso l'elaborazione di linguaggi comuni, di percorsi di miglioramento culturale molto importanti ai fini di un'integrazione vera delle attività e delle funzioni tra gli operatori dei Servizi del Dipartimento;

- Durante i lavori di gruppo, il clima é stato sempre improntato al rispetto reciproco, anche alla presenza di posizioni culturali talvolta molto distanti tra loro, consentendo l'approfondimento della conoscenza reciproca e la possibilità di allestire prodotti nuovi ma condivisi da tutti.

In particolare, i **punti di forza** della formazione sul campo e dei gruppi di miglioramento sono stati i seguenti:

- possibilità di apprendere ed interiorizzare i contenuti messi in comune da tutti i partecipanti all'esperienza con crescita e sviluppo di conoscenze e competenze da parte di ciascuno;
- le persone coinvolte si sono messe in gioco perché non si sono sentite giudicate, ma valorizzate nel loro impegno e nel loro apporto professionale;
- occorrerebbe condividere queste modalità di lavoro anche con i colleghi dell'Area Vasta proprio per socializzare meglio e più ampiamente l'esperienza;
- é stata sottolineata la valenza strategica della formazione all'interno del Dipartimento quale mezzo preferenziale per l'integrazione di linguaggi, percorsi, metodologie mirati ad offrire servizi e competenze nei confronti del cittadino quale cliente/utente dell'Azienda;
- la produzione di esiti documentali (procedure e quant'altro) permette di erogare una risposta puntuale alla committenza (il servizio richiedente) e di migliorare complessivamente, al contempo, la qualità della prestazione e delle relazioni.

I **punti critici** evidenziati, invece, sono stati:

- i tempi. Questa metodologia di formazione, proprio perché cruciale, necessita di tempi adeguati per il proprio svolgimento; in ogni caso, non può essere considerata alla stregua di un momento "residuale" tra "un lavoro e l'altro" bensì un'attività istituzionale, a tutti gli effetti, di valenza prioritaria se rapportata allo sviluppo di una "mission dipartimentale" da parte dell'organizzazione;
- non solo ECM. Alcuni operatori hanno rinunciato ai gruppi perché non interessati ai crediti ECM: l'accreditamento ECM ha rappresentato, in realtà, l'opportunità di offrire ai partecipanti uno strumento in più, ma l'obiettivo vero si è raggiunto con le linee di azione sopra enunciate;
- L'attività di tutoring ha trovato piena applicazione all'interno dei gruppi esprimendosi in un paziente lavoro di aggregazione e coinvolgimento dei partecipanti, soprattutto nei confronti di quelli un po' "recalcitranti" o inizialmente "scettici", puntualmente premiata, però, dai ringraziamenti finali di alcuni operatori.

Proprio sulla scorta delle premesse sopra descritte, le proposte scaturite dal gruppo si possono riassumere nei seguenti obiettivi:

- la formazione sul campo, con particolare riferimento ai gruppi di miglioramento, deve proseguire anche nei prossimi anni;
- questa tipologia formativa dovrà riguardare due principali direttrici:
 - a) la formazione di tipo relazionale
 - b) la formazione tecnico – procedurale da condividere, mentre gli aggiornamenti professionali dovranno essere svolti con la tradizionale formazione in aula;
- i Dirigenti inseriranno l'attività di formazione all'interno delle competenze istituzionali ed ordinarie, articolata nell'ambito dei piani di lavoro individuali con tempi definiti, necessari all'elaborazione di prodotti importanti per il cittadino;
- è necessario implementare una valida attività di monitoraggio, in corso d'opera, finalizzata a valutare le potenzialità di sviluppo degli obiettivi iniziali e le eventuali modifiche da apportare al percorso formativo globale per conseguire gli esiti prefissati;
- **la figura del tutor** è fondamentale in quanto esperto del contesto, delle persone e delle problematiche concernenti l'ambiente di riferimento, nel coordinare l'intervento, nel dialogo con i partecipanti, nel promuovere il cambiamento dei processi formativi. Il tutor, infatti, assolve le seguenti funzioni:
 - a) PEDAGOGICA in quanto istruttore, facilitatore, moderatore - animatore;
 - b) SOCIALE in quanto garante di un clima positivo ispirato alla fiducia reciproca, mediatore e facilitatore nelle relazioni interpersonali e nella soluzione dei conflitti;
 - c) MANAGERIALE dal momento che pianifica le procedure, cura la scansione dei tempi e l'elaborazione dei rapporti di attività.

Il tutor del gruppo, inoltre, coordina e sintetizza, alla fine di ogni incontro, le criticità emerse e le soluzioni proposte per poi restituirle al gruppo nell'incontro successivo; predispone, infine, la documentazione conclusiva delle attività e risponde alla committenza del lavoro eseguito.

Alla luce delle riflessioni di cui sopra, si può ritenere che la formazione sul campo sia una delle metodologie formative più utili per favorire l'apprendimento dei professionisti in quanto:

- favorisce la socializzazione delle persone che pur lavorando nello stesso ambito molte volte non si conoscono;
- favorisce un clima adatto all'apprendimento (collaborazione fra pari, stesso obiettivo, contesto non giudicante in cui ognuno è valorizzato per le proprie conoscenze e competenze)
- utilizza percorsi esperienziali per la costruzione di un risultato nuovo, ma condiviso, cui tutti gli attori impegnati attribuiscono, lo stesso senso e lo stesso significato, alla presenza del tutor permette la funzione di coordinamento ed è garanzia del risultato nei confronti della committenza (servizio)

Riferimenti bibliografici

¹Regione Emilia Romagna

2003 *L'accreditamento delle attività di formazione sul campo nei programmi di educazione continua in medicina*, Marzo 2003 sul sito: <http://ecm.regione.emilia-romagna.it/>

²Azienda USL di Parma

2007 *Le attività di formazione del Dipartimento di Sanità Pubblica anno 2007*, a cura dell'Ufficio Formazione Dipartimentale – Documento interno –

³Knowles, M.

1997 *Quando l'adulto impara. Pedagogia ed Andragogia*, Milano, Franco Angeli

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Avezzu Serena
Ente di appartenenza	Azienda USL di Parma – Dipartimento di Sanità Pubblica –
Luogo e CAP	Parma - 43100
Via/C.so/P.zza	Via Vasari, 13
Tel.	0521/396204 Fax 0521/396413
E – Mail	savezzu@ausl.pr.it

La sicurezza nella scuola: costruzione di criteri omogenei e procedure integrate fra i servizi: un percorso di FSC del dipartimento di Sanità Pubblica dell'Ausl di Parma

S. Avezzù, G. Pirondi

Dipartimento di Sanità Pubblica – Azienda USL di Parma

Abstract

Il Dipartimento di Sanità Pubblica di Parma, ha avvertito l'esigenza di effettuare un percorso formativo di costruzione di procedure integrate che diventassero condivise e omogenee in tutto il territorio provinciale per gli aspetti attinenti agli aspetti di igiene, sicurezza e promozione della salute in ambito scolastico con alcuni gruppi di lavoro che hanno realizzato dei prodotti (schede, griglie, ecc.) che si sono sperimentati. I professionisti hanno apprezzato la metodologia formativa (peer groups in ambito lavorativo).

Il Dipartimento di Sanità Pubblica di Parma nell'ambito della sua riorganizzazione complessiva, per il passaggio da unità distrettuali ad un unico ambito provinciale, ha avvertito la necessità di effettuare un percorso formativo di costruzione di procedure integrate che diventassero condivise e omogenee in tutti i territori distrettuali, per gli aspetti di igiene, sicurezza e promozione della salute in ambito scolastico. Le attività, che sono svolte nell'arco di alcuni mesi, hanno visto impegnati cinque gruppi di lavoro che si sono rispettivamente occupati di:

- Ambiti strutturali
- Servizi e strutture per l'infanzia (0 – 6 anni)
- Sicurezza ed Igiene del Lavoro in ambito scolastico (Applicazione del DLGs. vo n. 626/94)
- Profilassi delle Malattie Infettive
- Igiene e Sicurezza degli Alimenti in ambito scolastico

I gruppi di lavoro erano multidisciplinari e vedevano professionisti ed operatori provenienti dai vari territori della provincia. Ogni gruppo era formato da 5/6 operatori ed era guidato da un tutor che svolgeva funzioni di coordinamento e di interfaccia con gli altri tutor per tutte le problematiche che sono risultate trasversali a più gruppi. I gruppi hanno lavorato in presenza (6/8 incontri) e a distanza (tramite e-mail). Inoltre sono stati effettuati alcuni incontri solo con i tutor per valutare il lavoro svolto e organizzare il lavoro successivo. Ogni gruppo ha realizzato dei prodotti. Si è trattato di schede, di griglie di lavoro, di facsimile di lettere, di depliant illustrativi, ecc. Il gruppo sicurezza ed igiene del lavoro ha inoltre predisposto e poi attuato i corsi di formazione per i RSPP in ambito scolastico, così come previsto dal D.lg. n. 626/94.

Prima di iniziare il percorso formativo lo stesso è stato presentato a tutti gli operatori del Dipartimento interessati e una giornata informativa è stata realizzata anche al termine della costruzione dei prodotti, per la loro presentazione, prima della sperimentazione degli stessi che è iniziata nel settembre 2007 e si concluderà nel giugno del 2008.

Si è trattato di uno strumento di sviluppo formativo e professionale: infatti ha permesso a professionisti di servizi diversi di conoscere e sperimentare altri punti di vista e di collaborare alla costruzione di prodotti comuni.

Il personale ha conosciuto anche modalità diverse di rapportarsi con il contesto interno e poi esterno (la scuola). I professionisti hanno apprezzato sia la possibilità di conoscere altri punti di vista su materie affini, di coglierne le differenze, ma soprattutto hanno apprezzato la metodologia formativa (*peer groups* in ambito lavorativo). Si sono potuti omogeneizzare criteri e procedure in tutto il territorio aziendale.

La costruzione dei prodotti concreti con la scelta di indicatori per la valutazione del prodotto stesso ha permesso di conoscere nella fase sperimentale se il prodotto è stato costruito validamente e

permetterà di conoscere altresì al momento dell'applicazione l'impatto verso il contesto esterno e gli eventuali esiti in ambito scolastico.

I prodotti si sono monitorati in fase di sperimentazione: ogni prodotto ha tempi di monitoraggio diverso per un periodo complessivo di 9 mesi di sperimentazione (anno scolastico) e sulla base dei risultati ottenuti si costruiranno gli indicatori necessari per la futura applicazione dopo che i prodotti stessi saranno approvati in sede Aziendale.

In un incontro dello scorso 1 aprile, nella quale sono stati presentati tutti i percorsi intrapresi nell'anno 2007 con la metodologia di formazione sul campo, è stato fatto il punto della sperimentazione dei prodotti costruiti da questi gruppi di lavoro, da cui sono risultate alcune criticità (l'utilizzo dei nuovi materiali prodotti richiede un tempo dedicato, e non un tempo residuale, come può essere avvenuto; cambio di funzioni o di servizio, per alcune figure professionali che avevano partecipato al lavoro di formazione e la loro impossibilità a partecipare alla fase sperimentale; si sono ancora evidenziate difformità nell'utilizzo dei prodotti nei vari territori non sui contenuti condivisi e omogeneamente interpretati, ma sul diverso grado e momento di utilizzo legato alla differenza di programmazione dell'attività e dei compiti dei servizi e degli operatori coinvolti) ma a livello regionale sono state predisposte linee strategiche che hanno utilizzato anche i prodotti realizzati in alcuni gruppi (Sicurezza ed Igiene nella scuola e Igiene e Sicurezza degli Alimenti in ambito scolastico) e la loro applicazione avverrà a livello dell'intero territorio regionale secondo le indicazioni dell'Assessorato Regionale Politiche della Salute.

Questo progetto è stato presentato nel Premio Basile edizione 2007 ed ha ottenuto una "segnalazione di eccellenza".

La sicurezza nella scuola: Costruzione di criteri omogenei e procedure integrate tra i servizi

Amministrazione: Ausl di Panna

Ufficio: Dipartimento di Sanità Pubblica

Durata: 19 mesi **Avvio:** 01/06/2006 **Termine:** 30/12/2007

Investimento: 5.000.00 €

150 Destinatari così ripartiti: 100% Personale interno dell'Amministrazione

Bisogni rilevati

All'interno del Dipartimento di Sanità Pubblica è stata rilevata l'esigenza, visto l'ambito territoriale provinciale di effettuare un percorso condiviso di costruzione di procedure integrate fra i servizi che a vario titolo intervengono per gli aspetti di igiene, sicurezza e promozione della salute in ambito scolastico.

Obiettivi perseguiti

Gli obiettivi che si sono voluti perseguire sono stati pertanto quelli di creare criteri condivisi ed omogenei applicabili in tutto il territorio aziendale (Provincia di Parma) e la costruzione di materiale documentale (definito schede) che permettessero di attuare in ambito scolastico le stesse modalità di intervento relativamente agli aspetti riguardanti:

- Aspetti strutturali
- Servizi e strutture per l'infanzia (da 0 a 6 anni)
- Sicurezza ed Igiene del Lavoro in ambito scolastico (applicazione del D.lg. 626/94)
- Profilassi delle Malattie Infettive
- Igiene e Sicurezza degli alimenti in ambiti scolastici.

Tutto questo scegliendo la metodologia formativa che permetteva l'attivazione di n. 5 gruppi di lavoro multidisciplinari e multi distrettuali (un gruppo per ogni argomento preso in considerazione e formato da 5/6 professionisti). I gruppi di lavoro hanno lavorato in presenza (6/8 incontri per gruppo) e a distanza (tramite e-mail). All'inizio e alla fine del percorso formativo si sono tenute due giornate in aula rivolte a tutto il personale del Dipartimento di Sanità Pubblica interessato alla problematica: la I per illustrare il contenuto e le modalità formative, la II per presentare i prodotti realizzati prima della loro sperimentazione.

Punti di forza

Strumento di sviluppo formativo - ha permesso a professionisti di servizi diversi di conoscere e sperimentare altri punti di vista e di collaborare alla costruzione di prodotti comuni.

Coerenza con il sistema organizzativo - si sono potuti omogeneizzare criteri e procedure in tutto il territorio aziendale.

Strumento di sviluppo professionale - il personale ha conosciuto anche modalità diverse di rapportarsi con il contesto interno e poi esterno (la scuola).

Innovatività - soprattutto per la metodologia formativa adottata (formazione sul campo).

Esemplarità - i professionisti hanno apprezzato sia la possibilità di conoscere altri punti vista su materie affini, di coglierne le differenze, ma soprattutto hanno apprezzato la metodologia formativa (*peer groups* in ambito lavorativo) e hanno richiesto di attuarla anche per altri progetti formativi.

Criteri di valutazione dei risultati - la costruzione dei prodotti concreti con la scelta di indicatori per la valutazione del prodotto stesso (indicatori di risultato - caratteristiche di qualità) permetterà di conoscere nella fase sperimentale se il prodotto è stato costruito validamente e permetterà di conoscere altresì al momento della applicazione l'impatto verso il contesto esterno e gli eventuali sviluppi in ambito scolastico.

Strumenti di monitoraggio - si monitoreranno i prodotti in fase di sperimentazione ogni prodotto ha tempi di monitoraggio diverso ma comunque da 1 al mese a 1 ogni 3 mesi per un periodo complessivo di 6 mesi di sperimentazione) e sulla base dei risultati ottenuti si costruiranno indicatori ulteriori per la futura applicazione.

Riproducibilità - è possibile ripetere l'esperienza con altri prodotti in altre Amministrazioni.

Trasferibilità - il modello si basa sulla metodologia oltre che sui contenuti (questi vanno costruiti di volta in volta) e quindi di facile trasferibilità in altri contesti.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Avezzu Serena	
Ente di appartenenza	Azienda USL di Parma – Dipartimento di Sanità Pubblica –	
Luogo e CAP	Parma - 43100	
Via/C.so/P.zza	Via Vasari, 13	
Tel.	0521/396204	Fax 0521/396413
E – Mail	savezzu@ausl.pr.it	

Progetto di Formazione Continua del dipartimento di Anestesia e Rianimazione

Antonella Barbierato

AO ss. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo - Alessandria

Abstract

Nel presente lavoro si descrive l'esperienza in fieri di un progetto per la formazione continua di tutto il personale del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, come risposta strategica all'esigenza di creare in esso una mentalità concretamente "dipartimentale" ed una capacità pratica di operare non più solo sulla singola unità operativa, ma in modo trasversale sull'intero Dipartimento, unita alla volontà di creare un ambiente che favorisca nei professionisti la produzione di cultura, mediante la riflessione sul proprio operato, il confronto con gli standard, la condivisione.

"Se è vero che l'attività di formazione, a stretto rigore di logica, va concepita come un fatto di pedagogia degli adulti, è altrettanto vero che, ricondotta concretamente nell'organizzazione da cui è promossa, diviene contemporaneamente un fatto di strategia aziendale, di investimenti e di politica del personale. In tal modo essa diventa parte di una serie di azioni tendenti al miglioramento globale del funzionamento dell'organizzazione, ed in quanto tale, strumento per il suo sviluppo."^[1]

La riflessione all'origine del nostro progetto può essere riassunta in questa citazione di Quaglino: formazione che è pedagogia degli adulti, con tutto ciò che implica, ma che è anche strategia aziendale, insieme ad altre azioni, per migliorare il funzionamento di un'organizzazione e favorirne lo sviluppo. Nella nostra realtà si sono manifestate tre opportunità:

- la creazione del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, che ha subito evidenziato potenzialità e criticità insite nell'aver riunito realtà sconosciute (3 rianimazioni di cui 1 pediatrica, non abituate a dialogare, 3 blocchi operatori, anch'essi con tradizioni di gestione proprie), ma con in comune il fatto di operare nello stesso settore, l'area critica, e quindi di gestire gli stessi processi organizzativi ed assistenziali;
- la possibilità, che nella nostra Azienda è ormai diventata norma, di manifestare i bisogni formativi che concretamente ci caratterizzano (ogni anno è richiesto ai vari Dipartimenti di svolgere un'analisi dei bisogni di formazione, in ampia autonomia, così da tenerne conto nella stesura del Piano di Formazione Aziendale, questo allo scopo di realizzare un Piano di Formazione che risponda realmente alle attese dei destinatari);
- l'accordo Stato-Regioni, che consente di concretizzare la formazione sul campo.

È nato un "progetto di formazione continua per il Dipartimento", che proprio progetto si vuole chiamare, in virtù del suo significato etimologico di "portare avanti", e non solo indagine dei bisogni di formazione. L'indagine rimane insita nel progetto, ne costituisce l'ossatura, la base da cui partire per realizzare un piano formativo di sviluppo professionale, individuale ed organizzativo, e vuole concretizzare l'intenzione, già esplicita nel mandato aziendale, di conoscere veramente il punto di vista di chi è cliente effettivo della formazione, gli operatori stessi.

"Se gli individui vengono sollecitati a riflettere e a sentirsi ascoltati rispetto ai propri bisogni formativi, potranno percepirsi ugualmente partecipi sia prima del corso di formazione, (nella formulazione degli indirizzi) che dopo, in quanto destinatari dell'azione che essi stessi hanno contribuito a sollecitare."^[2]

In virtù del numero di persone operanti nel Dipartimento, circa 200 tra infermieri, medici ed operatori di supporto, la scelta della tecnica di indagine è caduta sul focus group.

"...come spiega il suo nome (più o meno: intervista focalizzata di gruppo) il focus viene utilizzato, in prevalenza, per descrivere la natura e le dimensioni principali di un'unica questione, o di un limitato numero di problemi o concetti comunque correlati.

La gestione del gruppo avviene, a cura del facilitatore, seguendo una scaletta di argomenti che stimola il gruppo a riflettere in maniera approfondita sul tema proposto, e favorendo, di fatto, il confronto

diretto fra punti di vista diversi.....scopo del focus group è far emergere le principali dimensioni del problema, enuclearne le principali direzioni, componenti e ragioni. Non importa se le riflessioni emergono in maniera un po' sovradimensionata, quello che importa veramente è che emergano tutte".^[3]

L'analisi dei bisogni formativi così condotta può già dirsi essa stessa "formazione" in quanto favorisce la riflessione sul proprio operato, sui punti di forza e sulle criticità, e la successiva messa in comune della propria riflessione in un piccolo gruppo in cui sono presenti operatori di tutte le tipologie professionali. I risultati che ne deriveranno aiuteranno a costruire un piano di formazione continua, mirato alle effettive richieste degli attori del processo assistenziale.

In parallelo, si sta costruendo un percorso di inserimento del personale neoassunto, tarato sulle esigenze del Dipartimento e non più solo sulle singole UO, così da rendere meno utopistico il pensiero di gestire le persone in maniera trasversale e, di pari passo, rendere possibile al personale l'eventuale scelta tra le diverse opportunità che esso offre. Vuole essere una sorta di selezione del personale che sappia tenere conto delle esigenze di entrambe le parti, organizzazione e professionista. I momenti chiave del percorso di inserimento sono riassumibili in:

1. Riflessione sulla tutorship, e quindi sul processo di accoglienza, informazione, affiancamento, addestramento, trasversalità dell'operare. *"...la tutorship non è necessariamente una persona, un ruolo che deve incarnarsi, è piuttosto una funzione mentale di chi fa formazione, che può essere assunta o può agire in modo latente"*^[4]. Il personale del Dipartimento partecipa ad alcuni incontri nei quali si riflette intorno all'educazione degli adulti, alle tecniche di didattica attiva, alle abilità relazionali, alla valutazione, alla tutorship, così da creare i presupposti per costruire anche solo in minima parte, nel tempo, un ambiente che favorisca l'apprendimento, l'orientamento, l'accoglienza, il cambiamento. Tutto ciò anche in considerazione del fatto che nel Dipartimento accogliamo quotidianamente gli studenti infermieri ed i medici specializzandi.
2. Preparazione ed utilizzo di pacchetti di autoapprendimento su argomenti (attualmente 8) individuati come rilevanti e comuni alle diverse realtà operative del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione. Gli argomenti attualmente trattati sono:
 - a) il monitoraggio del paziente di area critica (affidato ad un gruppo della CCH TI)
 - b) rudimenti sull'EGA (affidato ad un gruppo della CCH TI)
 - c) Stabilizzazione del paziente instabile (affidato ad un gruppo della TI generale)
 - d) rudimenti VAM (affidato ad un gruppo della TI generale)
 - e) broncoscopia (affidato ad un gruppo della TI generale)
 - f) la gestione delle vie aeree (affidato ad un gruppo del Blocco Operatorio)
 - g) la gestione del paziente stabile (affidato ad un gruppo del Blocco Operatorio)
 - h) il trasporto del paziente critico (affidato ad un gruppo del Blocco Operatorio)

"Un pacchetto di autoapprendimento è un documento che comprende un insieme di indicazioni che permettono al discente di raggiungere uno o più obiettivi educativi a prescindere dalla presenza dell'insegnante. Grazie a tali pacchetti, il discente può essere responsabile di una gran parte della formazione, mentre l'insegnante rimane a disposizione in caso di bisogno".^[5]

Piccoli gruppi si sono organizzati, ciascuno prendendo in esame uno degli argomenti, ed hanno preparato filmati ed elaborato materiale didattico da consegnare ai nuovi assunti ed agli affiancatori. Il materiale è frutto di riflessione su quello che attualmente si fa nella nostra realtà, confrontato con quello che l'EBM consiglia, pertanto diventa formazione anche per i gruppi di lavoro stessi, e per l'intero Dipartimento, e si prefigge lo scopo di rendere la formazione del neoassunto meno dipendente dall'esperienza soggettiva dell'affiancatore, bensì standardizzata e validata secondo le migliori pratiche. Anziché uno strumento di valutazione formativa, nel pacchetto è previsto un incontro di riflessione sugli argomenti durante il quale i neoassunti, gli affiancatori ed il gruppo che ha preparato il pacchetto di autoapprendimento discuteranno insieme punti di forza e criticità del materiale e del metodo, e si procederà ad una prima valutazione dell'apprendimento.

3. Utilizzo delle Griglie di valutazione delle competenze e requisiti necessari per l'inserimento del personale. Tali griglie sono specifiche per ogni UO e per ogni figura professionale, ed hanno lo scopo di rendere più obiettiva la valutazione del nuovo assunto, nonché la valutazione che esso deve poter fare di se stesso. Questa parte del progetto si avvale della collaborazione con il Servizio Infermieristico che da tempo ha predisposto ed implementato un percorso di addestramento specifico per il personale da inserire nelle sale operatorie. Dato importante, la valutazione è

considerato un elemento di criticità in quanto dal suo corretto utilizzo ne deriva certamente motivazione e sviluppo. La valutazione è sia in itinere, e quindi formativa, sia certificativa, al termine del percorso, per stabilire che:

- a) il neoassunto viene inserito stabilmente nell'unità operativa ove si è svolto il processo
- b) viene prolungato o ripetuto il periodo di inserimento
- c) il neoassunto viene destinato ad altra unità operativa.

Poiché "la valutazione è un processo continuo, si fonda su criteri, va elaborata in comune, misura il comportamento dei discenti, l'efficacia degli insegnanti e la qualità del programma"^[6], le griglie sono gli strumenti che misurano il raggiungimento di obiettivi, elaborati in comune, definiti sulla base di criteri, tradotti in comportamenti. Ma non risolvono tutto il processo della valutazione. Pertanto gli incontri di valutazione del neoassunto sono in realtà anche occasione di feedback dello stesso sul processo di tutorship cui ha partecipato insieme al tutor e a tutto il gruppo di lavoro, al quale viene restituita la riflessione durante le riunioni di reparto. L'intero progetto è dalla sua nascita continuamente in revisione poiché è stato più volte rielaborato e modificato sulla base di riflessioni delle persone che stanno partecipando alla sua messa in opera (valutazione in itinere), ed è sempre alta l'attenzione a far sì che le ricadute organizzative ed educative siano la vera concreta guida per ogni sua taratura.

Riferimenti bibliografici

³Bezzi, C.

2005 *Il disegno della ricerca valutativa*, Franco Angeli, Milano

²Bochicchio, F., Ciccarelli, C. e Grassi, F.

Analisi dei bisogni di formazione, COINFO studi e ricerche, Celid

⁵⁻⁶Guilbert, J. J.

Guida pedagogica per il personale sanitario, OMS

⁴Zannini, L.

1990 *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Guerini Scientifica. Citazione da Mottana, P.

¹Zannini, L.

1996 *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Guerini Scientifica. Citazione da Quaglino, G. P.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Barbierato Antonella	
Ente di appartenenza	ASL Alessandria - Dipartimento di Anestesia e Rianimazione	
Luogo e CAP	Alessandria - 15100	
Via/C.so/P.zza	Viale Milite Ignoto, 180	
Tel.	0131/206679	
E – Mail	mocolino@libero.it e anbarbierato@ospedale.al.it	Cell. 338/2666752

Progetto sviluppo conoscenze e competenze Infermieri Nefrologia e Dialisi

L. Bardone, S. Selinunte, L. Pezza, C. Bonfatti, M. Grosso

Coordinatore infermieristico Nefrologia e Dialisi ASL 12 Biella; Infermiera Nefrologia e Dialisi ASL 12 Biella;
Coordinatore infermieristico Vice Presidente Collegio IPASVI Biella

Abstract

In Nefrologia e Dialisi dal 1999 i coordinatori propongono di sviluppare le competenze, attraverso la metodologia dei gruppi di lavoro. Gruppi composti da infermieri che trattano argomenti che sono di particolare interesse per l'attività svolta e che sono bisognosi di approfondimento. Questo contributo propone una metodologia operativa su come individuare, prospettare condividere con il gruppo di lavoro il miglioramento delle pratiche assistenziali e eventualmente utilizzare lo stesso metodo per produrre "formazione sul campo".

Generalmente il percorso di sviluppo delle professioni passa attraverso la formazione continua, l'esperienza, la ricerca. Per la professione infermieristica lo sviluppo delle competenze è ben descritto negli articoli:

- 1 punto 4 del D.M. 739/94 profilo professionale dell'infermiere: "*l'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca*"
- nel codice deontologico del 1999 *norme generali* al punto 3.1: "*l'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica*".
- nei rapporti professionali con i colleghi e altri operatori al punto 5.1: "*l'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'équipe. Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali.*"

Note Organizzative

Gli argomenti trattati devono essere considerati concreti e di interesse per l'attività svolta nella struttura ad esempio:

- Accoglienza al paziente
- Rilevazione ed analisi dell'evento avverso
- Gestione delle lesioni e relative medicazioni
- Revisione di procedure
- Gestione del dolore
- Inserimento nuovo operatore, tutor studenti

Metodologia

Lavori di gruppo

- Attribuire percorsi di studio dell'argomento scelto, al massimo a 2-3 componenti della propria équipe. Uno dei componenti deve essere referente del gruppo.
È consigliabile utilizzare come referenti gli operatori che hanno frequentato corsi specifici ed avanzati sui temi di studio, (lesioni, tutor, metodologia della ricerca) e sono diventati esperti.
- Programmare i tempi di continuità dello studio (scadenze ben definite)
- Mantenere documentato il percorso metodologico
- Organizzare almeno una riunione al mese con il coordinatore per fare il punto sulla progressione del mandato del gruppo
- Raccogliere documentazione di interesse dello studio

- Ricercare le migliori evidenze
- Condividere con i medici alcune criticità assistenziali
- Presentare i risultati
- Condividere periodicamente con tutto il gruppo professionale ed i clinici i risultati raggiunti
- Sarà cura del coordinatore mantenere collegamenti con tutti i referenti dei gruppi di lavoro
- Mantenere aggiornate e valutate le applicazioni scelte

Risorse

- Il direttore e coordinatore di struttura hanno ruolo di coordinamento e di supervisione dei gruppi
- Personale della struttura (medici, infermieri, OSS, ecc.)
- Locali per riunioni e studio
- Letteratura accreditata
- Linee guida già presenti in struttura e azienda
- Internet e intranet
- Personal computer

Stakeholder

Nello svolgimento di questo processo di sviluppo e continuo miglioramento delle attività è necessario utilizzare tutte quelle risorse che l'organizzazione ha al suo interno ed in particolare:

- gli esperti clinici e/o ricercatori
- il servizio infermieristico
- l'ufficio qualità
- l'ufficio relazioni con il pubblico

Tempi di realizzazione del progetto

A seconda degli argomenti scelti il tempo può andare da tre mesi ad un anno, non è consigliabile prolungare i tempi a dismisura perché si snatura l'obiettivo del progetto. Altresì lo sviluppo della qualità non ha limiti di tempo.

Esperienza

Nel prospetto sono riportati i dati di come un gruppo ha operato su un argomento studiato descrivendo: obiettivi, numero di infermieri coinvolti, tappe, tempi e risultati ottenuti.

Gruppo	Revisione procedure e protocolli	Infermieri = 4
Obiettivo	Revisione procedura "gestione e medicazione CVC temporanei e permanenti per dialisi"	
Periodo di studio	Mesi tre	Febbraio - Aprile

Modalità di studio	Tappe	Tempo	Infermieri	Responsabili/tutor
Riunione	Insedimento gruppo e definizione compiti	2 ore	4	Direttore di struttura Coordinatore infermieristico
Lavoro di gruppo	Ricerca letteratura internazionale, linee guida, evidenze	10 ore	4	Direttore di struttura Coordinatore infermieristico
Lavoro di gruppo	Analisi dei dati raccolti dalla letteratura	10 ore	4	Direttore di struttura Coordinatore infermieristico
Lavoro di gruppo	Strutturare stesura/revisione procedura derivante dall'analisi dei dati	3 ore	4	Direttore di struttura Coordinatore infermieristico
Riunione	Confronto con medici di struttura per condivisione procedura	3 ore	4	Direttore di struttura Coordinatore infermieristico
Riunione plenaria	comunicare/condividere la nuova procedura con tutti gli operatori della struttura	2 ore	4	Direttore di struttura Coordinatore infermieristico
Riunione di valutazione	Dopo un mese, verifica che la procedura sia applicata da tutti gli operatori	2 ore	4	Direttore di struttura Coordinatore infermieristico
Totale 32 ore				

Risultati

Revisione, stesura e applicazione procedura "gestione e medicazione CVC temporanei e permanenti per dialisi". Tutte le fasi sono documentate da:

registrazione degli incontri/riunioni

presenza del materiale di studio

stesura della procedura

Discussione e Conclusioni

Questa metodologia utilizzata per lo sviluppo delle competenze in nefrologia e dialisi ha messo in evidenza punti di forza e criticità che di seguito vengono descritti sinteticamente:

Punti di forza

Gli argomenti sono considerati concreti e di interesse per l'attività svolta, perché toccano temi della pratica quotidiana e si sente l'esigenza di un comportamento comune per dare risposte adeguate alle richieste o ai bisogni dei pazienti.

L'approfondimento del tema si è concretizzato con l'applicazione di procedure e la composizione di guide di utilizzo. Le linee guida e le procedure indirizzano l'operatore nella pratica pur lasciando lo spazio per un approccio individuale dell'assistenza.

Si ricercano ed applicano le migliori evidenze e buone pratiche. Questo metodo non solo permette garanzie di assistenza validata da evidenze e buone pratiche perciò offre maggiore sicurezza ai pazienti, inoltre rende più facile verificare le tappe nella valutazione degli esiti dell'assistenza praticata.

Si applicano check list nelle normali attività. Questo approccio organizzativo permette la verifica costante di molti atti assistenziali, ma è anche utile nell'approvvigionamento del materiale, dei farmaci, nel controllo delle scadenze e del corretto uso e manutenzione della strumentazione.

Si raccolgono, conservano e si diffondono a tutti gli infermieri i materiali di studio e approfondimento, permettendo ad ogni operatore di utilizzare i materiali nei tempi e nelle modalità che ognuno ritiene più opportune, durante il lavoro, le pause a casa. Poiché la documentazione diventa presto obsoleta, è con il costante approfondimento che si alimenta lo studio continuo, in questo modo si acquisiscono materiali di studio aggiornati.

Alcuni infermieri hanno frequentato corsi specifici ed avanzati sui temi di studio, lesioni, tutor, metodologia della ricerca e sono diventati esperti. Le conoscenze, le esperienze e abilità acquisite da infermieri sono risorse che tutto il gruppo utilizza diventando gli esperti facilitatori di apprendimento del gruppo.

Si condividono con i medici alcune criticità assistenziali. Si discute in piccole riunioni tra medici e infermieri per condividere i problemi e trovare soluzioni adeguate.

È incentivato l'uso del computer per la raccolta e l'analisi dei dati. Inserire dati nella rete informatica di struttura permette un approccio al computer anche a chi ha poca dimestichezza con il mezzo. Nella nostra esperienza questo ha motivato alcuni infermieri ad imparare l'uso del PC, facilitato anche dall'aiuto di colleghi molto esperti in informatica. Alcuni materiali sono disponibili nella rete informatica della struttura pertanto sono utilizzabili da tutti

Criticità

Difficoltà nel fare riunioni per discutere metodologie di lavoro e distribuzione dei compiti. È difficile far coincidere le esigenze di studio con le esigenze personali, questo è spiegato in parte dalla numerosa presenza nel gruppo di giovani donne con figli piccoli, inoltre la complessità dei trattamenti, la critica condizione di alcuni pazienti e lo svolgere la dialisi anche in altri reparti (rianimazione e cardiologia) spesso non permette di mantenere gli appuntamenti presi per le riunioni.

Alcuni componenti si aggregano a un gruppo senza avere un vero stimolo allo studio e progressione del lavoro, ma solo per esserci. Non partecipare a nessun gruppo di lavoro alcune volte viene vissuto come un'esclusione dall'intero gruppo professionale.

Solo alcuni componenti hanno interesse verso lo sviluppo del tema da approfondire, pertanto lavorano da soli, perché seguono un loro percorso, incentivato magari da maggiore disponibilità di tempo pertanto poco condivisibile con altri.

Difficile trovare momenti di studio, confronto e riflessione durante il lavoro sia per motivi organizzativi (una persona per camera che non può lasciare la postazione) sia nella difficoltà di far coincidere nei turni le persone appartenenti lo stesso gruppo di studio. Inoltre non sempre è possibile utilizzare lo straordinario per le riunioni sia per motivi organizzativi che personali.

La documentazione di approfondimento viene messa a disposizione quasi solo dal coordinatore che ha più possibilità (per ragioni di tempo e di mobilità) di accedere a internet e alle banche dati.

Difficile condividere con i medici alcune problematiche assistenziali. Talvolta i medici non considerano problemi clinici aspetti dell'assistenza che invece coinvolgono fortemente gli infermieri perché costantemente vicino ai pazienti ad esempio, intolleranza ai tempi della dialisi, gestione dei pazienti confusi, ecc.

Considerati i punti di forza e le criticità, si può ritenere che questa esperienza abbia avuto un buon esito sullo sviluppo delle conoscenze e competenze dell'intero gruppo di infermieri, ed in particolare su alcuni.

Come evidenziato nella premessa la professione infermieristica ha il dovere di sviluppare le proprie conoscenze e competenze, pertanto si può supporre che questo metodo se ben utilizzato e reso dinamico, possa dare buoni risultati alla qualità delle prestazioni rese ai pazienti e alla soddisfazione professionale degli infermieri. Altresì, questo metodo se opportunamente codificato e formalizzato potrebbe definirsi "formazione sul campo"

Riferimenti bibliografici

Comitato Centrale Federazione Ipasvi
2004 *La storia nascosta*

D.M. 739/94
1995 *Profilo professionale dell'infermiere*

Federazione IPASVI
1999 *Codice deontologico*, Roma

Forti, D. e Masella, F.
2004 *Lavorare per progetti*, Raffaello Cortina editore

Guilbert, J. J.
2002 *Guida Pedagogica per il personale sanitario*, Quarta edizione OMS, pubblicazione offset n. 35

Moiset, C., Vanzetta, M. e Vallicella F.
2003 *Misurare l'assistenza, un modello di sistema informativo della performance infermieristica*, McGraw-Hill

Quaglino, G. P., Casagrande, S. e Castellano, A.
1993 *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*, Raffaello Cortina Editore

Rotondi, P. e Saggin, A.
2003 *Persona e organizzazione*, McGraw-Hill

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Bardone Lorenzo
Ente di appartenenza	Coordinatore infermieristico Nefrologia e Dialisi ASL Biella
Luogo e CAP	Lessona (BI) - 13853
Via/C.so/P.zza	Via Valle Dell'Acqua Edis, 16
Tel.	015/981431
E – Mail	lorenzo.bardone@asl12.piemonte.it

Web Lectura - Formazione sul Campo on line: strumento di interazione tra professionisti

Chiara Beggi, Salvatore De Franco, Itala Rossi, Lidia Scalabrini

Servizio Formazione Innovazione Clinica e Biblioteca – Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, Servizio Affari Istituzionali, Legali e Comunicazione – Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia

Abstract

*Il progetto **Web Lectura** nasce dalla volontà di avvicinare i professionisti alle pubblicazioni scientifiche, in una prospettiva formativa innovativa, proponendo un percorso di autoformazione guidata attraverso: la lettura di articoli scientifici, l'analisi critica e rielaborazione di quanto letto, la discussione di casi clinici all'interno di gruppi interprofessionali ed interdipartimentali – interaziendali. La metodologia didattica attraverso il web si è rivelata uno strumento molto flessibile alle esigenze lavorative dei professionisti ed ha permesso loro di far coincidere il momento formativo con il momento clinico - diagnostico.*

Introduzione

L'osservazione dei risultati dell'apprendimento correlato alla attività lavorativa ha allargato il campo di progettazione di nuove modalità di formazione "fuori dall'aula". Tra queste una tipologia di formazione emergente è l'apprendimento sul luogo di lavoro, attraverso processi e pratiche spesso di autoformazione e formazione guidata (Formazione sul Campo). L'autoformazione coniuga lavoro e apprendimento in un unico punto spazio-temporale, nei momenti ritenuti più opportuni in modo che, quando scatta il desiderio, il bisogno, l'opportunità e la motivazione ad apprendere, essa possa trovare subito tutto ciò che le occorre. In sanità, soprattutto fra coloro che operano in contesti caratterizzati da un rapido mutamento del sapere e delle tecnologie, l'autoformazione rappresenta una strategia fondamentale per attivare nei professionisti processi di riflessione sul proprio agire. Nell'autoformazione la responsabilità dell'apprendimento è del singolo, all'azienda rimane il compito di mettere a disposizione dei propri professionisti risorse, strumenti e opportunità per apprendere.

Il progetto **Web Lectura** è promosso dal **Servizio Formazione Innovazione Clinica e Biblioteca dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia**; nasce dalla volontà di avvicinare i professionisti alle pubblicazioni scientifiche, in una prospettiva formativa innovativa.

Web Lectura propone un percorso, on line, di autoformazione guidata attraverso:

- la lettura di articoli scientifici,
- l'analisi critica e rielaborazione di quanto letto,
- la discussione di casi clinici all'interno di gruppi interprofessionali, interdipartimentali, interaziendali.

La formazione attraverso la lettura e l'analisi critica degli articoli delle riviste scientifiche rappresenta una novità tra le offerte formative per l'Educazione Continua in Medicina (ECM).

Attori

Questa nuova metodologia prevede diverse figure:

- un tutor scientifico, un tutor didattico, un tutor tecnico, i partecipanti.

Nell'ambito delle attività di formazione il **tutor scientifico** fornisce assistenza nei confronti dei partecipanti in particolare:

- individua e propone gli articoli scientifici da sottoporre alla discussione dei partecipanti,
- attiva e coordina il forum di discussione al fine di sviluppare nei professionisti processi di riflessione ed elaborazione di quanto letto,
- elabora schede di autovalutazione finale al fine di sviluppare competenze di autovalutazione dell'apprendimento,
- creare sinergie e comunità di pratica tra i partecipanti, con lo scopo di promuovere la costante riflessione critica sui processi di innovazione in Sanità.
- al termine del progetto, il tutor scientifico raccoglie le schede compilate dai partecipanti ed elabora per ogni partecipante un report riassuntivo da inviare al tutor didattico per l'attribuzione dei crediti ECM (da 3 a 15 crediti in relazione al n° di interventi al forum, n° articoli letti e n° risposte date).

Nell'ambito dell'attività di formazione il **tutor didattico** individua e propone all'interno dell'azienda gli ambiti dove poter applicare questa nuova metodologia. Ha il compito di accreditare il progetto formativo alla Commissione Regionale ECM; individua i criteri di aggiudicazione dei crediti ECM in collaborazione con il tutor scientifico. Supporta l'attività del tutor scientifico invitando i partecipanti ad intervenire nel forum e nella compilazione della scheda.

L'**e-tutor tecnologico** progetta e realizza lo spazio intranet/extranet dove i partecipanti si ritrovano per condividere articoli scientifici, discutere di casi clinici e possano all'interno dei forum tematici. La progettazione avviene collegialmente con il tutor scientifico e didattico sulla base delle esigenze dei singoli gruppi. Il tutor tecnico fornisce supporto e assistenza tecnologica all'attività del gruppo.

I **partecipanti**, in base al progetto, possono coinvolgere:

- l'intera unità operativa di appartenenza,
- professionisti dell'azienda S. Maria Nuova e dell'Azienda USL di altre discipline interessate all'argomento trattato

Alcuni dei gruppi di web lectura sono nati dall'esperienza di gruppi multidisciplinari preesistenti che in modo integrato gestiscono i percorsi diagnostico-terapeutici di patologie rilevanti, al fine di garantire al paziente un percorso omogeneo, EBM ed attento al miglioramento della qualità clinico-assistenziale.

Impianto metodologico

I partecipanti avranno a disposizione sulla intranet aziendale uno spazio riservato dove potranno:

- ritrovare gli articoli che ricevono via e-mail,
- creare dei focus groups tematici,
- compilare a fine lettura la scheda di esercizi di autovalutazione che sarà restituita automaticamente al tutor per l'elaborazione del report finale.

Le esperienze

L'impianto didattico e metodologico è stato proposto all'interno dell'azienda a maggio 2007 e ad oggi possiamo riportare l'esperienza attiva in 6 eventi formativi sul campo web based.

Le prime esperienze avviate sono state **Web Lectura Cardiologia** e **Web Lectura Radiologia**.

Entrambi i progetti sono stati proposti in via sperimentale dal tutor didattico a due professionisti medici dell'azienda (tutor scientifici) scelti tra coloro che avevano maturato un'esperienza nel campo della Evidence Based Medicine. Sono gruppi interdipartimentali che hanno sviluppato l'obiettivo con percorsi differenti:

- **Web Lectura Cardiologia** fornisce strumenti critici di lettura degli articoli scientifici indipendentemente dalla ricaduta scientifica della lettura sulla propria disciplina di appartenenza,
- **Web Lectura Radiologia** individua casi clinici da discutere in modo collegiale con il supporto dalle migliori evidenze scientifiche.

Dopo queste due prime esperienze, a novembre 2007 è nata l'esigenza del **Gruppo Interdisciplinare di Osteoncologia** di gestire in modo multidisciplinare il trattamento delle metastasi ossee e delle lesioni ossee da mieloma e fornire un secondo parere per ridurre o trattare nel miglior modo le complicanze, al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti. La peculiarità del gruppo è quella di poter discutere e ragionare sul miglior approccio diagnostico-terapeutico attraverso gli strumenti informatici a disposizione: la intranet per la discussione e il sistema Pacs e i Data Warehouse dell'Azienda Ospedaliera e dell'AUSL per la visualizzazione degli esami e dell'imaging del malato. Attraverso la intranet qualsiasi professionista dell'azienda può attivare la discussione e l'eventuale presa in carico di un paziente attraverso la compilazione di un modulo strutturato. Successivamente viene attivata la discussione ed entro 24-36 ore viene fornita una risposta con proposta terapeutica al medico richiedente.

Il progetto "**web lectura**" in **neonatologia** nasce principalmente dalla necessità di accreditare la struttura di Neonatologia; a tal fine i professionisti sono chiamati a rivedere, modificare e aggiornare le procedure assistenziali.

Questo presuppone l'esame della letteratura scientifica inerente alla neonatologia.

Il materiale, reso disponibile ai professionisti attraverso web lectura, è corredato da una scheda di valutazione che permette a ciascuno di poter giudicarne la rilevanza e/o trasferibilità nella pratica clinica. Allo stesso tempo, insieme al forum di discussione, diventa strumento per attribuire una valenza formativa all'attività svolta.

Web Lectura in Fisica Sanitaria, creato nel 2008, nasce con l'intento dichiarato di individuare e condividere tutti quegli articoli che ogni singolo professionista operante all'interno del Servizio di Fisica Sanitaria ha ritenuto più significativi ed innovativi nei vari settori di interesse (Diagnostica per immagini, Medicina Nucleare, Radioprotezione, Radioterapia, Tecnologie innovative), stimolando al contempo la lettura e l'analisi critica anche attraverso l'area forum prevista in questo spazio.

Attualmente è in corso la progettazione del **Laboratorio di Lettura**: il gruppo interaziendale (ASMN e AUSL) è costituito da 8 tutor (*infermieri, fisioterapisti, tecnici di radiologia*), da 3 guide di tirocinio (*1 per ogni corso di laurea*) e 1 tutor ostetrica. Il percorso ha i seguenti gli obiettivi:

- Formare/istruire un gruppo di professionisti alla ricerca, interpretazione e valutazione di un articolo scientifico ai fini del loro contesto operativo.
- Formare persone in grado di dare supporto sia agli studenti che agli operatori della U.O. d'appartenenza (*nella ricerca e nella lettura critica*).

L'esperienza di questo primo anno ci permette di sostenere che l'applicazione della formazione sul web, pur rappresentando una metodologia non ancora diffusa per la formazione al lavoro nella sanità ha visto evolvere rapidamente gli ambiti di applicazione e di conseguenza esplorare e sperimentare diverse esigenze formative.

La metodologia didattica attraverso il web si è rivelata uno strumento molto flessibile alle esigenze lavorative dei professionisti ed ha permesso loro di far coincidere il momento formativo con il momento clinico-diagnostico.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Beggi Chiara
Ente di appartenenza	Servizio Formazione Innovazione Clinica e Biblioteca dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia
Luogo e CAP	Quattro Castella (Reggio Emilia) - 42020
Via/C.so/P.zza	Via San Francesco 6/3
Tel.	0522/295947
E – Mail	chiara.beggi@asmn.re.it

La Formazione oltre l'aula: Esperienze sul Campo

Elena Caffarena e Cristina Andreoletti

Consulenti formatori Praxi S.p.A. – Organizzazione e Consulenza delle sedi di Torino e Milano

Abstract

Benché la Formazione Sul Campo sia connaturata con la formazione alle professioni sanitarie, il dibattito oggi è ampiamente aperto, in particolare sul tema della definizione dei requisiti di accreditamento ECM. Nell'articolo si intende fornire un contributo concreto, tratto dalla nostra esperienza operativa, volto a fornire al dibattito alcuni spunti di riflessione finalizzati a definire una formazione sul campo efficace.

Alcune domande intorno alla formazione sul campo

Il Maestro che compie con gli allievi il giro letti dei pazienti rappresenta nell'immaginario collettivo il percorso di apprendimento sul campo tipico delle professioni sanitarie. Un'immagine di formazione sul campo, il celebre quadro di Rembrandt "Lezione di anatomia", è il simbolo stesso dell'Educazione Continua in Medicina.

La formazione sul campo rappresenta, in effetti, una risposta efficace per saldare la formazione alla pratica professionale, creando una vera situazione/opportunità di trasferibilità diretta delle acquisizioni (conoscenze, competenze, pratiche lavorative), e per arginare le problematiche della motivazione all'apprendimento, partendo direttamente da situazioni reali e concrete.

Perché allora la formazione sul campo, benché connaturata al percorso formativo delle professioni sanitarie fin dalle sue origini e foriera di ampio vantaggio di trasferibilità rispetto alla formazione in aula o al convegno, assume maggior rilevanza nello scenario ECM molti anni dopo la sua nascita?

L'accREDITamento ECM si basa sulla definizione di una serie di parametri, a partire dai quali è possibile effettuare una valutazione del progetto formativo. Nel caso della formazione sul campo la difficoltà della regolamentazione nasce dalla difficoltà di giungere ad una sua definizione puntuale dando risposta definitiva ad una domanda chiave: cosa distingue la formazione sul campo dall'apprendimento che si realizza in tutto l'arco della vita (lifelong learning) e in ogni luogo della vita (lifewide learning)?

Le specificità della formazione sul campo: una possibile risposta

La nostra possibilità di dare una risposta a queste domande è determinata non tanto da una base teorica di ricerca, quanto piuttosto dall'esperienza maturata in progetti che abbiamo sviluppato a favore di aziende sanitarie, enti e aziende private nel corso degli anni. Nel tempo abbiamo maturato l'opinione che la formazione sul campo si distingua dall'apprendimento casuale, generato nel corso dell'esperienza quotidiana, dalla presenza contestuale di tre requisiti fondamentali:

- a) È il prodotto di un **processo formativo specifico**
- b) Prevede **momenti di capitalizzazione delle competenze**
- c) Necessita di una **guida esperta**

La formazione sul campo può inoltre essere distinta in due macrotipologie in relazione alle caratteristiche dei discenti che determinano una differente modalità attuativa delle tre caratteristiche:

- **Apprendimento individuale** (stage, tirocinio, addestramento)
- **Apprendimento di gruppo** (gruppi di miglioramento, progetti di ricerca, commissioni per la stesura di protocolli e linee guida, audit clinici, ecc..).

a. Un processo formativo specifico

La formazione sul campo è il prodotto di un processo formativo specifico, di tipo intenzionale, cioè che nasce in risposta a bisogni identificabili e che va pianificato secondo modalità e fasi definite, secondo un percorso logico e ragionevolmente prevedibile. Potremmo aggiungere che la formazione sul campo non sottostà ad un unico processo, ma ad almeno due processi differenti in ragione delle due macrotipologie, **formazione individuale e di gruppo**.

In un recente intervento a favore di un'azienda sanitaria del nord ovest, ci è stato chiesto di collaborare a definire, anche a partire dalle best practice nazionali, i processi formativi interni per la

formazione sul campo. A seguito dell'analisi, abbiamo definito alcune caratteristiche specifiche dei processi che sviluppano l'apprendimento sul campo individuale e di gruppo.

Per quanto riguarda il processo di **FSC individuale** si deve tener conto che è la modalità di formazione con il più **elevato grado di personalizzazione** e le fasi del processo sono caratterizzate da alcune specificità:

- all'analisi dei bisogni è affidato il compito di individuare il gap tra il livello di competenze possedute dal discente e quello auspicato dall'organizzazione. È preliminare quindi definire il livello di competenza atteso dal profilo della posizione che la persona deve andare a ricoprire e quindi valutare il livello posseduto individualmente in relazione alle competenze attese;
- gli obiettivi di apprendimento sono determinati in base al livello delle competenze attese espresse in termini di livello di autonomia da raggiungere con il percorso formativo;
- la progettazione si basa sulla definizione di attività progressive, via via più complesse, e del tempo necessario a giungere al livello di autonomia definito negli obiettivi.

È evidente da queste specificità che la formazione sul campo individuale non può che essere affidata a persone con un'elevata conoscenza del contenuto delle competenze da trasmettere al discente.

Definire un processo di **FSC di gruppo** significa impostare un processo logico-razionale che segua i criteri del problem solving. Le fasi del processo si caratterizzano per analisi dei bisogni da realizzarsi a partire da una diagnosi organizzativa, individuando i problemi a livello di organizzazione, unità funzionale o processo di lavoro. Segue poi la definizione di obiettivi di risultato, del metodo di lavoro e delle persone che andranno a comporre il gruppo di lavoro. L'obiettivo principale del gruppo sarà la ricerca di una soluzione al problema diagnosticato, mentre l'apprendimento delle persone sarà un prodotto collaterale, secondario di tale processo. Tale modalità di apprendimento risulta particolarmente efficiente in termini di riduzione del tempo e delle risorse investite. Se un lavoro di gruppo sul campo diventerà un momento di formazione dipende dalla previsione, in fase di progettazione, di momenti di consolidamento delle competenze.

b. Momenti di capitalizzazione delle competenze

Nella formazione sul campo il momento dell'apprendimento non può essere completamente distinto dalla prestazione lavorativa. Il soggetto in formazione è inserito nell'ambiente reale e gli viene chiesto di realizzare un compito lavorativo insieme ad altri, di trovare la soluzione ad un problema organizzativo, di affrontare una situazione professionale.

La persona impara facendo (learning by doing) e dal confronto con colleghi più esperti (learning by sharing), ma affinché vi sia un reale apprendimento da parte del discente è però necessario che all'acquisizione di nuove competenze o di aggiornamento di competenze pre-esistenti segua un momento di capitalizzazione finalizzato al consolidamento delle competenze acquisite.

La riappropriazione e il consolidamento si ottiene attraverso una riorganizzazione cognitiva operata dal soggetto. Nella formazione sul campo, questi momenti di capitalizzazione portano ad ulteriori vantaggi: miglioramento del clima, condivisione di valori, crescita della motivazione individuale.

Esistono forti differenze negli strumenti e nelle metodologie che si possono utilizzare. L'efficacia dei momenti di consolidamento dipende in grande misura dalla preparazione della "guida" che supporta l'individuo o il gruppo nel percorso di apprendimento.

c. Guida esperta

La formazione sul campo necessita della presenza di una guida esperta in grado di presidiare il processo formativo e valorizzare i momenti di consolidamento delle competenze. Vi è però una differenza significativa tra l'expertise richiesta per guidare l'apprendimento di singoli individui e quello necessario per guidare gruppi verso la soluzione di problemi organizzativi.

Nel primo caso, la guida deve essere esperta dei contenuti formativi da apprendere, del processo di apprendimento e di andragogia. È questo il caso di tutor o mentori che, adeguatamente formati, si prendono in carico i colleghi che devono essere formati.

Nel secondo caso, essendo il ruolo di responsabile scientifico del progetto un ruolo fortemente orientato a produrre un risultato organizzativo, la funzione di guida/facilitatore dell'apprendimento può essere affidata ad un altro attore organizzativo, esperto del metodo di lavoro e delle modalità di apprendimento. Nella formazione sul campo di gruppo il ruolo di facilitatore può essere affidato ad una persona esterna all'organizzazione, con una specifica formazione nella gestione di gruppi (gruppi di miglioramento, gruppi di ricerca, comitati per la redazione di protocolli e linee guida, ...).

La nostra esperienza didattica, maturata in decine di progetti, che ci vede sempre più spesso coinvolti in interventi di formazione di formatori interni, di tutor e di responsabili che sviluppano le competenze dei collaboratori con il coaching. Formare i formatori sul campo significa, oltre che mettere a

disposizione tutte le conoscenze relative al processo formativo e all'andragogia, dedicare sempre più tempo alla costituzione di una buona capacità dei formatori di gestire i momenti di capitalizzazione delle competenze dei loro futuri discenti. La difficoltà maggiore viene riscontrata, in particolare, nel caso dell'apprendimento in gruppo, dove il facilitatore non è favorito da un rapporto di dipendenza che si genera tipicamente, quando il formatore è l'esperto della materia; diventa determinante, quindi, condividere con il gruppo in formazione, fin dall'inizio degli incontri, oltre agli obiettivi dell'attività, anche gli obiettivi dell'apprendimento; stipulando uno specifico "patto d'aula".

Tabella 1. Le principali differenze applicative dei tre requisiti della formazione sul campo in relazione ad una sua applicazione sull'apprendimento individuale o in gruppo

	Apprendimento individuale	Apprendimento in gruppo
Processo formativo	Analisi dei bisogni individuali Progettazione come definizione delle attività progressive	Analisi dei bisogni organizzativi Scelta dei partecipanti
Momenti di capitalizzazione delle competenze	Feedback individuali e rielaborazioni	Metodo Feedback rivolti alla vita produttiva e sociale del gruppo Feedback e accompagnamento del singolo
Guida esperta	Esperto di contenuti e di apprendimento	Responsabile scientifico Esperto di apprendimento

Le prospettive future

La formazione sul campo come formazione ECM è un grande passo avanti nel riconoscimento dei processi di apprendimento reali dei professionisti della sanità. Il rischio che si corre è quello di generare una deriva secondo la quale ogni momento della vita lavorativa - una riunione in reparto, un colloquio fra capo e collaboratore, la compilazione della cartella clinica - possa essere accreditata come attività di formazione. Se potessimo collaborare a stabilire i requisiti per discriminare l'esperienza quotidiana dalla formazione sul campo, indicheremmo i seguenti fattori determinanti: la volontarietà dell'apprendimento, la presenza di una pianificazione, la definizione di obiettivi specifici e di una progettazione, la previsione nell'erogazione di momenti di riappropriazione, la guida del processo di apprendimento in capo ad un formatore esperto del processo e delle tecniche didattiche specifiche.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Caffarena Elena	
Ente di appartenenza	PRAXI SPA – Organizzazione e Consulenza divisione Formazione e Sviluppo (sede di Torino)	
Luogo e CAP	TORINO - 10125	
Via/C.so/P.zza	C.so Vittorio Emanuele II, 3	
Tel.	011/6560	Fax 011/6502182
E – Mail	elena.caffarena@praxi.com	Cell. 338/4495609

La Formazione della Tutorship Clinica: elaborazione di un percorso di integrazione tra Università e Setting clinico

Elena Cantone, Federica Ilari

Infermiere tutor pedagogico, Dottore in infermieristica tutor pedagogico presso ASL di Biella, Corso di Laurea in Infermieristica, Univ. "A. Avogadro" Novara

Abstract

Nella sede del Corso di Laurea in Infermieristica di Biella da anni è attuato un piano formativo ideato e condotto dal Coordinatore e dai tutor pedagogici con l'obiettivo di integrare l'indirizzo formativo universitario e quello clinico-ospedaliero locale. In anni successivi sono stati attuati due corsi di tutorship clinica livello base ed uno avanzato. Nel 2008 proseguirà un corso base. Per il 2009 è in progettazione l'implementazione del percorso con la realizzazione di un corso di approfondimento di livello avanzato, della durata di un anno calato nella realtà clinico-operativa.

Introduzione

Il piano di studio del Corso di Laurea di I livello in Infermieristica consta di un percorso triennale professionalizzante teorico e di esperienza clinica.

Le figure che intervengono nel percorso formativo sono il docente, il tutor pedagogico ed il tutor clinico.

Il tutor pedagogico è un'infermiere esperto in formazione con competenze pedagogiche specifiche che gli consentono di gestire una relazione educativa sia con il singolo studente sia con il gruppo, egli ha la responsabilità di sostenere, stimolare e facilitare lo studente nel suo percorso di sviluppo personale e professionale attraverso un'analisi delle risorse individuali. Il tutor pedagogico è colui che accompagnando lo studente durante tutto il triennio ha la visione globale del percorso teorico-pratico, in quest'ottica si colloca come il garante della continuità e della coerenza degli obiettivi e, quindi, esplica funzione di traite union tra la realtà universitaria e quella ospedaliera.

Il tutor clinico è un infermiere che svolge attività tutoriale durante il proprio orario di servizio nell'unità operativa di appartenenza. Egli ha la funzione di orientare, organizzare l'esperienza clinica, promuovere lo sviluppo delle abilità tecniche, controllare e valutare lo studente durante il percorso clinico formativo ed integrarlo nel gruppo di lavoro^[1].

Nasce l'esigenza di una condivisione di valori e metodi tra tutor pedagogici e tutor clinici, contesto universitario e clinico. Nella sede formativa di Biella la strategia scelta per raggiungere tale obiettivo è stata ed è l'ideazione ed attuazione di un percorso di formazione specifico e continuo condotto dal Coordinatore del Corso di Laurea e dai tutor pedagogici.

La formazione della tutorship clinica

L'esigenza della realizzazione dei primi corsi di tutorship clinica di base derivava dalla necessità di fornire conoscenze teoriche minime in ambito pedagogico al fine di uniformare il linguaggio tra tutorato pedagogico e clinico superando la tradizionale separazione tra teoria e pratica.

Si rendeva altresì necessario definire il ruolo del tutor clinico, che nella realtà ospedaliera biellese nasceva come nuova figura individuata tra gli infermieri clinici esperti delle diverse unità operative.

Nei contenuti venivano trattate le competenze specifiche rispetto alla relazione con i colleghi, con gli studenti e il tutor pedagogico, alle capacità nell'uso degli strumenti didattici quali il contratto formativo, il progetto formativo e la scheda di valutazione dello studente. Il procedimento didattico utilizzato si avvaleva di lezioni frontali e lezioni partecipative che adottavano il metodo dell'apprendimento basato sull'esperienza già propria dell'infermiere in quanto figura deputata da sempre a seguire gli studenti.

Successivamente ai corsi base emergeva la necessità di uniformare il metodo utilizzato dai tutor clinici rispetto alle fasi del processo formativo clinico appreso in teoria e messo in atto durante l'accoglienza, il briefing e debriefing e la valutazione.

In questa fase si rendeva necessario evidenziare le criticità, emerse nella pratica, al fine di autocorreggersi, pertanto venivano utilizzati metodi quali il role-playing, la simulazione di casi reali attraverso l'ausilio di supporti didattici audiovisivi. I discenti venivano ripresi durante la messa in scena delle varie fasi, come l'accoglienza o la valutazione dello studente, e successivamente durante la riproduzione dei filmati evidenziavano autonomamente i punti di forza da implementare e i punti di debolezza sui quali intervenire.

Altro obiettivo del corso avanzato era la riformulazione degli strumenti didattici, precedentemente strutturati dai tutor pedagogici, sulla base delle esigenze e criticità emerse durante la fase di attuazione clinica. Ne derivava che tutti gli strumenti dovessero essere condivisi nel loro risultato sintetico in quanto utili per l'analisi e la valutazione della progressiva costruzione delle competenze professionali del singolo studente^[2].

Per il 2008 è previsto un corso di tutorship livello base indirizzato ai tutor clinici di nuova nomina con la finalità di uniformare la loro preparazione.

Progetto di implementazione della formazione tutoriale clinica per l'anno 2009

Nell'anno in corso il Coordinatore del Corso di Laurea e noi tutor pedagogici stiamo lavorando alla progettazione di un corso di formazione indirizzato ai tutor clinici esperti.

La necessità di dare continuità al percorso di aggiornamento emerge, come bisogno formativo, dal complesso rapporto di collaborazione e confronto tra tutor pedagogici e clinici attraverso le riunioni periodiche, i colloqui informali inerenti scambi di informazioni su studenti e percorsi e la partecipazione dei tutor clinici agli esami di tirocinio.

I dati significativi, che emergono da questo scambio, e i conseguenti bisogni formati risiedono nella necessità di calare l'appreso teorico, sommato all'esperienza individuale fatta nel corso dei tirocini, nelle realtà operative approfondendo le competenze sul campo con un sistema di tutorato che ne garantisca una similitudine ed equità di applicazione del metodo stesso, con una formazione interattiva protratta nel tempo.

La formazione clinico-universitaria, come risultanza di metodi applicati attraverso strumenti che vengono sperimentati e rivisti nelle proprie criticità al fine di rispondere a tutte le esigenze, è in continua evoluzione. A livello Universitario i tutor pedagogici delle cinque sedi del Corso di Laurea in Infermieristica "Amedeo Avogadro" hanno formulato come strumento valutativo del tirocinio una scheda nuova. Nata dal confronto tra le diverse realtà (Novara, Biella, Alessandria, Alba e Verbania), dall'esigenza di unificare il metodo valutativo di tutti gli studenti e dal bisogno stesso di confronto tra tutor pedagogici per accrescere l'esperienza unendola alle nuove tendenze espresse in letteratura, richiede un percorso di avvicinamento e sperimentazione monitorato.

L'obiettivo generale che si pone il progetto è quello di implementare le competenze della rete di tutor clinici, formati ed operanti, dell'ASL di Biella. Nello specifico si cercherà di rendere autonomi, seguendo il criterio dell'uniformità, tutti i tutor clinici nel percorso di monitoraggio del tirocinio dello studente utilizzando nuovi metodi e strumenti.

Il metodo utilizzato che permetterà il raggiungimento dell'obiettivo sarà l'apprendimento partecipativo^[3]. Saranno previsti brevi incontri d'aula per gli approfondimenti teorici e gli scambi d'esperienza ma, per la maggior parte del tempo, la formazione si svilupperà all'interno delle unità operative, dove, nella realtà verranno affrontati tutti i momenti formativi professionalizzanti degli studenti con la partecipazione attiva del tutor clinico e la supervisione del tutor pedagogico.

Ogni incontro sarà pianificato e condotto successivamente ad un'accurata raccolta dati dalla quale emergeranno le peculiarità stesse di quell'unità operativa che diverranno la risorsa basilare per il raggiungimento delle competenze attese, da progetto formativo, per lo studente.

Si utilizzeranno metodologie finalizzate all'apprendimento quali incontri di briefing e debriefing, discussione in gruppo dei casi clinici, strutturazione del primo incontro di accoglienza, accompagnamento dello studente all'apprendimento tecnico-clinico, i successivi incontri di confronto valutativo-formativo e il momento finale della valutazione.

In tutto il percorso il tutor pedagogico avrà un ruolo di facilitatore, sarà presente in tutte le fasi.

Il progetto, essendo complesso ed innovativo rispetto ai precedenti, si articolerà su tutta la durata dell'anno accademico.

Riferimenti bibliografici

³Benner, P.

2003 *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*, Milano, McGraw-Hill

²Eulogio, C., De Ruvo, A., Ilari, F. e Zorzi, N.

2006 *Sperimentazione didattica di un sistema tutoriale nei Corsi di Laurea in Infermieristica*. Nursing Oggi, Luglio-Settembre, 3: 24-31

¹Trevisiol, G.

2002 *Il tutor dei processi formativi. Ruoli, competenze, formazione*, Milano, Franco Angeli

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Cantone Elena	
Ente di appartenenza	ASL BI	
Luogo e CAP	Biella - 13900	
Via/C.so/P.zza	Via Caraccio, 5	
Tel.	015/8409333	
E – Mail	elena.cantone@infermieribiella.it	Cell. 320/6826099

L'arte di Affiancare

Alberto Corcos

Consulente in Valdani Vicari & Associati

Abstract

La competenza dell'affiancamento, o coaching, è una caratteristica distintiva della leadership, ma soprattutto costituisce una leva per lo sviluppo personale e professionale dei collaboratori, e per la trasformazione graduale di un'organizzazione burocratica in una altamente qualitativa oltre che produttiva. L'affiancamento individuale è allo stesso tempo un processo ed un modo di relazione. Il processo programmato e realizzato con il collaboratore, prevede dieci passi indispensabili. La relazione fra il coach ed il collaboratore, tuttavia, è ancora più importante e richiede al primo una tensione verso l'ascolto, la responsabilizzazione, la motivazione del secondo. In questo modo le tecniche ed i processi trovano un supporto adeguato per generare nuove conoscenze e competenze.

L'arte di affiancare (coaching)

L'attività d'affiancamento è il primo livello di formazione personalizzata ed a basso costo, che un'organizzazione predispone per i suoi nuovi assunti. L'affiancamento è rivolto sia a chi ha già l'esperienza, ma è nuovo nell'organizzazione; allora è necessario informarlo sulle procedure e sulle figure di riferimento. Oppure si tratta addirittura di "insegnare il mestiere" ad una persona alla sua prima esperienza o in fase di crescita.

Una definizione formale d'affiancamento è la seguente: *un processo in cui un individuo, il coach, attraverso discussioni dirette ed attività guidate, aiuta un altro collega ad apprendere come risolvere i problemi o svolgere le proprie attività meglio di come farebbe operando da solo.*^[2]

Chi affianca un collaboratore, dunque, deve essere una persona **capace**, ma non obbligatoriamente un responsabile od il diretto superiore. Si usa la parola inglese "*coach*"¹ comunemente inteso come *allenatore*, nel senso di una persona **competente**, uno specialista, anche di pari grado, che **sa insegnare** al collega le sue abilità, le tecniche, le conoscenze di un ruolo, **in una relazione continua di sostegno alla sua crescita professionale**. L'affiancamento sul campo assume alcune tipologie e ciò dipende tanto dagli scopi e dal numero delle persone da coinvolgere, quanto dal ruolo di chi lo conduce (allenatore, coach, facilitatore, ecc.)^[3]. Nel linguaggio comune e in azienda parliamo spesso in modo intercambiabile di affiancamento, mentoring, coaching individuale, oppure di coaching di gruppo, collaborative coaching e peer coaching. Tuttavia nella pratica è utile fare delle distinzioni metodologiche fra queste tipologie (in merito alle quali non entreremo adesso), poiché ciascuna di esse è ottimizzata per specifici scopi e con processi ad hoc.

Affiancamento e crescita professionale

Il coaching, come definito qui, spesso anticipa se non addirittura sostituisce un programma di formazione, specialmente se c'è una sola persona da formare.

In un'organizzazione professionale l'affiancamento, purché programmato e realizzato in modo sistematico, può costituire uno dei fattori di maggiore motivazione e fidelizzazione verso l'organizzazione stessa, mentre per l'individuo che lo riceve questa condizione è un fattore di maggiore impegno. A maggior ragione, quanto più l'attività da svolgere si richiama al senso di responsabilità ed è richiesta una prestazione di qualità, tanto più è necessario un affiancamento svolto con professionalità. La Tabella 1, riassume i fattori di cambiamento culturale e comportamentale di chi vuole fare affiancamenti professionali, trasformando il ruolo di responsabile ("capo") gerarchico, tipico delle organizzazioni burocratiche e di matrice paternalistica, al modello di leader in affiancamento di matrice manageriale. Cambiare non è certo facile, specialmente se, dopo tutto, le cose non sembrano andare poi così male; tuttavia la ricerca dimostra che è indispensabile farlo se si vuole che l'affiancamento dia dei risultati:

¹ Questa parola significa originariamente "cocchio, carrozza" e la persona che vi lavora è il cocchiere, o guida.

Tab. 1 – Caratteristiche del processo di affiancamento

STADI	CHE COSA <i>FACILITA</i> IL PROCESSO	CHE COSA <i>OSTACOLA</i> IL PROCESSO
DALL'IMMAGINE NEGATIVA DI SÉ ALL'AUTOSTIMA	Rafforzare il collaboratore nei suoi punti forti Dare feedback sui comportamenti e non sulla sfera personale	Intervenire criticamente sugli aspetti della personalità Enfatizzare solo i punti di debolezza
DALLA DIPENDENZA ALL'AUTONOMIA	Lasciare effettuare al collaboratore delle proprie scelte ponderate Incoraggiare l'espressione di idee nuove e non conformiste	Il "capo" Impone le proprie soluzioni Il "capo" fornisce le proprie soluzioni Il "capo" soffoca le proposte con troppe obiezioni o procedure
DALL'IGNORANZA ALLA COMPRESIONE	Discutere ipotesi generali per spiegare una determinata situazione Incoraggiare il feedback sui suoi comportamenti	Attribuire eccessivo peso al fare e alla pratica, a discapito degli aspetti teorici Attuare un feedback solo con finalità punitiva
DALL'EGOISMO ALLA COLLABORAZIONE	Stimolare l'interazione arricchendola con altre aree di competenza Incoraggiare quanto può migliorare il lavoro <i>degli</i> altri e <i>con</i> gli altri	Premiare i soli risultati individuali Adottare una gestione "divide et impera" Ridurre le riunioni ad una serie di scambi individuali o ad un'arena di competizione
DAL BISOGNO DI CERTEZZE ALLA ACCETTAZIONE DEL NUOVO	Favorire ipotesi di possibili azioni alternative Appoggiare il collaboratore nell'affrontare rischi e situazioni con risultati incerti	Bloccare la persona alla prima idea di soluzione che propone Rimarcare l'esperienza: impossibile agire se non si sono presi in considerazione "tutti" i fattori in gioco.
DALLE ABILITÀ GENERICHE AD ABILITÀ SPECIFICHE	Creare le condizioni per esercitare il problem solving o nuove abilità	Limitare l'ambito d'azione del collaboratore solo ai compiti che sa già svolgere bene

Le caratteristiche di un coach professionale

Per dare sostanza a questa importante funzione manageriale, occorre che il coach tenga dei precisi comportamenti e curi uno stile di comunicazione coerente con questo ruolo. Occorre dunque sviluppare delle caratteristiche personali che, se non sono già spontanee, possono essere migliorate con l'autoformazione ed un esercizio pressoché quotidiano.

Elenchiamo di seguito, a titolo di esempio, le principali abilità necessarie per svolgere questa attività. Queste sono le **competenze di base del coach** che rappresentano altrettante importanti aree di formazione manageriale su cui un'organizzazione dovrebbe investire^[4]:

- Assertività ed autenticità
- Abilità di ascolto attivo
- Empatia: riconoscimento degli stati d'animo
- Sospendere e differire i giudizi
- Fare domande aperte
- Comprendere e stimolare le motivazioni altrui
- Apprendere
- Espressione verbale
- Delegare
- Gestire il tempo
- Valutare le prestazioni
- Definire standard operativi ed obiettivi
- Dimostrare una tecnica, un metodo

Come si vede, la comunicazione interpersonale diventa un aspetto preponderante, nelle sue varie declinazioni; ciò determina la capacità di comprendere e comunicare sul piano emotivo, *prima ancora* che sul piano cognitivo e pragmatico. Questa abilità generale, nota come intelligenza socio-emotiva, può essere sviluppata e messa in gioco per migliorare l'ambiente di lavoro, sotto il profilo ecologico ed economico.

Le dieci fasi dell'affiancamento

L'affiancamento è dunque uno dei possibili metodi di addestramento e formazione; come per tutte le altre attività organizzative, esso *si attua con delle regole codificate* che rappresentano delle strade sicure, *spesso anche delle "scorciatoie"* per giungere al risultato della crescita professionale. Ecco di seguito le fasi con cui realizzare l'affiancamento:

- 1) *Identificare/creare le opportunità di crescita di ogni collaboratore per stimolarlo professionalmente (casi adeguati alle competenze, gestione delle relazioni con utenti particolari, ecc.)*
- 2) *Identificare le risorse necessarie per quel caso (Es: informazioni, supporti tecnici, un "budget" di tempo adeguato)*
- 3) *Creare il clima adatto, attraverso una relazione che lasci spazio ad un confronto aperto, alla gratificazione degli sforzi oltre che dei risultati, all'ascolto*
- 4) *Sviluppare una **relazione di supporto e d'influenza** rinunciando per questo ad un rapporto prevalentemente di autorità*
- 5) *Stabilire traguardi e obiettivi col collaboratore*
- 6) *Concordare con il collaboratore **un programma di attività esplicito (cosa ci si attende da lui/lei)***
- 7) *Tenere sotto controllo il lavoro del collaboratore **mentre procede***
- 8) *Assicurare un **aiuto** se necessario o richiesto*
- 9) *Rivedere i **progressi** ed il **processo** di formazione in momenti pianificati*
- 10) ***Dare conferma** delle nuove competenze acquisite (Feedback positivo)*

Nelle organizzazioni nelle quali non ci siano politiche esplicite per lo sviluppo delle competenze delle proprie risorse umane, l'affiancamento resta l'unica oggettiva occasione di formazione professionale, ma raramente questa attività viene concepita al vertice come leva di vero e proprio sviluppo.

Essa viene lasciata all'iniziativa dei responsabili di area/reparto e dunque viene gestita in maniera disomogenea. Sotto il profilo gestionale, quando l'organizzazione più che delegare, *scarica* sul responsabile l'attività di affiancamento formativo, quasi fosse un capitolo privato fra questi ed i collaboratori, significa che interessano soprattutto i dati quantitativi ed il "rispetto delle regole", in altri termini si affidano al caso i propri obiettivi di efficacia e qualità di servizi e prestazioni.

Per questo è particolarmente vero che **quando un'area o reparto si conquistano una buona reputazione presso gli utenti, frequentemente troviamo un responsabile che li pilota da vero leader**. Ciò accade in base al fatto che quel responsabile possiede la leadership, *indipendentemente* dall'organizzazione in cui opera.

L'affiancamento è ancora oggi **una zona franca di prestazione organizzativa** dove ciascuno, in genere, fa del proprio meglio, col proprio buon senso, ma non di meno eredita un **ritardo culturale** dal proprio supervisore, con i suoi - ed i propri - difetti. **Paradossalmente è proprio l'esperienza a diventare un fattore critico**, se non è associata ad una formazione specifica per le diverse attività di coaching, mentoring ecc. (le quali, ripetiamolo, non sono intercambiabili)

In conclusione, per addestrare un adulto sul lavoro mediante affiancamento, occorrono delle abilità e tecniche precise per saper fare leva sulle motivazioni interne *adulte*. **Un Coach deve poterle conoscere, riconoscere e gestire con intelligenza emotiva**^[5]. L'attività di affiancamento, proprio per l'importanza che riveste nella linea organizzativa, **esige** l'impiego di quelle tecniche. In fin dei conti, soltanto degli affiancamenti ben strutturati, individuali o di gruppo, contribuiranno a garantire all'organizzazione l'efficacia, facendo sì che tutti lavorino al meglio del loro impegno e capacità.

Riferimenti bibliografici

²Corcos, A.

1999 *Affiancare i venditori. Il segreto della leadership in azione*, Franco Angeli, Milano

⁴Corcos, A.

2008 *Leaders' Peer Coaching, un metodo per guidare i cambiamenti, diffondere la leadership e riqualificare i collaboratori over 45*, Franco Angeli, Milano

³Cuomo, S. e al.

2005 *Oltre l'aula: i servizi one-to-one*, Economia&Management, 6

⁵su questo argomento è interessante leggere alcuni "classici":

Egan, G.

1990 *"The Skilled Helper: A systematic approach to effective helping"*. Pacific Grove, California

Goleman, D.

1998 *What Makes a Leader*, in: Harvard Business Review, November-December.

Mezirow, J.

2001 *Apprendimento e Trasformazione*. R. Cortina Ed., Milano.

Salovey, P. e Sluyter, D. J.

1997 (a cura di) *Emotional Development and Emotional Intelligence*, New York: Basic Books.

Spatafora, M.

2005 *La gestione e sviluppo del capitale umano nei processi di cambiamento in banca*, in Alessandrini G. (a cura di), *Formazione e Sviluppo Organizzativo. Scenari e casi aziendali*, Carocci.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Corcos Alberto	
Ente di appartenenza	Studio Dott. Alberto Corcos	
Luogo e CAP	Milano - 20144	
Via/C.so/P.zza	Via California, 19	
Tel.	02/43980092	Fax 178/2747924
E – Mail	studio@corcosconsulting.com	Cell. 335/8109759

La Formazione sul Campo e la ricerca infermieristica

Alberto Dal Molin e Cesarina Prandi

Ufficio Programmazione Organizzazione Sanitaria e Qualità, ASL BI – dottorando di ricerca Università di Firenze,
Associazione Cespi Torino

Abstract

La letteratura internazionale sottolinea l'importanza e l'efficacia della formazione sul campo (FsC) per modificare comportamenti di pratica.

Tra le varie forme di formazione sul campo possiamo ritrovare la partecipazione ad attività di ricerca, che vede, sempre di più un coinvolgimento attivo degli Infermieri. Infatti, anche grazie all'attivazione dei primi dottorati di ricerca in scienze infermieristiche, gli studi in cui risulta un infermiere come promotore sono in aumento.

L'accreditamento dell'attività di ricerca come formazione sul campo ha delle ripercussioni positive non solo nel settore della formazione, ma anche sullo sviluppo della ricerca stessa. Quindi l'elaborazione a livello regionale di criteri per definire come accreditare la ricerca diventa assolutamente utile e necessaria.

Introduzione

La formazione continua in medicina è definita come l'educazione di attività che servono a mantenere, sviluppare, o aumentare le conoscenze, le abilità e le prestazioni.^[1]

La tipologia di formazione maggiormente sviluppata è stata quella residenziale, che vede l'acquisizione di crediti formativi ECM come conseguenza alla partecipazione ad attività formative, quali ad esempio corsi, convegni, conferenze e seminari. Ultimamente si parla sempre più di formazione a distanza (FAD), in cui l'acquisizione di abilità e conoscenze non avviene secondo le modalità residenziali, ma sfrutta lo sviluppo delle tecnologie della comunicazione. Infatti se inizialmente la FAD avveniva attraverso la diffusione di materiali cartacei via posta tradizionale, ora ricorre all'uso di internet (e-learning).

L'esposizione di sole nozioni teoriche, anche in modo attivo e coinvolgente, non sono in grado di garantire un efficace apprendimento dei discenti, che si ritiene possa essere meglio realizzato grazie al ricorso a esercitazioni e casi. La modifica dei comportamenti professionali, orientati al rinnovamento continuo, alla coerenza con i bisogni di salute espressi dalla popolazione, sono tra gli obiettivi più ambiziosi e difficili da realizzare e la sola formazione tradizionale difficilmente ne garantisce il raggiungimento.^[2]

Una tipologia di formazione continua è la formazione sul campo (FsC), cui sostegno dell'efficacia vi sono evidenze scientifiche che ne riconoscono la capacità di modificare comportamenti di pratica.^[3] Le forme di formazione sul campo che possono vedere gli infermieri e tutti gli altri operatori sanitari coinvolti possono essere:

- i tirocini;
- gli stage;
- gli audit clinici;
- la partecipazione a gruppi di lavoro per la revisione di procedure o linee guida;
- la partecipazione ad attività di ricerca.

In una revisione sistematica della Cochrane Collaboration viene sottolineata l'efficacia della formazione sul campo. Infatti gli autori concludono l'analisi affermando che i gruppi di lavoro interattivi sono in grado di modificare la pratica clinica, mentre le sessioni solamente didattiche non sono in grado di modificare la pratica professionale.^[4]

L'importante crescita della professione infermieristica, vede gli infermieri sempre di più impegnati in attività di ricerca con l'obiettivo di sviluppare la disciplina e di migliorare la pratica clinica – assistenziale.

I ruoli ricoperti dagli infermieri nei progetti di ricerca variano da responsabile scientifico a compilatore delle schede di osservazione. L'istituzione da parte di alcuni Atenei Universitari dei dottorati di ricerca in Scienze Infermieristiche ha contribuito a implementare la presenza degli infermieri negli studi di

ricerca, che sempre di più li vede non solo come compilatori di schede, ma anche come ideatori, responsabili o referenti di centri in studi multicentrici.

Il fatto di partecipare ad un progetto di ricerca implica:

- lo studio individuale della tematica;
- la condivisione;
- lo studio collettivo;
- l'analisi del protocollo di ricerca o la sua predisposizione;
- la conduzione diretta dello studio;
- la diffusione dei risultati e l'applicazione pratica nella routine.

Anche la sola raccolta dei dati impone una continua e particolare riflessione. Il doversi confrontare con il paziente durante la richiesta di consenso alla partecipazione implica analisi e considerazioni importanti, che riguardano l'aspetto etico, organizzativo e assistenziale.

La stesura del protocollo impone l'interrogarsi su problemi assistenziali che vengono teorizzati, anche per mezzo dell'analisi della letteratura internazionale con la consultazione di banche dati, ad esempio relativamente a tempi, metodi e strumenti per la raccolta del consenso, la conduzione del colloquio e l'adesione al protocollo di ricerca. La lettura critica di risultati e il loro trasferimento nella pratica clinica – assistenziale sono processi importanti che non possono non essere considerati momenti formativi. È quindi, chiaramente indiscutibile che la partecipazione degli operatori sanitari a studi di ricerca rappresenta una modalità di apprendimento sul campo che si traduce in qualità e in miglioramento delle cure.

Accreditare un progetto di ricerca

Le varie forme di ricerca che possono essere accreditate sono:

- qualitativa/quantitativa: entrambe le tipologie di ricerca potrebbero subire ugual percorso di accreditamento ECM;
- sperimentale/osservazionale: lo studio sperimentale indubbiamente impone maggior attenzione e impegno da parte dei partecipanti rispetto all'osservazionale;
- monocentrico/multicentrico.

Affinché il progetto di ricerca sia accreditato come formazione sul campo, deve superare l'approvazione del comitato etico, come garanzia che la conduzione avviene in conformità ai principi etici espressi dalla Dichiarazione di Helsinki e che rispetta le Good Clinical Practice e le disposizioni normative in materia.

La richiesta di accreditamento deve avvenire ad opera di provider riconosciuto, quindi è indispensabile che il Centro di Coordinamento risulti iscritto al registro dei provider o che lo stesso si avvalga del supporto di quest'ultimo per accreditare il progetto.

In un editoriale di Condorelli et al pubblicato su *Ricerca&Pratica* vengono esplicitati alcuni suggerimenti per l'accREDITAMENTO della ricerca.

Secondo quanto sostenuto dagli autori i crediti ECM assegnati devono essere diversi a seconda della tipologia dello studio, valorizzando la prospettività e la randomizzazione.^[5]

Classe	Tipologia di studio	Crediti
1	Sperimentale randomizzato	25
2	Sperimentale non randomizzato, osservazionale prospettico	23
3	Osservazionale retrospettivo o di prevalenza	20

Tratta da M. Condorelli: *L'accREDITAMENTO formativo dei progetti di ricerca*

Altro momento formativo caratteristico dei progetti di ricerca sono gli Investigator Meeting, che potrebbero essere accreditati separatamente o insieme al progetto come parte integrante. Il ruolo svolto dai singoli professionisti nello studio può essere molto variabile, quindi è forse necessario riconoscere un numero di crediti ECM diverso a seconda del ruolo svolto.

Conclusioni

La formazione sul campo è una componente essenziale dei processi ECM e si ritiene l'accREDITAMENTO dei percorsi di ricerca importante e fondamentale. L'accREDITAMENTO della ricerca avrà ripercussioni positive non solo nel settore della formazione, ma stimolerà gli infermieri e gli altri operatori sanitari a

partecipare attivamente a gruppi di ricerca, contribuendo allo sviluppo della ricerca stessa, ottenendo così un aumento dell'impatto sulla pratica.

A livello Regionale sarebbe necessario definire linee di indirizzo per accreditare i percorsi di ricerca. Allargare la possibilità di accreditamento eventi diversi rispetto alla tradizionale formazione significa, aumentare e incentivare attività che sul piano dell'impatto formativo e soprattutto del miglioramento organizzativo, si ritengono potenti e responsabilizzanti.^[6]

Inoltre lo stimolo all'accREDITAMENTO dei percorsi di ricerca viene anche sancito a livello legislativo con il D. Legislativo n. 229 del 1999, in cui al comma 2 dell'articolo 16-bis recita: "la formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione... a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo...".^[7]

Riferimenti bibliografici

¹Agency for Healthcare Research and Quality

2007 *Effectiveness of Continuing Medical Education*

²Castagna, M.

2002 *Progettare la formazione – guida metodologica per la progettazione del lavoro in aula*, Franco Angeli Edizione, Milano

⁵Condorelli, M., Cuccurullo, F., Garattini, S. et al.

2003 *L'accREDITAMENTO formativo dei progetti di ricerca*. Ricerca e Pratica, 19: 225 – 9;

³Davis, A. et al

1999 *Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes?* J Am Med Ass, 282: 867 – 74

⁷Decreto legislativo 229

1999 *Articolo 16-bis comma 2*, 19 Giugno.

⁴O'Brien, M. A., Freemantle, N., Oxman, A., Wolf, F., Davis, D. e Herrin, J.

2001 *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes – The Cochrane Collaboration*

⁶Saiani, L., Palese, A. e Benaglio, C.

2004 *Per una formazione ECM "oltre l'aula"* Assistenza Infermieristica e Ricerca, 23: 2 – 4;

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Dal Molin Alberto	
Ente di appartenenza	ASL BI	
Luogo e CAP	Biella - 13900	
Via/C.so/P.zza	Via Marconi, 23	
Tel.	015/3503266	
E – Mail	alberto.dalmolin@asl12.piemonte.it	Cell. 339/6362941

L'organizzazione che apprende: il Coaching

Francesca De Marchi

Tirocinante presso la Struttura Complessa Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane - ASL BI

Abstract

La presente comunicazione descrive la sempre crescente necessità, nei contesti lavorativi, di una formazione continua che permetta di aggiornare le proprie competenze, di sviluppare le proprie posizioni professionali ed acquisire nuove abilità. In questo contesto, si va affermando il coaching, modalità formativa emergente, che integra il modello della learning organization nelle organizzazioni, attraverso un processo di formazione sul campo. Il coaching, propone ai soggetti dell'apprendimento, il coinvolgimento diretto, in tutte le fasi del processo, rivalutando l'esperienza, lo stato emotivo/affettivo degli individui e le interazioni con il contesto di lavoro e di vita.

La continua evoluzione ed espansione della società moderna ha reso più sensibile le organizzazioni allo studio delle *risorse umane*, essendo questo, il punto di partenza per ottenere un miglioramento qualitativo delle prestazioni lavorative. È in questo contesto che si sviluppa sempre di più la *formazione sul campo* che si presenta come un bisogno in continua crescita. Gli adulti necessitano di una formazione continua che permetta loro di aggiornare le proprie competenze, di sviluppare le proprie posizioni professionali ed acquisire nuove abilità.^[1] In questo contesto, quindi, si va affermando la necessità di *nuove metodologie formative* che si inseriscono nel campo lavorativo non più come qualcosa di separato dall'organizzazione, ma come processi indispensabili per la sopravvivenza dell'azienda. Le organizzazioni sono divenute sempre più consapevoli dell'importanza delle Risorse Umane, nel determinare il proprio successo o fallimento. Le persone che lavorano, quindi, sono viste come una risorsa fondamentale che può fare la differenza e su cui è necessario investire in termini di tempo e di denaro. Nel corso degli ultimi anni, il bisogno di formazione è notevolmente incrementato, coinvolgendo non soltanto i livelli aziendali più elevati (un tempo gli unici beneficiari della formazione), ma soprattutto i lavoratori con compiti di tipo esecutivo. Alla formazione si è richiesto, dunque, di agire sia sulle competenze tecniche (che restano sempre molto importanti), ma al tempo stesso, sugli aspetti motivazionali e comunicativi, e per quanto riguarda i responsabili, su quelli gestionali.^[2] La formazione aziendale per molto tempo si è ispirata alla struttura educativa tipica della scuola, caratterizzata da corsi in aula, in cui lo strumento prevalente era la classica lezione espositiva e il rapporto didattico del tipo allievo-insegnante. Tuttavia, con il passare del tempo, i metodi didattici tradizionali, per la sopra citata necessità di intervenire sulle competenze tecniche, relazionali e motivazionali, sono diventati via via più attivi e coinvolgenti (i cosiddetti *metodi attivi*, i role playing, le simulazioni, i casi e gli auto-casi) e soprattutto meno strutturati rispetto alle lezioni tradizionali. Inoltre, si è sempre più affermata l'esigenza di una formazione più vicina alla realtà lavorativa che permettesse di superare la separazione tra attività formativa d'aula (luogo dell'apprendimento) e la realtà aziendale (luogo deputato alla produzione e carico di problemi "reali").^[2]

Come si può facilmente intuire, quindi, le classiche lezioni frontali, non sembrano più in grado di garantire che quanto appreso in aula (se apprendimento c'è stato) sia trasferibile alla quotidianità lavorativa ed è sempre più forte l'esigenza di una formazione maggiormente integrata sul campo.

L'utente della formazione è diventato sempre più consapevole dei suoi bisogni formativi, per tale motivo, è necessario sviluppare un processo formativo più auto-gestito dall'utente basato, non tanto sull'insegnamento, quanto sul ri-apprendimento e sulla rielaborazione delle esperienze passate.^[1]

Le nuove modalità formative, in particolare il *Coaching*, hanno cercato di essere uno strumento che, attraverso la messa in discussione delle "certezze" dell'individuo e del proprio ruolo, realizzi un percorso di crescita, in grado di essere "generativo" nella relazione con i collaboratori.

Il processo di trasformazione, promosso da queste nuove metodologie, è un lavoro basato sull'apprendimento sul campo e su un costante investimento a lungo termine. Questo rinnovamento, tuttavia, è possibile innescarlo soltanto, quando si riesce a passare da una forma puramente direttiva di comando, ad un ordine gerarchico che lascia il posto alla collaborazione e dove i fattori motivanti di tipo esterno, sono sostituiti dalla profonda motivazione interiore di ciascun collaboratore.^[1]

Alla fine degli anni '60 Peter Berger e Thomas Luckman della New School of Social Research di New York, pubblicarono *The Social Construction of Reality* un testo a metà tra l'indagine filosofica e sociologica che diede gli albori negli anni '90 ad una nuova corrente di pensiero negli studi organizzativi, l'Appreciative Inquiry.^[4] La teoria in esame, modellizzata presso la Case Western Reserve University dal gruppo di ricerca condotto dal Prof. re D.L. Cooperrider, in contrapposizione con la visione che identifica e definisce le organizzazioni come coevi di problemi da risolvere, parte dall'assunto che le organizzazioni sono una realtà in costante evoluzione e dunque la costruzione che ne deriva non è un fatto "auto-evidente, ma, piuttosto, un processo in costante evoluzione che trova le sue radici e il suo senso nell'azione e poiché l'azione è spinta dal pensiero e veicolata nella conversazione, ecco che la conversazione diventa lo strumento attraverso il quale la realtà è creata. Cambiare la maniera di conversare cambia così la qualità della realtà, che non è più percepita come problematica. È in questo contesto che si sviluppa una nuova metodologia formativa: il *coaching*. Tale metodologia è un processo di facilitazione basato sui modelli dell'intelligenza cognitiva, comportamentale, emozionale e di sviluppo^[4]. La parola *coach*, di origine inglese, viene tipicamente utilizzata in ambito sportivo, con il significato di "allenatore". Tale significato suggerisce immediatamente la similitudine tra il mondo dello sport e quello aziendale, mettendo in risalto l'analogia esistente tra le competizioni sportive e le competizioni nel mondo del business. In realtà il significato originario del termine *coach*, derivante dal Middle English, corrisponde al termine moderno "wagon" (carro) o "carriage" (carrozza, vettura). In seguito, questo termine fu utilizzato per indicare "colui che guida il cavallo". Il concetto di *guida* ha poi fatto strada, entrando anche nel linguaggio del mondo del lavoro. All'estero, soprattutto negli Stati Uniti dove ha origine il coaching, si intende, in primo luogo, l'attività di guida^[3]. Il ruolo del coach, quindi, si esplica nel condurre le persone a scoprire le proprie risorse nascoste e le potenzialità personali e nell'individuare le possibili soluzioni ai problemi dei soggetti. Il coach, dunque, deve saper valutare le competenze, le capacità manifeste e quelle potenziali di ciascun soggetto che ha richiesto il suo aiuto^[3]. Il coaching, secondo Popper e Lipshitz (1992), deve fornire un senso di autoefficacia all'allievo, nella prospettiva dell'empowerment. Perché ciò avvenga, è necessario che il coach renda consapevole l'allievo sulle esperienze compiute e sui successi legati alle prestazioni lavorative. Infatti, l'apprendimento che si realizza nel coaching, deriva principalmente dalla "sperimentazione" nelle prestazioni. *Qualsiasi intervento pianificato da parte di un soggetto, finalizzato al miglioramento delle prestazioni di un altro soggetto, nell'ambito di un compito specifico, può dunque essere definito coaching.*

Il coaching ha il compito di focalizzare la sua attenzione sui processi di apprendimento individuali e collettivi che avvengono nei luoghi di lavoro, utilizzando le situazioni operative del presente per adeguare o migliorare le prestazioni individuali e collettive future.

Il coaching professionale rappresenta, pertanto, un rapporto di partnership che si stabilisce tra il coach e l'utente con lo scopo di aiutare quest'ultimo ad ottenere risultati ottimali in ambito sia lavorativo che personale. Grazie all'attività svolta dal coach, gli utenti sono in grado di apprendere ed elaborare le tecniche e le strategie che permetteranno di migliorare sia le performance che la qualità della propria vita.^[4] A tal proposito, il coaching, secondo Gallwey, non si limita ad impartire insegnamenti, ma aiuta a liberare le potenzialità di una persona, affinché sia in grado di portare al massimo il suo rendimento. Durante gli incontri l'utente sceglie l'argomento della conversazione ed il compito del coach consiste nell'ascoltarlo, ponendogli osservazioni e quesiti.

Questo tipo di attività sviluppa la crescita dell'individuo, il quale, arriva a focalizzare, in maniera più efficace e consapevole, gli obiettivi da raggiungere e le scelte da porre in atto. Un coach aiuta le persone a trasformare sé stesse ed a riformulare il loro modo di essere, di pensare e di agire.^[4] La concomitanza di fattori, come la scarsità di talenti, la spinta tecnologica, la globalizzazione, l'azienda tallonata da consumatori esigenti e la forte concorrenza, hanno reso il coaching una necessità strategica, poiché si è dimostrato il metodo più efficace per sviluppare al meglio le potenzialità dei soggetti, in ambienti che richiedono alte performances. Se la pratica del coaching ha come obiettivo primario il miglioramento della performance, il punto centrale su cui si snoda la metodologia è il *modo* in cui si riesce a raggiungere tale scopo. L'utente ed il coach concordano i modi per raggiungere gli obiettivi ed il coach fa delle richieste affinché l'utente (coachee) si impegni a progredire per raggiungere i risultati attesi^[3]. Lo svolgimento di una sessione di coaching si sviluppa attraverso una serie di conversazioni a scadenze prefissate. Durante queste conversazioni il coach^[4]:

- aiuta l'utente a focalizzare i suoi reali obiettivi e ad esplorare nuove opportunità;
- rimuove eventuali barriere e crea un piano d'azione per raggiungere, con successo, gli obiettivi dell'utente;
- chiede all'utente di concentrarsi sui suoi talenti naturali e sui suoi punti di forza, aiutandolo a sviluppare il suo potenziale, per risultati più duraturi ed appaganti;
- fornisce gli strumenti, il supporto e la struttura per realizzare gli obiettivi fissati dall'utente.

L'efficacia del coaching all'interno delle organizzazioni è strettamente legato alla volontarietà e alla assoluta confidenzialità del contenuto delle conversazioni di coaching. Il coaching può essere fatto sia individualmente che a gruppi di persone, in base alle esigenze di ognuno. Tipicamente l'attività di coaching si sviluppa attraverso le seguenti fasi^[4]:

- Analisi dei bisogni specifici dell'utente (si fissano inizialmente uno o più incontri, per individuarne le esigenze e focalizzare gli obiettivi da raggiungere);
- Individuazione delle aree di intervento attraverso la stesura di un profilo;
- Eventuale integrazione con training individuali;
- Assistenza via e-mail;
- Definizione dei tempi e delle modalità d'intervento (il coach ed il coachee decidono insieme se proseguire il rapporto, concordandone tempi e modalità attraverso la sottoscrizione di un accordo di collaborazione);
- Verifica settimanale del processo (la durata media consigliata del processo di coaching è di circa tre mesi).

Il coaching può dunque intervenire efficacemente laddove qualcuno si trovi in una situazione di demotivazione che condiziona negativamente la performance lavorativa, individuandone gli ostacoli e suggerendo le strategie per superarli. Il coach è l'allenatore, egli non suggerisce e non impartisce lezioni ma, con l'aiuto delle sue tecniche, della sua esperienza e competenza funge da supporto al suo utente nell'esplorazione di sé stesso e nell'attuazione del piano prestabilito.

Egli agisce da stimolo, dosando interventi ed ascolto attivo, suggerimenti e domande. In ogni caso, tutte le decisioni devono scaturire, dall'utente.^[3] È un rapporto basato su una co-responsabilità e sull'impegno attivo da parte di entrambe le figure.

Il coaching, come tutti i processi che richiedono un cambiamento, può essere causa di resistenze da parte delle persone che lo vivono. Whitmore, infatti, afferma che *"sia più facile apprendere qualcosa di nuovo (i fondamenti alla base del coaching) che abbandonare qualcosa di vecchio (il vecchio sistema percettivo)"*. Gli individui, infatti, sono condizionati da una lunga esperienza di prescrittività, agita e subita.

L'abitudine, quasi l'attesa, e quindi il desiderio di ricevere un comando sono così radicati nelle persone che spesso dimenticano i benefici che possono ricavare se, anziché ricevere ordini, gli vengono poste delle domande.^[2]

Il coaching è una metodologia formativa che può dare enormi benefici sia agli individui e che alle aziende. Come per tutti i processi, però, presenta anche una serie di limitazioni che lo rendono non applicabile in alcuni contesti, se non, addirittura sconsigliabile. Il Coaching, infatti, non è un colloquio improvvisato, né *"un aiutare a risolvere problemi con il buon senso"*, né un pacchetto formativo preconfezionato.^[4] È piuttosto, un rapporto che dopo avere stabilito gli obiettivi, si costruisce sulla fiducia tramite l'ascolto attivo, il rispetto, l'attenzione. I coach, difatti, non usano una specifica competenza per fare diagnosi, indirizzare o elaborare soluzioni per l'utente. Le relazioni sono gli elementi portanti del coaching, dove il coach ed il coachee sviluppano volutamente una relazione caratterizzata da un crescente e reciproco apprezzamento e rispetto. Il rapporto tra coach e coachee per produrre risultati deve essere curato attentamente, non relegato ai momenti vuoti o accantonato per lunghi periodi in favore delle attività produttive, altrimenti diventa inefficace, come può esserlo un allenamento effettuato in modo incostante e non ogni giorno.^[4]

Il processo di coaching, per le sue specifiche caratteristiche, rientra in quel insieme di metodologie formative che sono proprie della formazione sul campo. Questo processo formativo, in un'ottica di formazione sul campo, propone ai soggetti dell'apprendimento, il coinvolgimento diretto, in tutte le fasi del processo. Inoltre, rivaluta aspetti come l'esperienza, lo stato emotivo/affettivo degli individui e le interazioni con il contesto di lavoro e di vita. In conclusione è possibile affermare che il *Coaching, è un modo diverso di guardare alle persone, che si traduce in un diverso modo di trattare gli altri.*^[3]

Riferimenti bibliografici

¹Amietta, P.L.,
2000 *I luoghi dell'apprendimento: metodi, strumenti e casi di eccellenza delle nuove formazioni*, Franco Angeli, Milano.

²Carli, R., Paniccia, R.M.,
1999 *Psicologia della formazione*, Il Mulino, Bologna.

³Montironi, M.,
1999 *Il coaching*, Rivista Sviluppo e Organizzazione, n. 176 Novembre-Dicembre,
pp. 81-93.

⁴Whitmore, J.,
2002 *Coaching - Per le aziende e le persone che vogliono crescere e apprendere, migliorare le prestazioni, trovare scopo e significato*, Sperling & Kupfer Editori, Milano

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	De Marchi Francesca	
Ente di appartenenza	Struttura Complessa Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane – Azienda Sanitaria Locale BI	
Luogo e CAP	Biella - 13900	
Via/C.so/P.zza	Via Marconi, 19	
Tel.	(Ufficio) 015/2439397	
E – Mail	de.marchi@alice.it	Cell. 338/8603859

Ricerca infermieristica e Formazione sul Campo

Anna Fagiani

Coordinatore infermieristico della Medicina d'Urgenza A.O. SS. Antonio Biagio e C. Arrigo

Abstract

..L'elaborazione di tesi infermieristiche svolte mediante una ricerca attiva all'interno dei contesti di lavoro ospedalieri, che si pongono come obiettivo il miglioramento della qualità assistenziale, possono rappresentare un valido esempio di formazione sul campo.

L'elaborazione di queste tesi, pertanto, se sviluppate come veri e propri progetti di ricerca -intervento potrebbero, in futuro, essere accreditate ai sensi ECM come formazione sul campo.

All'interno del dipartimento di emergenza e accettazione sono poche le esperienze che si richiamano in modo esplicito alla formazione sul campo, sebbene alcune prassi siano riconducibili ad essa. L'inserimento dei nuovi infermieri, ad esempio, avviene seguendo un percorso non formalizzato che prevede l'affiancamento a tutor esperti per almeno un mese.

Uno strumento, invece, dichiaratamente finalizzato alla formazione sul campo è lo studio e l'elaborazione di tesi che si pongono come obiettivo il miglioramento della qualità della assistenza.

Ogni anno, infatti, sono scelte alcune tesi, fra quelle elaborate dagli studenti del Corso di Laurea per Infermieri di Alessandria le quali approfondiscono alcune problematiche assistenziali relative al Pronto Soccorso. Queste tesi, "seguite" dagli infermieri più esperti, rappresentano veri e propri progetti di studio che favoriscono interessanti ricadute organizzative e che, se opportunamente utilizzate, possono favorire la soluzione di alcune criticità specifiche.

Il gruppo infermieristico si interroga sulla necessità di studiare alcune attività assistenziali e coinvolge gli studenti che vogliono in futuro lavorare in questo tipo di struttura operativa.

Si tratta quindi di ricerca infermieristica, ricerca sul campo che comporta una collaborazione tra il gruppo infermieristico e i laureandi.

Gli studenti hanno il tempo, l'entusiasmo e la necessità di svolgere la tesi per la laurea, gli infermieri hanno meno tempo, in alcuni casi meno strumenti e mettono a disposizione l'esperienza lavorativa e la conoscenza specifica.

Il patto formativo è tra questi due protagonisti: il gruppo di lavoro infermieristico e lo studente con il suo relatore. Durante il percorso di ricerca lo studente insegna il metodo di ricerca, chiede la collaborazione, fornendo informazioni e affianca l'infermiere esperto durante la parte operativa.

Vengono di seguito riportati alcuni esempi di tesi che potranno essere oggetto di ulteriori approfondimenti, in chiave formativa, legati allo specifico contesto di lavoro del pronto soccorso.

Esempio n. 1

<i>Titolo della tesi</i>	<i>Problema</i>	<i>Obiettivi</i>	<i>Metodo</i>	<i>Ricaduta formativa ed organizzativa</i>
Dolore toracico	Assegnazione sistematica del codice di priorità giallo al dolore toracico (Non sempre congruamente correlato alla gravità del paziente)	Stratificare il rischio in modo da selezionare con un codice verde i pazienti con dolore toracico non tipico e senza fattori di rischio	Questionario, valutazione dei files di triage, revisione delle cartelle cliniche, follow up.	Cambiamento del protocollo di triage con diversa stratificazione del rischio per dolore toracico.
				Socializzazione dei risultati durante i corsi di formazione di triage.

Esempio n. 2

<i>Titolo della tesi</i>	<i>Problema</i>	<i>Obiettivi</i>	<i>Metodo</i>	<i>Risultati: audit professionale</i>	<i>Ricaduta formativa ed organizzativa</i>
Valutazione dell'appropriatezza nell'assegnazione del codice colore nel Triage	Presenza di scostamenti rispetto alla codificazione presente nel protocollo di Triage.	Rilevare e verificare l'appropriatezza dell'assegnazione del codice colore relativo al protocollo di Triage: analizzando i casi di under ed over triade	Studio retrospettivo, revisione di 3678 schede di triage	Valutazione della percentuale di scostamento dal protocollo (standard agenzia regionale sanitaria Emilia Romagna)	Presentazione dei dati e dei casi più importanti durante il corso di formazione sul Triage infermieristico.
				Valutazione della percentuale di rivalutazione analisi di casi emblematici proposte di correttivi	Socializzazione dei risultati durante le riunioni con altri infermieri

Esempio n. 3

<i>Titolo della tesi</i>	<i>Problema</i>	<i>Obiettivi</i>	<i>Metodo</i>	<i>Conclusioni</i>	<i>Ricaduta formativa ed organizzativa</i>
Il ruolo dell'infermiere di triage nella valutazione e gestione precoce del dolore acuto in Pronto Soccorso	Trattamento del dolore in fase acuta in Pronto Soccorso. Il paziente con dolore non viene subito trattato e può attendere parecchio tempo prima che il proprio sintomo venga affrontato	Valutazione e trattamento precoce del dolore acuto al triage da parte dell'infermiere e rivalutazione dell'efficacia del trattamento antalgico dopo un'ora	Visual Analogical Scale (VAS)	Il ruolo dell'infermiere è importante nel momento della valutazione con l'utilizzo della VAS che introduce un parametro importante: l'intensità del dolore. Nel trattamento antalgico precoce (su protocollo) durante la fase di accettazione al triage.	Inizio della valutazione sistematica del dolore al triage e somministrazione di analgesici secondo protocollo da parte degli infermieri.
			Griglia appositamente studiata per la raccolta dei dati.	La gestione infermieristica del dolore consentirebbe una riduzione dei tempi di attesa per ottenere una sedazione e una riduzione degli effetti collaterali del dolore dovuti al trattamento tardivo.	
			Periodo di tempo considerato: dal 13/06/05 al 13/07/2005		
			Campione di studio: 439 utenti che accusavano dolore acuto riconducibile ai sintomi del criterio d'inclusione		

Queste tipologie di tesi possono essere considerate come esempi per consentire la strutturazione di un processo di accreditamento della formazione intesa come ricerca sul campo.

La correttezza metodologica di questi progetti di ricerca dovrebbe essere valutata, inoltre, da apposite commissioni di esperti

È da notare che le tematiche relative alle tesi riportate, come esempi paradigmatici, possono essere sviluppate come veri e propri progetti di ricerca-intervento ai sensi ECM come formazione sul campo.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Fagiani Anna	
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Ospedaliera di Alessandria	
Luogo e CAP	Alessandria - 15100	
Via/C.so/P.zza	Via Venezia	
E – Mail	afagiani@ospedale.al.it	Cell. 349/5305547

Formazione sul campo: tra esperienza e cambiamento organizzativo

Letizia Feriozzi

Operatore S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane Azienda Sanitaria Locale BI – Biella – Psicologo

Abstract

La formazione sul campo, coniugando l'apprendimento con il valore dell'esperienza delle persone, rappresenta un'occasione di cambiamento e integrazione per le organizzazioni. È un contesto formativo che si sviluppa in un'ottica di apprendimento dinamico tra individuo e organizzazione, ove le persone partecipano attivamente alla costruzione delle conoscenze dell'organizzazione a cui appartengono (Learning Organization). Attraverso la partecipazione e la socializzazione delle conoscenze ed esperienze, è in grado di promuovere il superamento delle resistenze, lo sviluppo di motivazioni e disponibilità al cambiamento, coinvolgendo non solo la sfera individuale, ma l'intero contesto organizzativo.

Considerando quanto il cambiamento sia frequentemente l'esito di molteplici forme di apprendimento, emerge in modo chiaro come formazione e cambiamento siano strettamente legati fra di loro.

La formazione sul campo non si esaurisce nel passaggio verticale di informazioni, basato su di un ascolto "passivo" ma si fonda sulla partecipazione inter-attiva dei suoi attori, ove il coinvolgimento dei destinatari dell'intervento formativo presuppone una logica formativa-trasformativa, che riguarda tanto il discente quanto il "campo" di lavoro.

Gli adulti, nei luoghi di lavoro, sono impegnati in forme continue e di apprendimento che riguardano tanto il livello istituzionale (logica della formazione continua: attività di aggiornamento e riqualificazione), quanto quello esperenziale, relazionale ed organizzativo.

La formazione sul campo, non limitandosi al contesto della sola formazione individuale, si colloca nella dimensione "collettiva", nel tessuto relazionale del contesto organizzativo, in cui il "formato" è immerso e si trova ad operare. Oltre alla dimensione individuale istituzionale, quindi, con la formazione sul campo, si accompagna, la componente relazionale e partecipativa nonché la dimensione organizzativa: in questo contesto, assume un ruolo centrale l'esperienza.

Come Demetrio ha sottolineato l'esperienza, è una sorta di libro al quale il soggetto attinge arricchendolo di pagine nuove attraverso processi mentali quali l'introspezione, l'autoriflessione, la retrospettiva, il ricordo.

"Un cambiamento è sempre generatore di apprendimento nel breve o lungo periodo e, parimenti, ogni apprendimento, se profondo, è tale da suscitare cambiamenti mentali che, talvolta, producono variazioni a livello di criteri di rappresentazione: di sé dei soggetti, della propria comunità del mondo. (...) All'opposto una tendenza a resistere al cambiamento, a rifuggirlo, a negarne financo l'esistenza per scopi conservativi o attitudini alla renitenza (e alla resistenza) mentale...."¹²¹

La formazione sul campo rappresenta quindi un'occasione di cambiamento e di crescita tanto dei "formati" che del contesto lavorativo e si configura quindi come un contesto relazionale organizzativo, definibile come "formazione intervento".

A partire dalle ricerche di Lewin sulla ricerca azione, è maturato il pensiero che esperienza e cambiamento siano profondamente collegati e, in questa logica, il processo di formazione intervento opera una trasformazione sia nei modi di pensare che di operare, promuovendo un processo di cambiamento che coinvolge l'intero contesto di lavoro.

Le informazioni acquisite, attraverso l'interazione tra esperienza e competenza, permettono quindi non solo una ristrutturazione del campo cognitivo individuale, ma anche di quello organizzativo lavorativo.

Schein con l'affermazione: "di centrale importanza, per ogni programma di miglioramento organizzativo, è la creazione di una situazione in cui persone e/o gruppi possono produrre apprendimento e cambiamento"¹⁵, sottolinea come l'intervento in un'organizzazione, sia intimamente collegato ai processi di apprendimento e di cambiamento. Sottolinea, inoltre, come il rapporto tra apprendimento e cambiamento, in un'organizzazione, sia circolare: l'apprendimento è la condizione di successo per un intervento di cambiamento e ogni cambiamento è occasione di apprendimento.

I saperi personali e professionali degli individui, che compongono un'organizzazione, con la loro molteplicità, rappresentano una fonte preziosa di contributi di grande valore, per l'organizzazione stessa. L'apprendimento organizzativo si verifica, quando gli individui di un'organizzazione divengono attori di apprendimento per l'organizzazione stessa e, i loro saperi, le loro esperienze, valutazioni, scoperte, si integrano con il "patrimonio" dell'organizzazione a cui partecipano. L'organizzazione apprende, quindi, attraverso l'interazione e l'esperienza delle persone che ne fanno parte. L'organizzazione che apprende (*learning organization*) è: "capace di incoraggiare l'apprendimento continuo da parte dei suoi membri a tutti i livelli e di facilitare i processi per la circolazione della conoscenza organizzativa e per la sua trasformazione in cambiamenti interni ed esterni all'organizzazione".^[4]

Vi sono negli adulti, tuttavia, elementi di resistenza al cambiamento molto forti come: le esperienze del passato, routine professionale, abitudini lavorative consolidate, i percorsi formativi precedenti, i ruoli consolidati, etc.

Secondo Lewin il processo di cambiamento implica l'apprendimento di qualcosa di nuovo e l'interruzione degli atteggiamenti, dei comportamenti e delle pratiche organizzative in uso, una sorta di "scongelamento" o rottura dell'equilibrio esistente. L'organizzazione, secondo Lewin, si troverebbe in uno stato di equilibrio, sorretto da due forze uguali e contrapposte: le "Driving Forces" che dirigono l'organizzazione verso il cambiamento e all'innovazione e le "Restraining Forces" le quali tendono a conservare la stabilità organizzativa. La naturale resistenza, innescata dai meccanismi di difesa, può essere superata, agendo su processi, cultura, clima e relazioni sociali che pervadono l'organizzazione, promuovendo una cultura aziendale improntata alla partecipazione, alla comunicazione e all'approccio condiviso dei problemi.

"La disciplina dell'apprendimento di gruppo inizia con il 'dialogo', la capacità dei membri del gruppo di mettere in mora le ipotesi precedenti e passare ad un genuino pensare comune"^[4]

La formazione sul campo, basandosi sul coinvolgimento attivo, la partecipazione e la socializzazione delle conoscenze ed esperienze, rappresenta, in un'ottica di apprendimento dinamico tra individuo e organizzazione, una strategia formativa in grado di permettere il superamento delle resistenze, lo sviluppo di motivazioni e disponibilità al cambiamento interessando non solo la sfera individuale, ma coinvolgendo l'intero contesto di lavoro.

Riferimenti bibliografici

¹Argyris, C. & Schon, D. A.

1998 *Apprendimento organizzativo: teoria, metodo e pratiche*, Guerini e associati, Milano.
(Ed. Orig. *Organizational learning*, Reading, Mass: Addison Wesley Publishing Company, 1978)

²Demetrio, D.

2003 *Manuale di educazione degli adulti*, Laterza, Roma-Bari.

³Lewin, K.

1972 *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, il Mulino, Bologna. (Ed. Orig. *Field Theory in Social Science*, New York, Harper&Row Publishers, 1951).

⁴Senge, P.

1992 *La Quinta Disciplina; l'arte e la pratica dell'apprendimento organizzativo*, Sperling&Kupfer Editori, Milano. (Ed. Orig. *The fifth Discipline. The Art and Practice of the Learning Organization*, New York, Doubleday, 1990).

⁵Schein E. H.

2001 *La consulenza di processo. Come costruire le relazioni d'aiuto e promuovere lo sviluppo organizzativo*, Raffaello Cortina, Milano. (Ed orig. *Process Consultation Revisited. Building the Helping Relationship*, Addison Wesley Publishing Company, 1999).

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Feriozzi Letizia
Ente di appartenenza	Struttura Complessa Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane – Azienda Sanitaria Locale BI
Luogo e CAP	Biella - 13900
Via/C.so/P.zza	Via Marconi, 19
Tel.	(Ufficio) 015/2451159
E – Mail	letizia.feriozzi@aslbi.piemonte.it

Una Esperienza di Formazione sul Campo

Paolo Fiammengo

Pediatra di Libera Scelta, Fossano – ASL CN1

Abstract

La Formazione sul Campo è ancora, almeno in Italia, più una teoria che una pratica. A partire dalla seconda metà del 2005 è nato un progetto, sotto la guida del gruppo WEB.ORG di Palermo, per la realizzazione di gruppi di formazione sul campo che ha coinvolto pediatri ospedalieri e di libera scelta. La mancanza di modelli di riferimento ha fatto sì che venisse sviluppata una modalità del tutto originale per far sì che il lavoro quotidiano si trasformasse in un percorso didattico permanente.

Nonostante si faccia un gran parlare di Formazione sul Campo (FsC) esperienze formalizzate all'interno del settore medico, almeno in Italia, sono rarissime.

Nel 2004 venne pubblicata su *Ricerca&Pratica*^[1-2], a firma di Salvo Fedele, una proposta che andava in questa direzione. È abbastanza interessante notare come non solo l'accoglienza di quello scritto fosse stata piuttosto tiepida se non addirittura indispettita^[3], ma che ad essa non ne è seguita nessun'altra mentre sempre allo stesso Fedele è riconducibile anche quanto viene qui di seguito raccontato. È verosimile quindi ritenere che la nostra esperienza rappresenti un *unicum* nel nostro Paese e come tale vada pertanto letta ed interpretata.

La nascita dei gruppi locali di FsC

Il progetto nasce nella seconda metà del 2005 da un'intesa fra il gruppo WEBM (facente capo a Salvo Fedele) e la società scientifica pediatrica "Associazione Culturale Pediatri" (ACP) interessata a proporre ai suoi iscritti esperienze di formazione che andassero al di là del tradizionale convegno.

Mentre chi fosse interessato a conoscere più nel dettaglio il progetto, le sue tappe, le sue finalità, può fare riferimento ai siti internet di WEBM.ORG^[4], qui di seguito ci si limiterà a spiegare come si svolge il lavoro nei gruppi, quali le difficoltà incontrate e le soluzioni trovate, le tecnologie utilizzate. A questo proposito è bene che chi legge tenga presente:

- il carattere sperimentale dell'iniziativa, che non può fare riferimento, se non in termini generali, ad altre esperienze simili
- il dinamismo intrinseco proprio di questa modalità formativa che porta a rivedere e modificare continuamente gli strumenti operativi che vengono utilizzati

Come si fa a trasformare il proprio lavoro in un progetto didattico permanente?

Partecipano attualmente al progetto di FsC oltre al gruppo promotore WEBM.ORG di Palermo (composto da circa 10 persone) altri 15 medici sparsi per l'Italia (Piemonte, Veneto, Sardegna, Umbria, Lazio, Abruzzo).

Questi incontri, in parte on line e in parte di presenza in piccolo gruppo, ruotano attorno alla soluzione di casi clinici reali che i partecipanti si trovano ad affrontare durante la loro attività quotidiana.

L'aver riportato al centro della formazione il paziente nella sua unicità rappresenta il primo elemento di (paradossale) differenza rispetto a modelli formativi tradizionali che molto spesso ignorano completamente le esigenze, non solo dei pazienti, ma degli stessi discenti per essere centrati quasi esclusivamente sui docenti.

Il caso clinico viene affrontato e discusso in modo "strutturato" seguendo un percorso che va dalla sua stesura per iscritto (il cosiddetto Report Preliminare), passa attraverso una discussione collettiva on line (wiki del caso) e a voce (presentazione sotto forma di power point) per terminare con una scheda (Report Sintetico) che riassume quanto è emerso non solo in termini di conoscenze acquisite ma anche di percorso didattico effettuato.

L'aver elaborato questo percorso e gli strumenti che ne rendono possibile ogni tappa rappresenta sicuramente il lavoro di maggiore originalità che questo progetto sta generando.

Mancando qui lo spazio per una disamina completa di ogni singolo passaggio ci si limiterà a riassumere alcuni punti essenziali.

Il report preliminare

Il racconto del caso, rigorosamente per iscritto, rappresenta il primo momento essenziale di riflessione su ciò che il caso stesso richiede per essere affrontato e risolto.

Durante la sua stesura vengono enucleati quegli aspetti che il medico deve conoscere (i suoi bisogni formativi) e le domande del paziente, spesso inesprese, alle quali è doveroso rispondere. L'insieme di queste domande, del medico e del paziente (i cosiddetti DENs e PUNs secondo la definizione originale del suo ideatore, il GP Richard Eve^[5]) forniscono la traccia per gli approfondimenti necessari e la base per la discussione collettiva.

Il wiki del caso

La discussione orale viene spesso preceduta da un approfondimento collettivo. Il caso viene pubblicato in un "wiki" che permette di raccogliere le indicazioni e i suggerimenti dei colleghi.

La discussione collettiva

Il caso viene presentato sotto forma di power point che serve da guida per il suo racconto e per mettere in comune gli approfondimenti che si sono resi necessari, le problematiche emerse e gli agganci con aspetti metodologici più generali che sono stati affrontati per poterlo interpretare correttamente.

Questa "seconda" discussione ha anche l'obiettivo di permettere il ripensamento dei casi personali simili e il cui bagaglio di conoscenze acquisito permette spesso di riconsiderare sotto una nuova luce.

Il report sintetico

Il caso concluso diventa una scheda sintetica in cui sono riportati gli elementi salienti ad esso connessi: l'argomento trattato, i PUNs e i DENs, i riferimenti bibliografici, gli aspetti didattici che ha messo in luce. I report Sintetici vengono archiviati e periodicamente aggiornati diventando una banca dati a disposizione del gruppo da riprendere quando se ne presenti la necessità: per ripasso qualora si dovessero affrontare casi simili, come materiale didattico da usare per preparare altri momenti formativi.

Alcuni problemi (e qualche soluzione)

Una modalità formativa così articolata e interattiva implica inevitabilmente una serie di problemi e di competenze da acquisire.

L'interazione a distanza

Le attuali tecnologie informatiche permettono di realizzare quel lavoro di gruppo senza il quale la FsC non potrebbe realizzarsi.

Incontrarsi e discutere on-line, compilare un documento in modo collaborativo, consultare banche dati di letteratura secondaria sono attività che non richiedono particolari difficoltà operative, quanto piuttosto disponibilità mentale e...un po' di soldi.

Il problema dei costi

La piattaforma informatica utilizzata per le attività di *e-learning*, l'hardware adatto al suo funzionamento, la sua manutenzione, i locali dedicati, l'accesso alle banche dati a pagamento sono una parte dei costi da affrontare perché la FsC possa essere praticata. Si pone quindi il problema di trovare i finanziamenti adeguati.

L'abitudine, purtroppo sempre più radicata in Italia, a trovare soldi "facili" presso l'industria del farmaco, rende difficile il rapporto anche con quelli che dovrebbero essere gli sponsor istituzionali (Aziende sanitarie, Società Scientifiche, enti governativi) finora poco interessati ad investire in esperienze formative nuove e sperimentali. È necessario quindi che questi ultimi sentano la responsabilità di farsi carico, almeno in parte, della crescita culturale della classe medica, così come capita in altri paesi europei.

Gli indicatori

Chiunque si occupi di formazione conosce le difficoltà a reperire indicatori di efficacia sufficientemente validi. Il modello qui presentato non solo fornisce un quantità enorme di indicatori di processo (n. di report scritti, PUNs e DENs affrontati, abilità apprese...) ma essendo così centrata sul paziente permette anche valutazioni di risultato. A tale proposito è stato recentemente implementato un modulo per la raccolta dei cosiddetti "outcome health" (risultati in termini di salute conseguiti grazie alla partecipazione al progetto).

Riferimenti bibliografici

⁵Eve, R.

2003 *PUNs and DENs. Discovering learning needs in general practise.* Abingdon, Oxfordshire: Radcliff Medical Press

¹Fedele, S.

2004 *La formazione permanente in Italia, il possibile ruolo dell'evidence based medicine (parte I).* R&P; 20: 157-166 (free full text all'indirizzo: http://www.ricercaepratica.it/allegati/00059_2004_04/fulltext/5%20for%203B.pdf)

²Fedele, S.

2004 *La formazione permanente in Italia, il possibile ruolo dell'evidence based medicine (parte II: una proposta).* R&P; 20: 193-199 (free full text all'indirizzo: http://www.ricercaepratica.it/allegati/00060_2004_05/fulltext/3for119-2B.pdf)

³Moschetti, I., Liberati, A. et al.

2005 *La formazione permanente in Italia, il possibile ruolo dell'evidence based medicine: qualcosa si muove. Clinical Evidence ed ECCE.* R&P; 21: 188-198 (free full text all'indirizzo: http://www.ricercaepratica.it/allegati/00066_2005_05/fulltext/3for_R&P_125.pdf)

⁴<http://www.webm.org>; http://www.webm.org/morning_report/home

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Fiammengo Paolo
Ente di appartenenza	Pediatra di Libera Scelta presso - ASL CN 1 Fossano
Luogo e CAP	Fossano (CN) - 12045
Via/C.so/P.zza	Via Marconi, 35
Tel.	0172/634781
E – Mail	fiamma@dada.it

Sperimentazione e Valutazione di un modello organizzativo di personalizzazione dell'assistenza al paziente mieloleso nell'Unità Spinale Unipolare di Torino

Lorenza Garrino, Rita Decorte, Nadia Felisi, Ebe Matta, Silvano Gregorino, Maria Vittoria Actis e Roberto Carone

Ricercatore in Scienze Infermieristiche Università degli Studi di Torino, Coordinatori infermieristici Unità Spinale Unipolare ASO CTO/M. Adelaide Torino, Coordinatore terapisti Unità Spinale Unipolare ASO CTO/M Adelaide Torino, Coordinatore Formazione tutoriale Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Torino, Direttore Dipartimento di Recupero e Rieducazione Funzionale ASO CTO/M Adelaide Torino, Direttore del Dipartimento delle Mielolesioni ASO CTO/M Adelaide Torino

Introduzione

Il programma di completa realizzazione ed avviamento dell'Unità Spinale Unipolare, unica in Piemonte, ha previsto il trasferimento dell'Unità Spinale del CRF (ASO CTO/M. Adelaide) presso la nuova costruzione integrata nel CTO di Torino. Il trasferimento ha comportato, tra le altre cose, l'apertura di due reparti strutturati ciascuno con 24 posti letto di degenza continuativa e 4 posti letto di Day Hospital, e del potenziamento di un servizio centralizzato di Day Hospital e di poliambulatorio, con 4 posti letto. L'obiettivo è la presa in carico della persona mielolesa dal momento acuto fino alla dimissione in un processo riabilitativo completo, con una risposta anche diacronica ai bisogni di cura della stessa persona. L'assistenza sinora fornita ha come modello la presa in carico globale del paziente e del suo contesto familiare, con una pratica assistenziale organizzata "per piccole équipes", modello messo in atto già dall'apertura del primo nucleo di ricovero, nel 1982. Tale sistema di cura se da una parte ribadisce la necessità dell'integrazione delle figure assistenziali, non fornisce elementi concreti di interdipendenza ed integrazione con altre figure professionali attraverso una logica di tipo progettuale.

Le nuove dimensioni strutturali ed assistenziali pongono il problema di revisione ed adeguamento del sistema di cura, delle stesse pratiche di cura, delle loro modalità organizzative all'interno del contesto, di mantenimento e sviluppo della presa in carico "per progetti" e di sviluppo professionale secondo nuovi ruoli e profili delle figure che tra loro interagiscono^[1]. Le parole chiave sono, allora, assistenza personalizzata che superi e sviluppi l'organizzazione "per piccole équipes", quali la gestione dei casi, il Case management/Case Manager^[2-3-4-5], il Primary Nursing^[6-7], lavorare per "Progetti"^[8], integrazione professionale^[9-10], sviluppo del professionista riflessivo^[11] e responsabile di processo, efficacia assistenziale, efficienza gestionale. È stato perciò avviato il progetto "Sperimentazione e valutazione di un modello organizzativo di personalizzazione dell'assistenza al paziente mieloleso nell'USU di Torino" che rientra nel finanziamento della Regione Piemonte nel bando Ricerca Sanitaria Finalizzata 2006. Il progetto si configura come una ricerca-azione che partendo da un'analisi della situazione attuale mette in evidenza i punti critici, ne ricerca le possibili soluzioni, costruisce un modello organizzativo attraverso un'analisi della letteratura e la comparazione con altre realtà significative, sviluppa un cambiamento attraverso la sperimentazione documentandone i processi e gli esiti.

Obiettivi

1. Assistere la persona con mielolesione nell'ottica di un modello di assistenza personalizzato attraverso l'integrazione delle differenti componenti professionali
2. Realizzare la presa in carico delle persone assistite con un progetto di cura personalizzato riducendo i tempi di degenza e l'insorgenza delle complicanze
3. Accompagnare la famiglia e il care giver diminuendo il loro impegno e lo stress e considerandoli anch'essi utenti del servizio
4. Facilitare i percorsi clinico-assistenziali in ambito ospedaliero e territoriale lungo tutto il processo di cura
5. Creare i presupposti per la formulazione di una rete socio-sanitaria territoriale personalizzata sulla base dei bisogni del paziente

Metodi e fasi del progetto

Il progetto di durata biennale prevede la realizzazione delle seguenti fasi:

1. Analisi della situazione organizzativa esistente e definizione del nuovo modello di assistenza, in base alla letteratura ed alle esperienze in altri centri
2. Piano di formazione con la definizione di un programma di formazione strategico multiprofessionale rivolto ad infermieri, medici, fisioterapisti, assistente sociale, psicologo, ed operatori socio-sanitari, (i temi riguardano: modello organizzativo primary nursing e case management, lavoro di gruppo e d'équipe, azione riflessiva nella pratica professionale) con accreditamento ECM per le figure interessate dal sistema ECM
3. Avvio della sperimentazione con graduale introduzione del nuovo modello che prevede:
 - protocolli di cure personalizzate dirette a tutte le persone assistite nel periodo della sperimentazione
 - profilo di cura del paziente mieloleso
 - modificazione della documentazione assistenziale
 - collegamento ospedale-territorio per il conseguimento degli obiettivi del progetto
4. Valutazione dei risultati raggiunti sulle persone assistite, sui familiari e care givers e sugli operatori sanitari.

Stato di avanzamento dei lavori

Il progetto ha preso avvio nel novembre 2006. Nei primi tre mesi di avvio del progetto è stata effettuata l'analisi organizzativa e della documentazione esistente da parte dei coordinatori infermieristici dei due reparti di degenza dell'Unità Spinale. Allo scopo di avviare un confronto rispetto a modelli organizzativi presenti in altri centri è stato effettuato dai due coordinatori infermieristici uno stage di tre giorni presso AUSL di Piacenza con la finalità di approfondire gli aspetti applicativi del modello organizzativo del Case management. Tale esperienza è stata poi riportata all'interno del gruppo di progetto ed ha costituito elemento di riflessione rispetto ai processi organizzativi in atto. È stata effettuata la rilevazione del senso di soddisfazione e di autoefficacia degli operatori con il contributo di una studentessa della Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università degli Studi di Torino che ha realizzato il proprio progetto di apprendimento in ambito esperienziale. Una ricerca qualitativa ha indagato il punto di vista dei pazienti per ricostruire il modello terapeutico, assistenziale e riabilitativo che ha fatto da sfondo alla propria degenza, ed il livello di soddisfazione percepita. Tale ricerca è stata realizzata con il contributo di una studentessa della Laurea Specialistica in Scienze della Formazione Università degli Studi di Torino all'interno del percorso di laurea magistrale. Queste rilevazioni realizzate da soggetti esterni al gruppo di progetto hanno consentito uno scambio tra Azienda e Università ed un confronto tra i professionisti arricchente ed utile. È stata effettuata la rilevazione dei tempi di degenza media di ricovero, e delle richieste di ricovero nei sei mesi successivi alla dimissione per complicanze cutanee, urologiche e motorie relativo ai sei mesi prima dell'inizio del progetto. Si è passati poi alla progettazione del corso di formazione con la definizione della finalità generale, degli obiettivi, contenuti, tempi, metodologie e docenti coinvolti. Successivamente è stato effettuato il processo di accreditamento ECM con l'attribuzione dei crediti. Il corso di tre giorni realizzato in tre edizioni ha coinvolto 72 operatori dell'Unità spinale (infermieri, terapisti, medici, psicologi, assistente sociale, operatori socio sanitari, assistenti bagnanti) e si è realizzato dal mese di ottobre al dicembre 2007. La metodologia di realizzazione del corso ha previsto numerose esercitazioni, lavori di gruppo, sistematizzazioni e discussioni condotte da esperto, discussione di casi clinico assistenziali e organizzativi, esercitazioni applicative con costruzione di strumenti operativi. Al corso hanno partecipato in qualità di uditori una studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica in stage presso il servizio e uno studente del Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche do Torino, che successivamente ha dato un contributo nella stesura di una guida metodologica per la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici nell'ambito della mielolesione. Il gradimento del corso ha evidenziato un buon apprezzamento dell'iniziativa formativa che ha costituito per la maggior parte dei partecipanti un utile momento di confronto, "uno spunto per analizzare meglio l'attività lavorativa", "uno spazio per trovarsi, per pensare in modo integrato a progetti di sviluppo assistenziale e di cura su cui lavorare in concreto". Alcuni partecipanti hanno sottolineato come il corso abbia aiutato a sviluppare osservazioni sul proprio modo di lavorare e di intendere la relazione. Le maggiori criticità risultano alla necessità di un linguaggio condiviso tra le differenti figure professionali che per la prima volta hanno affrontato insieme un percorso formativo ed all'esigenza di alcuni corsisti di trovare risposte concrete ai problemi vissuti quotidianamente nell'assistenza complessa alla persona con mielolesione. A partire dalle suggestioni e dagli strumenti forniti nel corso il gruppo di progetto si è interrogato su come proseguire la sperimentazione ed avviare proposte pragmatiche di personalizzazione dell'assistenza. Attualmente è in fase di

sperimentazione la proposta organizzativa riguardante la figura dell'infermiere facilitatore di riferimento. Il profilo di competenze è stato delineato con il contributo dei due coordinatori infermieristici che parallelamente stanno proponendo l'introduzione nuovi strumenti di documentazione delle cure unificati per i due servizi. Funzione dell'infermiere di riferimento è seguire la persona assistita dal momento di accoglienza nell'unità spinale sino alla dimissione in termini di pianificazione e programmazione delle cure. Tale funzione si esplica con la supervisione clinica ed organizzativa del coordinatore infermieristico. La conclusione del progetto è prevista per il dicembre 2008 e prevedrà una prima valutazione della fase pilota di sperimentazione di tale figura. Sulla base dei risultati conseguiti la sperimentazione potrà essere estesa a tutto il personale infermieristico dell'Unità spinale.

Conclusioni

La realizzazione del progetto di miglioramento sta assumendo progressivamente forma e contenuti con il contributo del gruppo di progetto e dei professionisti operanti nella struttura. Le ricadute delle azioni intraprese nel progetto riguardano il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza nell'utilizzo dei servizi territoriali e nell'assistenza continuativa con riduzione dei costi di degenza della persona assistita con mielolesione, il mantenimento più a lungo possibile delle persone con disabilità nella comunità e nella propria abitazione, garantendo loro la migliore qualità della vita e assistenza possibile e la diminuzione dell'impegno e dello stress per la famiglia e il care giver, da considerare anch'essi utenti del servizio. Sarà necessario investire ulteriormente in risorse e tempo per poter continuare il cambiamento organizzativo intrapreso che richiede sicuramente un periodo superiore al biennio per la concretizzazione di un programma di lavoro stabile, che comporta un lavoro costante di supervisione e messa a punto progressiva.

Riferimenti bibliografici

¹⁰Basaglia, N.

2002 *Progettare la riabilitazione. Il lavoro in team interprofessionale*. Milano, Edi-Ermes

⁷Di Labio, L. e Cicalini, G.

2005 *Primary nursing e soddisfazione dell'utente* Nursing oggi, 3:10 – 14

⁶Drach-Zahavy, A.

2003 *Primary Nurse performance: role of a supportive management*. Journal of Advanced Nursing, 45(1):7 – 16.

⁸Forti, D. e Masella, F.

2004 *Lavorare per progetti*. Milano, Cortina

²Kelly, T.

2003 *Critical Thinking and case management*. Case Manager, 5:70 – 72.

¹Loiudice, M.

2000 *La gestione del cambiamento in sanità*. Torino, Centro Scientifico Editore.

⁴Mattson, J.

1999 *Case Management: a historical and future prospective of its influence on outcome for persons who have sustained spinal cord injury*. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 4:30–37.

⁵Paladino, M e Corizza Tosoni, T.

2000 *Il Case Management nella realtà socio – sanitaria italiana*. Milano, Franco Angeli

⁹Rampini, M.

2003 *Trauma Center: la forza dell'équipe*. L'infermiere, 5:7 – 10.

³Scheffel, B.

1999 *The effect of managed care on case management for spinal cord injury*. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 4:24 – 29.

¹¹Schon, D. A.

1993 *Il professionista riflessivo*. Bari, Dedalo

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Garrino Lorenza	
Ente di appartenenza	Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia	
Luogo e CAP	Torino - 10126	
Via/C.so/P.zza	Via Santona, 5 bis	
Tel.	011/6705823	
E – Mail	lorenza.garrino@unito.it	Cell. 339/3360957

Promuovere i cambiamenti in sanità attraverso la Formazione sul Campo: un'esperienza da condividere

G. Giannetti, M. L. De Marchi, D. Costa, L. Carnevale e A. Fontana

Direzione Medica Presidi Ospedalieri, Qualità, Direzione Sanitaria Aziendale

Abstract

Il corso di Formazione sul Consenso Informato, nei PP.OO. Riuniti ASL NO, è stato pianificato nell'ambito delle attività dell'Unità Gestione Rischio Aziendale (UGR) in un'ottica di crescita professionale basata non solo sullo sviluppo delle conoscenze e del sapere in generale, ma anche delle competenze tecnico-professionale, emozionale, relazionale, giuridica ed etica applicate alle criticità del proprio contesto lavorativo.¹ L'evento formativo ha risposto a quanto indicato dal Ministero della Salute negli obiettivi formativi di interesse nazionale².

Obiettivi

L'esperienza condotta presso l'ASL NO testimonia come l'UGR dell'ASL NO sia riuscita ad accrescere la professionalità dei singoli specialisti ed a potenziare la comunicazione, fra medici e pazienti, all'interno della propria organizzazione sanitaria, attraverso l'apprendimento sul campo, utilizzando un evento formativo ECM (educazione continua in medicina)³ intitolato: "Consenso Informato: formalità burocratica o strumento di prevenzione del rischio clinico?", della durata di due pomeriggi, tenutosi nell'anno 2007 presso il P.O. di Borgomanero e destinato ai medici che operano nelle strutture aziendali.

Metodi

Le determinanti che hanno portato l'UGR ASL NO ad organizzare un corso di apprendimento sul campo sono state: la necessità di divulgare la procedura aziendale sul consenso informato ed il contesto organizzativo favorevole alla formazione come strumento di evoluzione⁴. Prima degli incontri sono state definite le metodologie e le tecniche didattiche⁵ volte a raggiungere come principale obiettivo la predisposizione ed un omogeneo utilizzo delle schede di consenso informato e dei moduli (per maggiorenni e minorenni) standardizzati in tutta l'ASL NO. Il corso si è tenuto nella sede di uno dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda Sanitaria per rafforzare la cultura di appartenenza al luogo di lavoro che quindi è divenuto il setting privilegiato del processo di miglioramento. I formatori del corso, esperti di diverse professionalità sanitarie (Direttore Sanitario, Medico Legale, Psicologo, ecc.), sono stati individuati fra gli specialisti che operano all'interno dell'Azienda Sanitaria ed, in particolare, fra i componenti dell'UGR in modo da rendere il corso il più possibile coerente alla realtà e rispondente alle problematiche concrete che quotidianamente necessitano di soluzioni⁶.

I medici specialisti, che hanno partecipato al corso, sono stati coinvolti direttamente mediante la partecipazione attiva, durante le lezioni in aula, e successivamente con l'applicazione pratica delle lezioni in quanto, per conseguire i crediti ECM, ogni partecipante ha dovuto elaborare minimo una scheda di consenso informato secondo le nuove istruzioni operative definite nella procedura aziendale. Le relazioni esposte durante il corso hanno avuto un approccio di tipo costruttivo basato sull'analisi delle competenze e sull'integrazione delle dimensioni cognitive (sapere), tecnico-funzionali (saper fare) e socio-comportamentali (saper essere).

Quindi partendo dall'apprendimento guidato dai contenuti (importanza dell'informazione e del coinvolgimento del paziente nell'iter diagnostico-terapeutico, aspetti etici e legali, nozioni di rischio clinico, ecc.), si è passati all'apprendimento guidato dall'azione (soluzione del problema con sostituzione dei vari tipi di documenti sul consenso all'interno dell'azienda ed istituzione di un solo modello di scheda per il consenso e due moduli standardizzati), per poi terminare con l'apprendimento guidato dalle relazioni (apprendimento tacito di esperienze e valori profondi). Durante le ore di aula sono stati presentati, analizzati e discussi dei casi reali che hanno reso più interattiva la lezione⁷.

A chiusura del corso sono stati identificati tre tutor, tre componenti del team UGR, che hanno seguito l'affiancamento⁸ degli specialisti nell'elaborazione delle schede, hanno valutato la rispondenza di tutti i requisiti stabiliti nella procedura aziendale ed hanno, con la supervisione del Direttore Sanitario, approvato e dichiarato applicabili le schede di consenso informato.

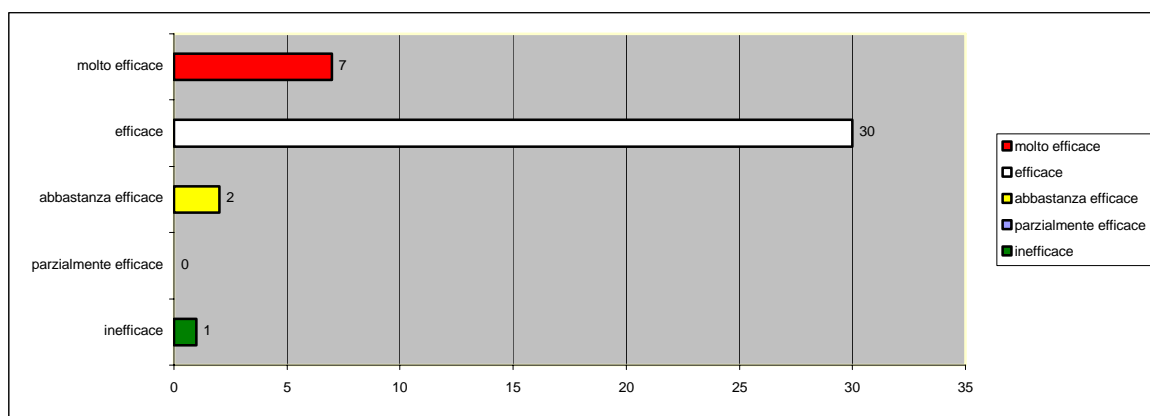
Risultati

A fronte di un atteso del 100% di adesione con la produzione di almeno una scheda di consenso informato per ciascuna struttura partecipante, si sono registrati i seguenti risultati:

N° partecipanti effettivi	N° invitati al corso	% adesione
40	40	100%

N° schede prodotte	N° schede attese	Δ rispetto all'atteso
54	40	+ 35 %

Su 22 strutture che hanno partecipato, la Struttura che ha elaborato il maggior numero di schede di CI, in totale 7, è stata l'Unità Operativa Cure Palliative. La SSvDip. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, la SC Nefrologia e Dialisi e la SC Cardiologia hanno prodotto ognuna 5 schede di CI. La SC Medicina ha realizzato 4 schede di CI. La SSvDip. Oncologia, la SC Oculistica, la SC Anestesia e Rianimazione, SC Anatomia Patologica e Citologia Diagnostica, SC Radiodiagnostica, SC Pediatria Neonatologia, SC Medicina Legale e dello Sport, SC SerT, SS Servizio Igiene e Sanità Pubblica e ciascun specialista ambulatoriale hanno strutturato una sola scheda di CI. Le altre rimanenti Strutture, che hanno aderito al corso formativo, hanno preparato 2 o 3 schede di CI. Delle 54 schede di CI elaborate 19 riguardano esami diagnostici e 35 sono relative a trattamenti terapeutici medico/chirurgici. Dei 40 medici specialisti partecipanti all'evento formativo: 5 appartengono alla SC Medicina, 2 alla SC Chirurgia Generale, SC Cardiologia, SC Urologia, SC Ortopedia Traumatologia, SSvDip Allergologia e SC Anestesia e Rianimazione ed 1 a tutte le altre Strutture che hanno aderito. Il corso di formazione ha permesso inoltre di individuare, per ogni struttura dell'azienda, un referente per il consenso informato con il mandato di identificare gli interventi per cui raccogliere il CI secondo la procedura, redigendo apposito elenco, e di svolgere un'attività di comunicazione ed interazione trasversale tra la struttura di appartenenza e i referenti dell'UGR. Il giudizio finale dei partecipanti sull'efficacia che il corso ha avuto, sulla loro formazione continua, è evidenziata dal seguente grafico:



Conclusioni

La letteratura scientifica internazionale, in relazione anche alle aree della clinical governance^[9], riporta numerose evidenze sulla necessità di coinvolgere maggiormente i pazienti nelle decisioni dei percorsi diagnostico-terapeutici da effettuare, senza influire negativamente, ma spiegando dettagliatamente i benefici, i rischi e le alternative possibili^[10]. Per poter dare un'adeguata informazione al paziente^{11,12} non solo si necessita, all'interno delle aziende sanitarie, di una metodologia comune di interazione ma anche di eventi formativi che forniscano agli operatori gli strumenti cognitivi necessari per applicarla. Il corso di formazione sul consenso informato realizzato dall'UGR dei PP.OO. Riuniti ASL NO ha superato le aspettative che gli stessi organizzatori si erano prefissati a tal punto che in questo anno è stata programmata un'altra edizione che ha lo stesso target e gli stessi docenti della precedente. Gli eccellenti risultati ottenuti scaturiscono da una ponderata preparazione e pianificazione del corso, che i componenti dell'UGR hanno svolto per identificare le specifiche esigenze di apprendimento, dall'adattabilità e dalla flessibilità che i docenti hanno mostrato nello svolgimento della didattica, rispondendo alle numerose e svariate domande poste, e da un costante e paziente lavoro di affiancamento, realizzato da un piccolo gruppo multidisciplinare che è riuscito a far applicare in pratica le nozioni esposte nel corso ed a valorizzarne i contenuti. L'esperienza che l'UGR intende condividere consiste nel favorire, durante l'organizzare di un corso di formazione sul campo, le attività didattiche che affrontino le criticità aziendali percepite come rilevanti, docenti interni capaci di motivare i corsisti e l'utilizzo di metodologie interattive che provochino un cambiamento specificatamente predefinito.

Inoltre l'esperienza del corso di formazione sul campo ha permesso all'UGR di sperimentare una tipologia di aggiornamento continuo in medicina che si è rivelata particolarmente applicabile anche per i corsi di formazione sulla gestione del rischio clinico. La nuova sfida che ora l'UGR intende intraprendere è quella di proporre in Azienda dei corsi di formazione sul campo per l'implementazione delle nuove procedure elaborate sulle ultime raccomandazioni del Ministero della Salute.

Riferimenti bibliografici

⁶Belleri, G.

2007 *L'acquisizione delle competenze assistenziali privilegia la pratica*, A&M Formazione, n. 8, Novembre

⁷Bienstock, J. L., Katz, N. T., Cox, S. M., Hueppchen, N., Erickson, S. e Puscheck, E. E

2007 *To the point: medical education reviews—providing feedback*, American Journal of obstetrics and gynecology Volume 196(6), June, p 508–513.

³Biocca, M. et al.

2007 *Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna Rapporto 2002-2006*, Agenzia Sanitaria Regionale Dossier 150

⁹Damiani, G. e Ricciardi, G.

2004 *Manuale di Programmazione ed Organizzazione Sanitaria*, Idelson Gnocchi, Napoli

¹²Davison, B. J., Parker, P. A., Goldenberg, S. L.

2004 *Patients' preferences for communicating a prostate cancer diagnosis and participating in medical decision-making*, BJU Int., Gennaio, 93(1):47-51

¹¹Edwards, A., Elwyn, G., Hood, K., Atwell, C., Robling, M., Houston, H., Kinnersley, P. e Russell, I.

2004 *Study Steering Group Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice*, Fam Pract, Agosto, 21(4):347-54.

⁵Knowles, M. S.

1999 *Quando l'adulto impara*, Milano, Franco Angeli

¹Pencheon, D., Guest, C., Melzer, D. e Gray, J. A. M.

2004 *Manuale Oxford della pratica in Sanità Pubblica*, Ed. Italiana a cura di Renga, G., Torino Centro Scientifico Editore

⁴Pisacane, A. e Continisio, I.

2007 *Come fare Educazione Continua in Medicina*, Il Pensiero Scientifico Editore

¹⁰Say, R., Murtagh, M. e Thomson, R.

2006 *Patients' preference for involvement in medical decision making: a narrative review*, Patient Educ Couns, Febbraio, 60(2):102-114

⁸Thomson O'Brien, M. A. et al.

2003 *Continuing education meeting and workshops: effects on professional practice and health care outcomes* (Cochrane review) In: The Cochrane Library, Issue 1

²[www.ministerosalute.it/ecm/presentazione/obiettivazionali del 08/03/2008](http://www.ministerosalute.it/ecm/presentazione/obiettivazionali%20del%2008/03/2008)

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Giannetti Giovanna	
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale NO di Novara	
Luogo e CAP	Borgomanero - 28021	
Via/C.so/P.zza	Viale Zoppis, 10	
Tel.	0322/848307	Fax 0322/848301
E – Mail	dirmedica.bor@asl13.novara.it	Cell. 335/1517761

La valutazione della tutorship pedagogica e clinica: elaborazione degli strumenti valutativi

Federica Ilari e Elena Cantone

Dottore in infermieristica tutor pedagogico, Infermiere tutor pedagogico presso ASL di Biella, Corso di Laurea in Infermieristica, Univ. "Amedeo Avogadro" di Novara

Abstract

Nei Corsi di Laurea in Infermieristica il sistema tutoriale, pedagogico e clinico, rappresenta il fulcro formativo professionalizzante dell'intero triennio, è l'aspetto fondamentale della formazione dell'infermiere e rispetta, per riferimenti concettuali e metodi, la centralità dello studente.

Nell'esperienza della nostra realtà, Corso di Laurea sede di Biella, il Coordinatore e i tutor pedagogici vogliono, attraverso un progetto di formulazione di idonei strumenti, raccogliere la valutazione diretta del fruitore dell'operato tutoriale pedagogico e clinico: lo studente.

Introduzione

Il primo riferimento legislativo che in ambito universitario richiama la figura del tutore è il DPR n. 382 del 1980, che recita: "Le attività didattiche comprendono sia lo svolgimento dell'insegnamento nelle varie forme previste, sia lo svolgimento, nell'ambito di appositi servizi predisposti dalle Facoltà, di compiti di orientamento per gli studenti, con particolare riferimento alla predisposizione dei piani di studio, ai fini anche delle opportune modifiche ed integrazioni sulla base dei risultati conseguiti dagli studenti stessi e delle loro meglio individuate e sopravvenute esigenze".¹

Viene, quindi, introdotto un ruolo con specifiche di orientamento indirizzato allo studente, ma per giungere ad indicazioni legislative più precise, delineanti il ruolo del tutorato, bisogna attendere altri dieci anni con la L.n. 341 del 1990 che recita: "Ciascuna Università provvede ad istituire con Regolamento il tutorato, sotto la responsabilità dei consigli delle strutture didattiche. Il tutorato è finalizzato ad orientare ed assistere gli studenti lungo tutto il corso degli studi, a renderli attivamente partecipi del processo formativo, a rimuovere gli ostacoli ad una proficua frequenza dei corsi, anche attraverso iniziative rapportate alle necessità, alle attitudini ed alle esigenze dei singoli. I servizi di tutorato collaborano con gli organismi di sostegno al diritto allo studio e con le rappresentanze degli studenti, concorrendo alle complessive esigenze di formazione culturale degli studenti e alla loro compiuta partecipazione alle attività universitarie."²

Ne emerge una figura tutoriale che all'interno del Corso di Laurea, esplica le proprie competenze formative guardando allo studente come ad un attore partecipe ed attivo.

Il ruolo del tutor, così come riportato dalla normativa vigente e dal Regolamento Universitario, assume una diversa connotazione rispetto al contesto formativo in cui mette in opera il percorso professionalizzante rivolto allo studente, sdoppiandosi in due figure distinte tra loro ma strettamente connesse: il tutor pedagogico che opera in ambito di sede universitaria e il tutor clinico che opera in ambito clinico assistenziale.

Considerando le due figure tutoriali, principali componenti del sistema formativo universitario infermieristico, si vuole chiedere allo studente, che è il soggetto attorno al quale viene imbastito il percorso professionalizzante, quali siano i contributi fondamentali che riceve dai tutor, le ricadute formative in ambito di percorso universitario e clinico che percepisce e come vive nello specifico le due figure. Per rilevare, e successivamente analizzare i dati, viene scelta come metodologia lo studio descrittivo osservazionale attraverso somministrazione di due questionari, distinti per figura tutoriale, derivanti dalla ricerca in letteratura e modificati per essere adattati alla realtà presa in esame.

¹ DPR 11 luglio 1980, n. 382 "Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica", art. 10 comma 4.

² Legge 19 novembre 1990, n. 341 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari", art 13.

La valutazione del tutor pedagogico

Per valutare un professionista attraverso la ricaduta del suo operato è necessario evidenziarne il ruolo, le specifiche competenze e responsabilità.

Il tutor pedagogico è il professionista con lo stesso profilo del Corso di Laurea in cui opera, quindi, un infermiere che svolge attività di docente e facilitatore all'interno dell'Università.

Ha la responsabilità di sostenere emotivamente e metodologicamente il singolo studente nel percorso di sviluppo personale e professionale stimolandolo ad identificare una propria direzione di crescita.^[3]

Strutturare il percorso didattico nella specificità di un contesto andragogico, cioè di formazione degli adulti e secondo uno stile di counseling, significa, per il tutor pedagogico, possedere conoscenze didattiche molto specifiche, entrare in empatia con lo studente, legittimandone le emozioni e comprendendone i vissuti, esplicitare il contratto educativo e gli obiettivi di apprendimento, allo scopo di rendere lo studente stesso il protagonista del proprio percorso formativo.

Il counseling pedagogico introduce il concetto di relazione d'aiuto in ambito formativo, in cui il tutor esprime competenze pedagogiche e relazionali di presa in carico e di accompagnamento, all'interno dei processi di educazione dello studente, al fine di aiutarlo nei metodi di adattamento alle diverse fasi dell'apprendimento sia teorico che clinico.

Per organizzare un percorso educativo, scientificamente strutturato e fondato, il tutor pedagogico è tenuto ad acquisire un "saper fare", quindi conoscere ed agire abilità comunicativo-relazionali, ma anche un "saper essere", cioè deve raggiungere la piena consapevolezza che all'interno del rapporto con lo studente entrano in gioco i propri vissuti e valori che, se non riconosciuti e resi coscienti, rischiano di inquinare, falsare ed irrigidire il rapporto tutor-studente.^[4]

Gli strumenti utilizzati dal tutor pedagogico per gestire il percorso formativo universitario e clinico dello studente sono il colloquio individuale e di gruppo, i gruppi di riflessione, l'analisi delle pratiche, il case study, i giochi di ruolo e la relazione d'aiuto.

La valutazione del tutor clinico

La valutazione del tutor clinico dovrà prendere in esame il contesto in cui il tutorato si esplica, il ruolo e le competenze che, per specificità, si differenziano da quelle del tutor pedagogico.

Il tirocinio costituisce l'occasione fondamentale di apprendimento clinico per lo studente, rappresenta il luogo in cui acquisire e consolidare le competenze professionali. Le esperienze cliniche hanno una durata media di tre o quattro settimane, otto ore per cinque giorni alla settimana, un così breve tempo comporta un aumento delle richieste nei confronti degli studenti, che sono chiamati a sfruttare al meglio le opportunità di apprendimento offerte dalla sede di tirocinio.^[5]

Il tutor clinico è un'infermiere che svolge attività di tutorato durante il suo lavoro all'interno dell'unità operativa di appartenenza. Ha la responsabilità di stimolare lo studente alla riflessività, alla decisionalità, alla responsabilità operativa e alla verifica dei risultati.

La necessità del tutore clinico di possedere solide competenze cliniche è fondamentale, in quanto è determinante che lo studente apprenda da un esperto.

Le capacità cliniche che distinguono il tutor sono la competenza nella gestione di casi secondo modelli assistenziali esplicitamente definiti e l'attenzione costante alle evidenze scientifiche in campo infermieristico.

Il tutor clinico deve garantire la trasmissione del proprio bagaglio di conoscenze e di esperienza agli studenti, quindi, deve saper rendere esplicito il ragionamento clinico, saper fondare le decisioni assistenziali, rendere chiari i principi che guidano la realizzazione degli interventi infermieristici e dare risposte eticamente significative a problemi che emergono durante il lavoro con il malato.^[6]

Progetto di valutazione del tutorato pedagogico e clinico

Nell'esperienza biellese, da anni si sta attuando un articolato progetto di formazione tutorale clinica e la collaborazione tra tutor pedagogici e tutor clinici viene attuata attraverso contatti in sede di Corso di Laurea e di setting clinico di tirocinio, con la finalità di integrare il percorso teorico e quello pratico e di raggiungere l'acquisizione delle competenze attese, da progetti formativi e piano di studi, da parte degli studenti, alla fine del triennio.

I dati che ci danno la percezione del raggiungimento dei risultati formativi attesi, della qualità dei metodi tutorali adottati emergono, solamente, dal mero confronto tra tutori e dagli esiti che gli studenti ottengono agli esami di Stato.

Il coordinatore del Corso di Laurea di Biella e noi tutor pedagogici stiamo elaborando un sistema di raccolta di dati che tenga conto, come tutto il percorso formativo, della centralità dello studente. Si vogliono raccogliere dati significativi e di immediata ricaduta del complesso lavoro di tutorato direttamente dal fruitore principale, quindi, dallo stesso studente.

L'obiettivo principale del progetto risiede nel verificare e valutare, attraverso la percezione degli studenti, il ruolo tutorale e i metodi formativi adottati.

Il metodo utilizzato risiederà in un'accurata e metodica revisione della letteratura che prenderà in esame tutte le esperienze, soprattutto estere, di valutazione del tutorato, giungendo a selezionare degli strumenti di valutazione atti a tale scopo.

Gli strumenti di valutazione, che dovranno essere compilati dagli studenti, saranno due, un questionario indirizzato al tutorato pedagogico e uno a quello clinico. Tali questionari saranno frutto di strumenti ampiamente sperimentati in campo formativo infermieristico, validati e successivamente, da noi, adattati alla realtà biellese.

Dall'interpretazione dei dati emersi si apriranno nuovi spazi di arricchimento intellettuale della figura dell'infermiere che si occupa di formazione universitaria, si potranno evidenziare punti di forza e punti di debolezza della nostra realtà locale, dando, quindi, ampio spazio a modifiche sia a livello formativo universitario che clinico.

Riferimenti bibliografici

⁴Artioli, G. e Bigi, V.

2004 *Il counseling pedagogico nella formazione infermieristica*. Nursing Oggi Gennaio-Marzo, 1:24-31

⁶De Marinis, M.G., Tartaglini, D., Matarese, M., Piredda, M. e Binetti, P.

1999 *Modelli per la formazione clinica nel diploma universitario per infermiere*. Nursing Oggi Aprile-Maggio, 2:41-7

³Eulogio, C., De Ruvo, A., Ilari, F. e Zorzi, N.

2006 *Sperimentazione didattica di un sistema tutoriale nei Corsi di Laurea in Infermieristica*. Nursing Oggi Luglio-Settembre, 3:24-31

⁵Mantovan, F.

2005 *Tutor e infermiere referente di tirocinio: una progettazione personalizzata per ridurre lo stress percepito dagli studenti*. Nursing Oggi Ottobre-Dicembre, 4:30-4

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Ilari Federica	
Ente di appartenenza	ASL BI	
Luogo e CAP	Biella - 13900	
Via/C.so/P.zza	Via Caraccio, 5	
Tel.	015/8409333	
E – Mail	ilari71@libero.it o federica.ilari@infermierbiella.it	Cell. 348/3027844

Il Gruppo di Lavoro per la progettazione e la realizzazione del Corso di aggiornamento sulla Comunicazione Interpersonale nell'Unità Operativa di Chirurgia dell'ASL BI

Leonardo Jon Scotta

Operatore S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane Azienda Sanitaria Locale BI - Biella – Psicologo

Abstract

L'articolo vuole focalizzare l'attenzione sulle fasi che hanno portato alla progettazione e alla realizzazione del "Corso di aggiornamento sulla comunicazione interpersonale" tenutosi presso l'Unità Operativa di Chirurgia dell'Azienda Sanitaria BI di Biella. L'analisi sarà permeata su quello che, oltre all'aspetto puramente professionale e partecipativo, riguarda la sfera emotiva e di coinvolgimento personale nella partecipazione al Gruppo di Progetto. Si cercherà tuttavia di fornire indicazioni oggettive riguardanti gli strumenti ed i metodi utilizzati, tenendo come traccia i riferimenti teorici relativi alla Ricerca Intervento formulati da Kurt Lewin e adattandoli allo specifico contesto formativo.

Costruzione delle ipotesi

Questo momento rappresenta la prima fase proposta dal modello di Lewin per la ricerca intervento. Più che vere e proprie ipotesi, si può parlare di motivazioni che spingono i ricercatori, ed in particolare i responsabili aziendali, ad intraprendere l'iniziativa. Non è ancora il momento degli obiettivi ed effettivamente sarebbe prematuro parlarne. Semplicemente viene focalizzata l'attenzione sulle problematiche, più o meno palesi, emerse nel contesto cui rivolgere l'intervento. Ci si domanda quale sia il problema ancor prima di poter individuarne la possibile soluzione. Semplicemente il fatto di sensibilizzarsi al problema organizzativo è un fondamentale punto di partenza per la costruzione dell'ipotesi di intervento. Io sono approdato, come osservatore, a questo punto della fase di costruzione delle ipotesi. Il lavoro fin qui svolto tuttavia è stato più che complesso ed è partito con alcune ipotesi già formulate nei mesi precedenti. È stato proposto in particolare un progetto formativo per gli O.S.S. (Operatori Socio Sanitari) relativamente alla necessità di adeguarsi alla condivisione di uno strumento per migliorare l'assistenza erogata ai pazienti ricoverati (Piano d'Assistenza). Le difficoltà riguardano le competenze specifiche degli O.S.S. e le conoscenze che gli stessi Infermieri hanno a riguardo delle attività delegabili al personale O.S.S.. Per procedere ad un corso improntato a ridurre le lacune osservate nella prassi quotidiana, è stato pensato un questionario da somministrare agli infermieri in cui sono richieste le conoscenze riguardo all'attività e le competenze dei collaboratori O.S.S.. Ed è attraverso la compilazione del questionario che è stato compreso che, al di là di tutti i problemi organizzativi, le difficoltà si potevano ricondurre ad un problema comunicativo tra le figure professionali, o meglio di condivisione delle informazioni durante l'attività lavorativa quotidiana. Devo ammettere quindi che il problema e le relative proposte di costruzione dell'intervento sono state formulate con efficacia attraverso un'attenta analisi del responsabile dell'iniziativa, la Caposala del reparto di Chirurgia dell'Ospedale di Biella.

Il ruolo da lei ricoperto, ed in particolare la sua sensibilità ed attenzione ai dipendenti del reparto, sono stati sufficienti come "termometro" per evidenziare il problema centrale cui insistere per risolverlo attraverso una specifica attività formativa. Accanto a lei, sensibilizzate all'iniziativa, partecipano alla progettazione dell'attività la collega, attuale Caposala degli Ambulatori di Chirurgia, e la Referente per la Formazione della Struttura Complessa Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane. La "diagnosi" del problema è già chiara: in reparto, in particolare tra le figure professionali degli Infermieri e degli O.S.S., la comunicazione interpersonale non è sempre efficace. A risentirne sono i rapporti tra i colleghi, tra le diverse figure professionali e, ovviamente, i delicati rapporti con i pazienti ricoverati ed i loro parenti. Il problema, al di là del mancato passaggio di informazioni, sembra proprio essere una difficoltà del gruppo nel riuscire a collaborare efficacemente.

Il problema è evidenziato, inizia così la progettazione dell'intervento formativo più adeguato al nostro caso. Gli obiettivi del corso sono semplici e chiari: si tratta di sensibilizzare alla necessità di una

corretta ed efficace comunicazione nell'ambito del lavoro quotidiano, ponendo attenzione particolare sulla comunicazione tra i colleghi e con i pazienti. L'analisi dei bisogni è stata dunque sviluppata correttamente dai responsabili dell'iniziativa (Coordinatori Infermieri Chirurgia A e B e referente O.S.R.U.) osservando la quotidianità lavorativa di reparto.

Viene avvertita una carenza di un corretto passaggio di informazioni tra colleghi e collaboratori che porta ad alcuni errori evidenti durante la comunicazione tra le diverse figure professionali di reparto. Ci si aspetta che il corso abbia un buon impatto operativo sulle capacità comunicative e relazionali degli operatori di reparto, nonché una ricaduta sulla qualità assistenziale al paziente. È una scommessa, ma la progettazione e gli obiettivi sono chiari.

La scelta del "campo": Luoghi, tempi e metodi

Questa fase, nella progettazione di un intervento, risulta essere la chiave vera e propria perché questo abbia effetto. Si tratta di contestualizzare l'attività nel modo più specifico possibile, delimitandone il "campo" almeno con due coordinate: lo spazio ed il tempo. Per spazio si intende l'ambito umano dei soggetti/oggetti (personale interessato, figure professionali coinvolte...) della ricerca ed anche il luogo fisico dove sono collocati e nel quale si manifestano i rapporti che li legano. Il tempo riguarda il momento storico in cui si colloca l'analisi dei bisogni e la realizzazione dell'iniziativa. Nel nostro caso specifico queste due dimensioni sono state sicuramente analizzate nel dettaglio nella fase di progettazione. Gli incontri del gruppo di progetto, ancor prima della compilazione della Proposta O.S.R.U. dell'intervento formativo prevista da regolamento Asl, sono state incentrate su questi aspetti. Il contesto o "campo" è chiaro: il corso è rivolto ad Infermieri Professionali, Coordinatori Infermieri e personale O.S.S. del reparto di Chirurgia dell'Ospedale di Biella. Lo stesso vale per lo spazio utilizzato, individuato all'interno dell'Unità Ospedaliera, utilizzando un'aula che per caratteristica fosse sufficientemente accogliente e adeguata al lavoro di gruppo e soprattutto comoda e facile da raggiungere per tutti i partecipanti. Inoltre nella progettazione di un'attività come questa non può essere trascurata un'altra dimensione fondamentale: i tempi. La proposta da consegnare secondo regolamento all'O.S.R.U. perché possa essere richiesto l'accreditamento ECM (Educazione Continua in Medicina) prevede obbligatoriamente la compilazione di un crono-programma dettagliato dell'attività formativa. Questa fase risulta delicata perché è necessario tenere presenti diverse variabili: gli argomenti da trattare, i momenti della giornata in cui è possibile realizzare l'intervento, il numero di partecipanti, la durata di ogni singolo modulo e soprattutto le strategie didattiche da utilizzare. Ho partecipato anche io attivamente a questa fase è stata quella che sicuramente ha richiesto il maggior impegno progettuale da parte di tutto il gruppo di progettazione. Individuati gli obiettivi e compresi quali fossero i bisogni formativi, occorreva determinare i metodi dell'intervento. Senza entrare nel dettaglio del crono-programma, è bene comunque sottolineare l'importanza di questa fase di progettazione.

Prima di tutto, considerando la numerosità dei partecipanti e soprattutto la copertura dei turni di lavoro del personale infermieristico, vengono previste due edizioni del corso, individuando come collocazione temporale il pomeriggio, dopo il cambio del turno lavorativo. Poi, in base a quelli che erano stati individuati come bisogni formativi, vengono previsti tre moduli (o giornate d'aula) in cui verranno trattati, rispettivamente, i temi della comunicazione personale, della comunicazione tra colleghi e della comunicazione con il paziente e care-giver, cui seguirà una giornata conclusiva di confronto e valutazione tra i gruppi appartenenti alle due diverse edizioni. La sfida per il Gruppo di Progetto diventa a questo punto proprio quella di trattare questi argomenti in modo innovativo al fine di costruire la partecipazione attiva di tutti i partecipanti. Se l'obiettivo è quello di sviluppare la collaborazione tra i colleghi di lavoro, bisognerà iniziare a farlo durante l'intervento formativo. Ma come? L'idea è quella di rendere le giornate in aula il più interattive possibile con i partecipanti. La collaborazione nasce dal lavoro di gruppo e proprio su questo il corso intende essere strutturato: parlare di comunicazione, facendo comunicazione è l'idea che il Gruppo di Progetto, me compreso, porta avanti. Riflettendo sulle risorse umane presenti in Azienda, ed in particolare tra i colleghi del Reparto di Chirurgia, si individua con facilità una figura che più può essere indicata nel nostro contesto formativo. La sua esperienza teatrale, infatti, può diventare prezioso aiuto nella costruzione di rappresentazioni di situazioni comunicative, adattabili ai temi delle diverse giornate degli incontri. È decisamente qualcosa di innovativo ma pian piano l'idea prende forma. Accanto a brevi cenni teorici sugli aspetti della comunicazione e sulla gestione dei conflitti (affrontata dalla Capo Sala e la sua collaboratrice), ogni giornata sarà caratterizzata da veri e propri esempi concreti di situazioni comunicative, costruiti ad hoc con l'aiuto e l'esperienza del collega individuato esperto di teatro. La seconda parte della giornata, inoltre, dopo una discussione su quanto osservato nella rappresentazione, vedrà la partecipazione attiva dei partecipanti: avranno il compito, a loro volta, di mettere in scena, secondo le richieste di un semplice canovaccio teatrale, una loro rappresentazione

comunicativa. La discussione alla fine della giornata sarà mediata poi da una figura esterna al reparto di Chirurgia, ma con lunga esperienza in campo Ospedaliero e sensibilità proprio su temi relativi la comunicazione interpersonale.

Infine ai partecipanti sarà richiesto di compilare, durante lo svolgimento della giornata, un "diario di bordo" che dia la possibilità di comunicare tutte le impressioni e le osservazioni a caldo di quanto viene affrontato in aula. Il progetto ed il tipo di lavoro sono quindi pianificati nei minimi dettagli, condizione necessaria perché un'esperienza originale di questo tipo possa venire realizzata. Sicuramente i dubbi su come i partecipanti affronteranno gli incontri sono leciti, ma formalmente posso dire che a livello di pianificazione ogni passo è stato eseguito con professionalità e la dovuta attenzione.

Possiamo dire quindi che la progettazione ha rispettato i crismi di quello che dovrebbe essere prevista da un modello di analisi e di ricerca. L'iter burocratico aiuta in tal senso, ma è la sensibilità del responsabile del Gruppo di Progetto e dei collaboratori che posso essere attenti a tutte le dimensioni. Il consiglio è sempre quello di non dare mai niente per scontato, tenendo informati costantemente tutti gli attori nei diversi momenti e nelle diverse fasi. Il passaggio di informazioni è fondamentale sempre, non solo nel momento della realizzazione pratica dell'iniziativa.

L'intervento: la premessa per le giornate formative in aula

Nel nostro caso la ricerca vera e propria e la progettazione si sono esaurite con l'analisi dei bisogni e l'individuazione degli obiettivi; fasi, come detto, affrontate con la corretta attenzione e professionalità. Io ho seguito lo sviluppo del corso di formazione nelle sue giornate della seconda edizione, restando a contatto con lo stesso gruppo per tutto lo svolgimento dell'iniziativa formativa, e ciò mi permette di fare una breve riflessione che servirà da premessa per il lavoro dei docenti in aula. Ricordo che inevitabilmente ciascun gruppo, benché sottoposto agli stessi stimoli, alle stesse proposte di lavoro, ed essendo inserito nel medesimo contesto formativo, reagisce diversamente ad ogni singola situazione d'aula.

Il gruppo è qualcosa di dinamico e non sempre risponde come il conduttore può attendersi, soprattutto di fronte un tipo di formazione di interazione ed innovativo come quello proposto nel nostro caso. Il docente deve quindi cercare, nel limite del possibile, di fare "tabula-rasa" ad ogni nuova lezione e soprattutto nel passaggio tra un gruppo di lavoro ad un altro. Questo accorgimento è utile in una doppia prospettiva: per il docente, perché non cada nel pregiudizio che l'aula affrontata nella seconda edizione della stessa lezione si comporti come nel primo intervento; per i discenti, perché non subiscano passivamente un'aspettativa nei loro riguardi diversa da quella che risulterà realmente e, di contorno, non abbiano una lezione più "fiacca", proprio perché ripetizione di qualcosa già presentato ad altri. Non è facile, per i docenti, liberarsi mentalmente da questa sensazione di "già vissuto", ma è comunque bene esserne consapevoli per lasciarsene influenzare il meno possibile.

Riferimenti bibliografici

Kaneklin, C. e Bruno, A.

2003 *Progettare nel sociale: la ricerca-azione*, in: Alastra V. (a cura di), Atti del Convegno "Valorizzare l'Organizzazione, organizzare il valore – gestione e sviluppo delle risorse umane che promuovono salute", Perugia, Edizioni SEDES

Lewin, K.

1972 *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Bologna, il Mulino (ed. orig. *Field Theory in Social Science*, New York, Harper&Row Publishers, 1951).

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Jon Scotta Leonardo	
Ente di appartenenza	Struttura Complessa Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane - ASL BI	
Luogo e CAP	Biella - 13900	
Via/C.so/P.zza	Via Marconi, 19	
Tel.	(Ufficio) 015/2527444	
E – Mail	leonardo.jon@aslbi.piemonte.it	Cell. 347/9182505

Particolarità, complessità, nodi e difficoltà nella produzione di proposte informative e formative per l'équipe del Centro di Salute Mentale

Sergio Laguzzi, Tiziana Violato, Paola Fila

Psichiatra, Analista S.I.P.I., Docente S.A.I.G.A., Responsabile CSM Villar Perosa, Psichiatria 2, ASL TO 3, Sede di Pinerolo, Dirigente e Docente in Scienze Infermieristiche, Coordinatore-Psichiatria 2, ASL TO 3, Sede di Pinerolo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Responsabile CSM Pinerolo, Psichiatria 1, ASL TO 3, Sede di Pinerolo.

Abstract

Il seguente lavoro prende spunto da una triennale esperienza di formalizzazione e strutturazione di proposte formative per operatori di Centri di Salute Mentale. Si propone di descrivere particolarità, complessità e nodi propri del Centro di Salute Mentale (CSM) per evidenziare le più importanti necessità formative e sostenerne lo sviluppo in una coerente progettazione ed attuazione.

Particolarità e complessità

Il CSM è il luogo in cui l'équipe psichiatrica, costituita da differenti figure professionali, Operatori Socio Sanitari, Infermieri, Assistenti Sociali, Educatori, Psicologi, Medici articola ed attua progetti terapeutici, assistenziali, educativi, riabilitativi rivolti a persone affette da differenti patologie psichiatriche residenti in un territorio. È il luogo dove si sono stratificate negli anni le teorizzazioni che dovrebbero costantemente informare gli interventi psichiatrici per sottrarli ad atteggiamenti e modalità spontaneistiche e riduttive che ne minerebbero efficacia e qualità. Questo corpus teorico è nato in un particolarissimo contesto operativo in cui: non si può selezionare l'utenza; si deve far fronte alle necessità del paziente e più spesso della sua famiglia o delle agenzie sociali, che sono di fatto gli invianti; il tipo di incontro tra curanti ed assistiti non è quasi mai di cooperazione ma più spesso di cooperazione/conflitto e talora apertamente conflittuale. Ogni singolo operatore dell'équipe è quindi continuamente sollecitato da intense tensioni emotive che richiedono una decodificazione continua per poter operare nel modo più consapevole, monitorare e rivalutare la prassi operativa e ri-orientarla alla difesa (ad oltranza) del rapporto terapeutico e del paziente^[5]. Tutto questo comporta necessariamente l'amplificazione delle riflessioni oltre che sulla condizione dell'assistito e dell'alleanza terapeutica, anche sul ruolo degli operatori, sui loro vissuti, aspettative e difficoltà. Il continuo lavoro di ripensamento, "mentalizzazione", ridonazione di significato è indispensabile nel lavoro dell'équipe psichiatrica che, non opera solo sul piano del gesto concreto ed esplicito, come ad esempio l'utilizzo delle terapie farmacologiche, ma soprattutto sul "modo" con cui gestire le emozioni e sulla capacità di renderlo disponibile al paziente, per il suo apprendimento relazionale conscio, preconscious ed inconscio, sintonizzandosi con lui e modulandosi nelle interazioni relazionali. Questa complessa operatività rinvia ogni operatore, di qualsiasi qualifica, all'acquisizione di un corpus teorico, di tecnologie dell'intelletto, di una prassi con cui modulare la tensione operativa ed in cui utilizzare gli intrecci tra gli sviluppi intrapsichici ed interpersonali.

La progettazione della formazione sul campo non può quindi sottrarsi alle complessità inerente non solo la formulazione di teorie di riferimento e l'organizzazione delle attività ma anche il discernimento delle emozioni e lo sviluppo di tecnologie con cui estrarne i contenuti inconsapevoli e produrre prassi più consapevoli ed utilizzabili.

Nodi

Non soltanto la complessità, il continuo rinvio tra consapevole ed inconscio, le conflittualità, insistono sull'operatività nel CSM. Spesso l'équipe è disfunzionale poiché costituita in modo eccessivamente casuale, assottigliata da eccessivi rimaneggiamenti, impoverita dal mancato turnover generazionale e dal vecchieggiamento degli operatori e dei loro stili operativi, dalla confusione tra vecchi e nuovi ruoli e profili professionali, indebolita dall'impossibilità di sostituire componenti inadeguati, dallo scollamento tra le offerte formative universitarie, i vincoli normativi e le reali disponibilità economiche delle aziende. Frequentemente nell'équipe si sviluppano spontaneamente deformità operative indotte

dallo sviluppo di inadeguati o patologici meccanismi di salvaguardia del sé (es. noi contro il paziente), dallo sviluppo di atteggiamenti scarsamente riflessivi, partecipativi ed integrativi nel lavoro di gruppo e di modalità disadattive come semplificare, scadere nella routine, rendersi indifferenti o al contrario agire acting out senza aver condiviso e senza considerare le variabili del contesto. Ne conseguono l'appiattimento in ruoli passivi e subordinati, la mancata sperimentazione di nuovi modelli, la produzione di inconsapevoli sentimenti di inadeguatezza e di scoraggiamento nel riproporsi o ripensarsi nell'ambiente psichiatrico od in ambiti alternativi, quando ne fosse riconosciuta la necessità. Sarebbe quindi auspicabile, al di là di contingenze economiche e politiche, maggiore attenzione sia per la selezione che per lo sviluppo professionale di ogni componente dell'équipe, e che: la scelta di lavorare in ambiente psichiatrico nasca da motivazioni personali, da vagliare opportunamente; l'operatore possieda intelligenza, capacità sociali, motivazioni nate da reale interesse per la psicopatologia, non sia affetto da turbe del carattere e del comportamento, sia esente da psicopatologie maggiori; sia già preliminarmente preparato prima di giungere all'ambiente specialistico; trovi nell'ambiente specialistico l'opportunità di approfondirsi ulteriormente, considerando che se la sua preparazione è onerosa, è anche una risorsa che non deve essere affossata da situazioni eccessivamente frustranti o de-formanti; che il suo impegno trovi adeguate gratificazioni, non da ultimo economiche, in particolare, quando la sua attività formativa è collegata a concrete necessità di servizio e si integri in un progetto definito e verificabile. Tali evidenze rappresentano oggi oltre che nodi difficili da sciogliere nella concreta operatività anche nella costruzione di proposte formative, spesso considerate non come opportunità evolutive individuali e gruppali ma come inutili interruzioni della routine.

Formazione sul campo

Sarebbe falsificante proporre situazioni formative avulse da teoria e prassi terapeutica. Non è sufficiente proporre la sola lettura di libri o riviste, o la sola partecipazione a convegni e congressi per acquisire nuove tecniche. L'informazione su diagnosi, prognosi, terapie ecc., è essenziale, ma non sufficiente. Nel CSM non ci sono macchine da usare e non esistono manuali per l'uso o elenchi di procedure che possono garantire il miglioramento dell'intreccio tra conscio ed inconscio, razionalità ed emozioni, sviluppo intrapsichico e relazioni interpersonali. La proposta formativa risente dell'esigenza di promuovere un percorso di approfondimento e conoscenza in cui motivazioni personali, desiderio di sperimentazione, introspezione e socialità siano attivate.

Il formatore, se non vuole operare in modo superficiale, mentre avanza le sue proposte, richiede all'operatore di mettersi in gioco, di incontrare la propria interiorità (aspettative, conflitti, fragilità), di confrontarsi, dialogare, condividere con gli altri ed accrescere il proprio bagaglio esperienziale, riflettere sulle rischiose e deformanti identificazioni^[3] in cui quotidianamente è immerso nella relazione con i pazienti. Se l'operatore è avulso da tale modo di ripensarsi corre il rischio di un'eccessiva solitudine, della perdita di confini codificati entro cui esercitare il suo ruolo, del disorientamento rispetto alla propria identità professionale.

Nel CSM, per meglio chiarire, non è richiesto che l'infermiere o l'educatore o chiunque altro debba "fare lo psicologo" o cimentarsi in tecniche non proprie del suo profilo, ma che aspiri ad "esserlo un po'" e a mantenere ed accrescere continuamente, per quanto possibile, anche grazie alla formazione, tutte le capacità personali per "stare con il paziente" ed essere autenticamente un "facilitatore di relazioni evolutive"^[1]. L'esperienza del quotidiano lavoro d'équipe, e la consuetudine delle sistematiche riunioni, con i suoi ripensamenti, se mantiene il significato di ridefinire e ridonare significati è oltre che organizzazione situazione formativa e ri-creativa, Però rischia la routine e può non aggiungere molto. Qualsiasi situazione formativa utile rinvia all'esperienza personale ed allo sviluppo di una densa rete di relazioni sociali. Si tratta di mettere in gioco le proprie private esperienze, riconsiderare i vissuti, non solo lavorativi, ma anche di padre, madre, figlio, fratello, per esserci, confrontarsi e quindi per ripensare. Diventare così "capaci" di mantenere, per anni, difficili relazioni interpersonali, che lasciano il segno, fanno soffrire, che richiedono un contributo autentico e sono frustrate dal patologico, sollecitante e deformante atteggiamento psicologico dei pazienti più gravi. Per questi motivi anche una circostanza formativa inerente alla trasmissione di informazioni, ad esempio sulla responsabilità professionale, avrà una modesta ricaduta se non avrà modo di attivare, come parte indispensabile del processo formativo, la rilettura, tra interesse personale, confronto con i colleghi, ripensamento delle proprie esperienze lavorative, della propria intima e privatissima interiorità. Sembra quindi che nella situazione formativa occorra proporre un'attrattiva, destare stupore, adesione, atteggiamento critico e costruttivo rinviando allo sviluppo di una professionalità nel ripensare, riflettere, aderire alla propria interiorità ed alle dinamiche interpersonali.

La "tecnologia dell'intelletto"^[4] necessaria per un'utile attività formativa, una volta che sia reale l'adesione dell'uditorio, non solo riunito per la forzosa raccolta dei punti ECM ma da più autentiche

necessità, deve però produrre messaggi autorevoli, aderenti all'attività professionale quotidiana, esportabili, confrontabili, esposti in modo da non produrre l'anomia nel discente, adatti a riconoscerne le differenze, utilizzabili in modo interattivo per favorire modalità attive e partecipative, ma deve anche rompere la consuetudine ed aggiungere nuovi materiali. Per tali obiettivi il docente dovrebbe portare con il suo sapere, tutto quanto è esprimibile nei termini di numeri, grafici e statistiche (ciò che è nomotetico), ma anche la sua testimonianza, cioè la viva narrazione di esperienze non misurabili come le sue emozioni, delusioni, desideri (ciò che è idiografico). Sarebbero quindi auspicabili oltre alle situazioni di tradizionale trasmissione delle informazioni con un docente che si propone ad un vasto uditorio, piccoli gruppi di studio (10-15 partecipanti), eterocentrati^[3] sul compito, giocati sulla serrata condivisione, in ragionevoli tempi e numero di incontri (3-5). In tali circostanze, opportunamente regolamentate (un conduttore che stimola e guida ed un secondo conduttore che registra e sollecita il ripensamento) si può ottenere un'elevata densità di sollecitazioni e di condivisioni, senza cadere nelle dinamiche del gruppo autocentrato, mirando allo sviluppo di un contesto operativo in cui specialisti riflettono su teorie, prassi, strategie e si confrontano tra condivisione e diversità, realizzano una situazione non solo organizzativa o di problem solving ma anche in cui sia possibile riflettere creativamente sugli aspetti impliciti, inconsapevoli, mediati dalle emozioni ed eventualmente dal dolore mentale, più che dalla ragione, per raggiungere una più autentica valutazione di atteggiamenti e contro-atteggiamenti, affrontando derive difensive o burocratizzanti.

Riferimenti bibliografici

¹AIOL Associazione Infermieri Online. Fascio V

2002 *Il nursing a sfondo psicoterapico nei servizi di salute mentale problemi e prospettive*, Convegno Rivoli 14 giugno, <http://www.infermierionline.net/specialistiche/nursing-psicoterapico.htm> (data ultima consultazione 17/03/2008)

²Fassino, S., Garzaro, L., Laguzzi, S., Scarso, G., Munno, D. e Rovera, G. G.

1991 *Il gruppo eterocentrato quale strumento formativo per volontari per l'assistenza a malati AIDS*. Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria 2,95-124.

³Gabbard, G. O.

2007 *Psichiatria Psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano

⁴Goody, J.

2002 *Il potere della Tradizione Scritta*, Bollati Boringhieri, Torino

⁵Siani, R., Siciliani, O. e Burti, L.

1991 *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*. Feltrinelli, Milano

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Laguzzi Sergio	
Ente di appartenenza	ASL TO 3 - Sede di Pinerolo	
Luogo e CAP	Pinerolo - 10064	
Via/C.so/P.zza	Stradale Fenestrelle, 72	
Tel.	0121/233853	Fax 0121/233858
E – Mail	slaguzzi@asl10.piemonte.it	Cell. 338/5312568

“Parola di Tirocinante”: gli elementi che favoriscono l’apprendimento in un percorso di tirocinio

Elisa Livera

Tirocinante presso la Struttura Complessa Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane - Azienda Sanitaria Locale BI

Abstract

Il presente contributo espone il punto di vista sull’esperienza di tirocinio/stage, proprio di una tirocinante. Il punto fondamentale proposto ed utilizzato come cornice di riferimento è la necessità di arrivare ad una costruzione di “senso”,^[4] da parte di chi apprende, al fine di trarre maggior vantaggio possibile dall’esperienza formativa di tirocinio. A partire da questo presupposto saranno presentati alcuni fattori che possono essere, a parere di chi scrive, favorevoli all’apprendimento. Questi fattori in breve sono: la riflessione, la gestione delle emozioni, la figura del tutor come base sicura, la ridefinizione in itinere del progetto formativo sulla base delle competenze, il feedback e la valutazione.

Il tirocinio è un’esperienza che, sia che si tratti di studenti che si avvicinano per la prima volta al mondo del lavoro e all’applicazione sul campo delle nozioni acquisite, sia che si tratti di professionisti che hanno intrapreso un nuovo percorso o una nuova carriera, o che semplicemente si apprestano a scoprire tecniche e applicazioni innovative, si prefigura sempre come un’occasione di grande complessità e ridefinizione del proprio Sé come persona che non solo impara qualcosa di nuovo ma che sta pian piano prendendo la forma del “professionista competente”, capace di padroneggiare nuove situazioni, competenze e parti di sé. Tutto ciò avviene in un’organizzazione complessa, e in una rete di relazioni complesse.

Va da sé che non si sta parlando di un percorso semplice e approssimativo, come purtroppo a volte il tirocinio viene considerato sia dallo stesso tirocinante, sia dall’Organizzazione che lo prende in carico, sia talvolta dalle stesse istituzioni, quali le Università, che lo promuovono (qualche ora come superficiale corollario di un percorso didattico- teorico basato su lezioni d’aula).

Appurato il fatto che il tirocinio è un’esperienza di grande impatto e coinvolgimento, che ha il potere di agire potentemente sulla definizione di Sé in termini professionali e in termini personali, (pensiamo ad esempio ad uno studente che affronti un’esperienza di primo vero contatto con il mondo del lavoro e si trovi ad avere delle relazioni “gomito a gomito” con veri colleghi, capi e gruppi di lavoro) sarà inevitabile che il tirocinante, per dare un senso al suo agire, si fermi a riflettere e si chieda “Che senso ha tutto questo per me?”. Questo momento essenziale di rielaborazione dell’esperienza è il processo di sensemaking che significa letteralmente “costruzione di significato” ed è implicito nel suo stesso nome che presupponga la presenza di un soggetto attivo, che attivamente costruisce il mondo intorno a sé e i suoi significati.

Parlare di sensemaking significa parlare della realtà come di una costruzione continua che prende forma quando le persone danno senso retrospettivamente alle situazioni in cui si trovano e a quello che hanno creato. C’è una forte qualità riflessiva in questi processi.^[4]

Noi tutti cerchiamo, in maniera continua e prevalentemente non intenzionale, di costruire delle storie plausibili per cercare di ridurre l’ambiguità e costruire delle cornici che aiutino a riordinare le esperienze; Robinson (1981) parla a questo proposito di storie “degne di nota” per mettere l’accento sul fatto che le storie interessanti sono quelle che prendono forma nel tentativo di costruire il significato di esperienze difficili, fuori della norma, che hanno creato ostacoli e che siano quindi materiale d’elezione per l’enactment e un’attività riflessiva. Il tirocinio è appunto un percorso costituito di eventi concatenati che ben presentano le caratteristiche citate da Robinson:

- un’interruzione della routine: ad esempio l’“essere gettato” in un’organizzazione complessa che avanza delle richieste quando non si sono ancora svestiti i panni dello studente che, munito di blocco per gli appunti, segue con diligenza i corsi curricolari;
- la presenza di azioni difficili: ad esempio l’atto di traduzione dal piano teorico al piano operativo in un’ottica di implementazione delle competenze, all’interno di una rete di relazioni complesse;
- la presenza di eventi imprevisti: questi sono imprescindibili essendo le organizzazioni, per definizione stessa, organismi viventi in continuo cambiamento governate dall’ambiguità.

Materiale esperienziale che ben si presta dunque ad un'attività riflessiva.

La **riflessione**, infatti, si qualifica come un elemento imprescindibile del processo formativo. Sia che si tratti di un momento prevalentemente individuale oppure di un momento strutturato di confronto e scambio all'interno di un gruppo, non si può non fermarsi a riflettere sulle proprie esperienze perché queste siano davvero fonte di apprendimento, e vadano ad alimentare la ritenzione di schemi salienti e rilevanti, nonché fonte di meta-apprendimento, così che il soggetto riflessivo impari a "apprendere ad apprendere".^[1]

Di grande impatto e utilità è, a questo proposito, la consuetudine alla scrittura. Scrivere le proprie esperienze in un'ottica riflessiva e di costruzione di senso è un atto generativo essenziale in quanto, come insegna Weick: "Come posso sapere quello che penso se non vedo quello che dico?"

Può essere utile a questo scopo lo strumento del "Diario di bordo" su cui annotare giornalmente le proprie riflessioni circa le esperienze giudicate soggettivamente più significative in modo da avere, a conclusione del percorso fatto, un sentiero tracciato che ci aiuti a ripercorrere con la mente i momenti e le esperienze trascorsi e a cucirli gli uni con gli altri con un filo rosso invisibile, che altri non è che il filo della riduzione della complessità e dell'ambiguità e del contemporaneo emergere di rielaborazione e significato. *Scrivere un diario di lavoro è un modo per trovare lo spazio quieto del pensare, quello che viene definito "ritiro riflessivo" [...] e [...] consente la ritenzione, cioè rende disponibile un materiale esperienziale sul quale ritornare riflessivamente per guadagnare consapevolezza dei propri vissuti e delle esperienze mentali che li hanno accompagnati*^[3]. Il processo di riflessione aiuta dunque a dare un senso, a far chiarezza, e quando si tratta di esperienze peculiari come un percorso formativo, aiuta a "digerire" ciò che si è imparato e a imparare qualcosa di più di sé, su ciò che si apprende e su come lo si apprende. Ma in gioco non ci sono solo gli apprendimenti tecnico-specialistici, così come non ci sono solamente le competenze, le abilità, le nozioni, la professionalità. Come si è già avuto modo di sottolineare il tirocinio coinvolge la persona nella sua interezza, e trattandosi di un'occasione in cui ci si mette in gioco fino in fondo, appunto "sul campo", può essere foriera di grandi emozioni, sia positive sia negative. La **gestione delle emozioni** è un secondo punto che vorrei sottolineare come qualificante e imprescindibile per un percorso che voglia essere veramente formativo. Su questo argomento molto è stato detto in letteratura e non pare di poter aggiungere niente di più in questa sede. Mi preme soltanto, in qualità di tirocinante, mettere l'accento su un punto che troppo spesso viene banalizzato o per scarsa considerazione dell'esperienza di tirocinio in sé, o per ostacoli organizzativi vari come mancanza di tempo o di spazi dedicati: il tutor di tirocinio deve essere presente! Non deve trattarsi di una figura pseudo-fantasma che appare solamente per apporre la propria firma sul famoso "libretto" o su una scheda di valutazione finale. Si propone questa considerazione contestualmente al discorso sulla gestione delle emozioni perché è proprio di quest'ultimo, il tutor, il compito di creare il famoso "spazio di contenimento" e di condivisione delle emozioni. È da considerare il fatto che molte di queste nascono, crescono e si alimentano proprio nello spazio della relazione con il tutor, che, se presente (non solo in maniera formale), rappresenta la figura più importante per il tirocinante, una figura-guida che tanta parte ha nella buona riuscita e qualità di un tirocinio. Secondo la mia esperienza, ed a mio parere, il **tutor**, che tanto somiglia ad una figura genitoriale (o perlomeno svolgendone in parte le funzioni) dovrebbe poter essere considerato dal tirocinante una "**base sicura**". Avanzando un paragone, proprio come la madre per il bambino (all'interno di una diade con stile di accadimento sufficientemente sicuro) svolge la funzione di base cui il piccolo sa che può rivolgersi e trovare conforto nei momenti di pericolo incontrati durante la sua esplorazione del mondo, così il tutor dovrebbe essere (o sarebbe bello che fosse) una figura presente, non intrusiva o controllante, ma presente in caso di disorientamento e di difficoltà. In questo modo, in un clima di sostanziale fiducia, è possibile per chi apprende prendersi il proprio spazio per esercitare le competenze possedute ed accrescere così la propria auto-efficacia autonomia e professionalità; essendo allo stesso tempo certo di poter contare su una figura esperta in termini di competenze ma anche, per continuare con il paragone, in grado di rispondere ai bisogni emotivi di gestione dell'ansia. Ciò che qui si auspica in poche parole è che il tutor sia provvisto di quelle che sono le Capacità Relazionali^[2], essenziali per lo stabilirsi di una relazione ricca di senso, che aiuta a crescere e fa crescere, di modo che l'esperienza di tirocinio non rimanga un banale "addestramento al lavoro" ma si vesta invece di tutte le qualità di un percorso integrato di empowerment. (Questa riflessione, tra l'altro, potrebbe essere applicata allo stesso modo al contesto della scuola e dunque alla relazione insegnante – allievo, che altri non è, in effetti, che uno dei contesti privilegiati in cui il "prendersi cura" non concerne solamente la nozione teorica ma anche e soprattutto l'educazione della persona all'interno di una relazione significativa). Ho accennato al fatto che è importante che il tirocinante, per poter trarre il maggior beneficio possibile dall'esperienza in oggetto, possa sperimentare una certa autonomia e sviluppare una graduale responsabilità nel compito. A questo proposito vorrei proporre due parole sul progetto formativo. Quest'ultimo (allo stesso modo della valutazione) è un elemento

spesso banalizzato e "dimenticato", pur costituendo di diritto una delle tappe fondamentali della formazione e pur costituendo molto spesso uno spartiacque tra ciò che è formalizzato esplicitamente, (e dunque riconosciuto come formativo) e ciò che non lo è (tutta quella parte di formazione sul campo che di fatto connota l'esperienza lavorativa quotidiana di quasi tutti i lavoratori, ma che, non essendo inquadrata e formalizzata come attività formativa in termini istituzionali, non viene così riconosciuta). Basarsi su un progetto formativo *condiviso* (dai tre attori principali della formazione: il tirocinante, il tutor e l'Organizzazione) e *ridefinito* in itinere, in quanto ovviamente deve avere caratteri di flessibilità dovendosi adattare a quelle che sono le reali competenze, le reali performance e i reali bisogni di chi apprende (non ha senso ad esempio ostinarsi a perseguire obiettivi che si rivelano ben presto troppo ambiziosi considerato il reale livello di performance del tirocinante, e viceversa), è importante per poter attribuire il giusto significato al proprio agire in quanto non solo "so da dove parto" ma, soprattutto, so "dove vado" e dove devo arrivare. Fornisce inoltre una base concreta e condivisa per la produzione di feedback e di una significativa valutazione. Con la **valutazione** il cerchio si chiude, o meglio continua, in quanto ogni feedback produce meccanismi di retroazione, su cui basare e pianificare il proprio agire futuro (considerati ambiente, risorse, strumenti e obiettivi). Volendo evitare di banalizzare il tema della valutazione mettendo l'accento sull'importanza di quest'ultima a fronte della scarsa considerazione di cui gode nel processo formativo, vorrei invece focalizzare l'attenzione su un piano strettamente concreto: lo spazio fisico dedicato alla valutazione. Spesso infatti risulta difficile, trovandosi immersi nella frenetica attività organizzativa, trovare degli spazi "dedicati" e protetti da intrusioni esterne in cui tirocinante e tutor possano confrontarsi e prendersi del tempo insieme per la produzione di momenti valutativi di qualità. Lo spazio condiviso e protetto cui ci si riferisce, non vuole connotare una specie di "ritiro autistico", pericoloso per il delicato equilibrio organizzativo interno, bensì semplicemente preservare il diritto che il tirocinante ha di essere persona in - formazione, e come tale di avere la necessità di non essere travolto e sommerso dai ritmi che il lavoro impone, di potersi e doversi fermare talvolta in un'"area di sosta" (proprio di "aree di sosta" parlano Kaneklin e Scaratti nel contributo portato a questo Convegno). Riassumendo, gli elementi qui discussi e le riflessioni proposte vanno tutte nella medesima direzione: individuare cosa qualifica un percorso di tirocinio come veramente formativo e sottolineare che la cornice di riferimento essenziale perchè questo accada è arrivare alla riduzione dell'ambiguità e alla costruzione di senso da parte di chi apprende. Il contributo vorrebbe essere letto come piccolo "vademecum" da cui il tutor, alle prese con un nuovo tirocinante, possa prendere qualche libero spunto di riflessione per il suo agire. Mi riferisco in particolare al tutor "esperto" che ha (a differenza dei colleghi più giovani che hanno da poco svestito i panni del tirocinante), accanto ad un'invidiabile padronanza del mestiere, lo svantaggio dell'expertise che, come sappiamo, si sostanzia di conoscenze procedurali ed automatiche le quali, pur essendo estremamente efficaci per la pratica lavorativa (essendo proprio le caratteristiche che connotano un esperto da un non-esperto), possono andare a svantaggio dell'apprendimento da parte del principiante, che invece va a braccetto con la conoscenza dichiarativa e ridondante.

Riferimenti bibliografici

¹Bateson, G.

1989 *Verso un'ecologia della mente*. Milano, Adelphi.

²Blandino, G.

1996 *Le capacità relazionali: prospettive psicodinamiche*. Torino, UTET Libreria.

³Mortari, L.

2003 *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma, Carocci

⁴Weick, K. E.

1997 *Senso e significato nelle organizzazioni*. Milano, Raffaello Cortina.

⁵Weick K. E.

1993 *Organizzare. La psicologia sociale dei processi organizzativi*. Torino, Isedi.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Livera Elisa
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale di Biella
Luogo e CAP	Biella - 13900
Tel.	015/921380
E – Mail	elisalivera@libero.it Cell. 3402757203

Proposta di progetto di Formazione Sul Campo c/o il Servizio Veterinario Sanità Animale 1 - Pinerolo

Mario Marino, Paolo Berardo, Mauro Bruno, Vincenzo Fedele, Mauro Gnaccarini

S.C. Servizio Veterinario – Sanità Animale 1 – Pinerolo

Abstract

L'articolo descrive la progettazione, anche ai fini dell'accreditamento ECM, di procedure di Formazione sul campo nell'ambito di attività di Sanità Pubblica Veterinaria in una Struttura Complessa di Sanità Animale di un'ASL del Piemonte. Si tratta di un primo tentativo di formalizzare e rendere operative, utili e pratiche attività di formazione, attingendo al patrimonio di esperienze già maturate nell'ambito del Servizio ed alle competenze già acquisite dai singoli dirigenti veterinari in funzione delle proprie referenze.

Progetto

L'idea di formalizzare procedure di Formazione Sul Campo (di seguito FSC) nell'ambito delle attività svolte presso la S.C. Servizio Veterinario – Sanità Animale 1 – Pinerolo, nasce da un'esigenza di formazione, aggiornamento, condivisione di informazioni rilevanti da un punto di vista operativo e standardizzazione delle procedure tra i colleghi medici veterinari dirigenti, ciascuno referente, e quindi particolarmente esperto, di uno specifico settore, ma tutti chiamati ad operare sul campo ed a rispondere all'utenza in modo appropriato anche su materie di Sanità Animale diverse da quelle normalmente seguite, peraltro spessissimo soggette a tumultuosa evoluzione sia epidemiologica che normativa. Già in passato si è sperimentato con notevole indice di utilità e gradimento l'istituzione di momenti di formazione/aggiornamento curati dai Referenti di quei settori, di volta in volta, soggetti a particolari emergenze e/o criticità operative.

La figura del Referente di settore è stata istituita per consentire ai ciascun medico veterinario dirigente di seguire ed approfondire in modo specialistico una particolare branca delle attività di istituto.

In particolare sono state individuate diverse referenze sia per la gestione di specifici piani di eradicazione e/o controllo di malattie diffuse (*brucellosi, leucosi, tubercolosi, anemia infettiva degli equidi, rinotracheite infettiva bovina, blue-tongue, influenza aviaria, malattia vescicolare dei suini, peste suina classica, malattia di Aujeszky, salmonellosi, malattie delle api e degli allevamenti ittici, zoonosi ecc.*), sia per la gestione dei sistemi di anagrafe zootecnica (*anagrafe bovina, ovi-caprina, equina, canina*), sia per la gestione di attività di vigilanza (*Nucleo Interarea di Vigilanza Veterinaria, scambi nazionali e comunitari di animali, import – export animali, concentramenti animali stabili e temporanei, allevamenti da ingrasso, allevamenti vacche a fine carriera, allevamenti di vitelli a carne bianca, canili, gattili, animali da affezione, selvaggina allevata, animali selvatici liberi, animali cacciati, monticazione e alpeggio, allevamenti avicoli e cunicoli, stalle di sosta, centri riproduzione equini ecc.*), sia per altre attività specifiche svolte nell'ambito della S.C. Sanità Animale (*sistema qualità, gestione emergenze sanitarie, elaborazione dati sanitari ai fini statistici e tecniche statistiche applicate all'epidemiologia veterinaria, procedure autorizzative, sanzionatorio e contenzioso, igiene urbana veterinaria, formazione e documentazione, educazione sanitaria interna ed esterna*).

Un'importante motivazione a questo tipo di approccio formativo è sostenuta da evidenze di efficacia della FSC che le riconoscono la capacità di modificare comportamenti di pratica professionale^[1].

La FSC può rappresentare una percentuale interessante delle modalità di formazione continua, con la possibilità di utilizzare per l'apprendimento direttamente le competenze dei referenti impegnati nelle specifiche attività di Istituto.

Si tratta di incentivare attività che sul piano dell'impatto formativo e del miglioramento organizzativo si ritengono importanti e responsabilizzanti. Gli obiettivi principali che si intende raggiungere sono:

- Aggiornamento professionale;
- Aggiornamento normativo;
- Acquisizione competenze pratiche;
- Miglioramento e standardizzazione delle procedure;
- Miglioramento della comunicazione tra colleghi.

È necessario prendere in considerazione che gli adulti sono maggiormente motivati ad apprendere, quando l'attività formativa è percepita come rilevante, basata e costruita sulle precedenti esperienze, coinvolgente direttamente i discenti e tale da consentire la partecipazione attiva al processo formativo, fondata quindi su problemi concreti e specifici da risolvere e responsabilizzante verso il proprio apprendimento poiché consente di applicare direttamente quanto appreso nella quotidianità. Inoltre il luogo di lavoro diventa il contesto privilegiato per utilizzare l'esperienza come fonte di apprendimento, condividere con colleghi e collaboratori i processi formativi e le loro ricadute operative, stimolare i professionisti ad interrogarsi sui problemi non risolti o mal gestiti per ricercare ed interpretare le nuove conoscenze da applicare alla pratica professionale, fornire la possibilità di riflettere sugli errori e sulle criticità della pratica, in ultima analisi per svolgere realmente ed efficacemente le funzioni di "educazione continua"^[2].

La formazione sul campo realizza di fatto i principi generali dell'andragogia quale teoria unitaria dell'apprendimento ed educazione degli adulti^[3]. La teoria andragogica sviluppata da Malcom Knowles si basa sui seguenti presupposti fondamentali:

1. il bisogno di conoscere,
2. il concetto di sé del discente,
3. il ruolo dell'esperienza,
4. la disponibilità ad apprendere,
5. l'orientamento verso l'apprendimento,
6. la motivazione.

Tutto ciò premesso si è ritenuto utile individuare un programma di FSC che possa essere sufficientemente flessibile ed articolato da soddisfare tutte le esigenze individuate e da essere compatibile rispetto alle necessità operative routinarie. A tal fine si è ritenuto prioritario definire l'impegno orario, il periodo, la frequenza e le modalità più adeguati allo scopo.

Nell'ambito delle esigenze didattiche tutto il personale medico veterinario è stato suddiviso in due gruppi, gli incontri sono stati programmati nei pomeriggi delle giornate generalmente e statisticamente con minor carichi lavorativi (martedì e mercoledì dalle ore 14:00 alle ore 17:00), con frequenza quindicinale ed evitando la concomitanza delle attività dei due gruppi, in modo da poter garantire la continuità delle attività operative. Si è quindi stabilito un ordine di priorità degli argomenti da trattare in funzione delle valutazioni sulle emergenze/criticità di carattere epidemiologico e/o normativo di ciascuna attività correlata. A tal fine l'emergenza Blue-Tongue è stata valutata la prima urgenza e quindi l'argomento da affrontare prioritariamente nel programma di FSC.

Per lo svolgimento dell'intero programma è stato individuato un coordinatore del Progetto (Direttore S.C. Sanità Animale 1) ed un Facilitatore della Comunicazione, mentre per i singoli incontri (gruppi di 7 - 8 persone) sono stati di volta in volta previsti i referenti interessati ed 1 o due tutor ad integrare il facilitatore della comunicazione nel sostenere l'ambiente formativo, monitorare in itinere l'adeguatezza dell'offerta formativa in funzione dei bisogni reali e specifici di volta in volta affrontati, supportare dal punto di vista logistico-organizzativo gli incontri formativi.

La metodologia di lavoro comprende: relazioni su tema preordinato, confronto/dibattito tra colleghi/esperto (referente) guidato da un conduttore (facilitatore della comunicazione) e da uno o due tutor, dimostrazioni tecniche con visite in aziende zootecniche, presentazione di problemi/casi clinici, lavoro a piccoli gruppi su problemi/casi clinici con produzione di relazione finale e condivisione di materiale informativo su supporto informatico e/o cartaceo (compreso normativa e modulistica), esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche, Role-Playing. Inoltre considerando il momento storico di accorpamento delle ASL e la necessità di uniformare le procedure tra i Servizi accorpandi è stata prevista la partecipazione a tutti gli incontri, inserendosi liberamente in uno dei due gruppi individuati, sia per il Direttore della S.C. Sanità Animale 2 (sempre) e sia per i Referenti della S.C. Sanità Animale 2 responsabili dei settori di volta in volta trattati. Sono state considerate, quali ulteriori possibilità, il coinvolgimento di medici veterinari liberi professionisti autorizzati a svolgere le attività di bonifica sanitaria negli allevamenti, l'elaborazione di procedure operative standardizzate ed il coinvolgimento di personale amministrativo e tecnico per quei segmenti di procedure di loro competenza.

Punti di forza del progetto

I punti di forza del progetto si possono riassumere nel seguente elenco:

- economicità e funzionalità delle attività di formazione;
- valorizzazione delle figure dei Referenti di settore;
- valorizzazione del ruolo dell'esperienza;

- orientamento all'apprendimento centrato su esigenze di lavoro reali e sentite;
- motivazione all'aggiornamento supportata dalla promozione al soddisfacendo dei bisogni psicologici innati di competenza, autonomia e relazione;
- miglioramento dell'efficienza e del clima lavorativo grazie alla standardizzazione condivisa delle procedure ed al miglioramento della comunicazione tra colleghi.

Criticità del progetto

Le criticità del progetto sono legate essenzialmente all'orizzontalità degli insegnamenti con la possibilità che venga meno il pieno riconoscimento della leadership della docenza. Bisogna infatti tener conto che ciascun formatore, per essere realmente efficace, deve poter essere percepito, nell'ambito specifico, come portatore di innovazione e possibilmente dotato di carisma e capacità di infondere fiducia. Però, come ci rammenta la proverbiale locuzione "Nemo Profeta in Patria", non è possibile ignorare quanto sia difficile che queste doti siano riconosciute nell'ambito del proprio ambiente di lavoro.

Riferimenti bibliografici

¹Davis, D. et. al

1999 *Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes?* J Am Med Ass; 282: 867-74

²Regione del Veneto - Assessorato alle Politiche Sanitarie - Direzione Risorse Umane e Formazione del Servizio Socio-Sanitario Regionale - Centro Regionale di Riferimento per l'Educazione Continua in Medicina ECM

2006 La Formazione Sul Campo - Linee guida – Revisione 2 - 27 settembre, a cura del Comitato Tecnico Scientifico: Pressato, L. (coordinatore), Galliani, L., Moreni, P., Saiani, L., Scandellari, C. e con la collaborazione di Murgia, V. e Vettore, L.

³Wikipedia, l'enciclopedia libera - internet;

⁴Knowles, M.

1997 *Quando l'adulto impara. Pedagogia e andragogia*, Tr. it. Franco Angeli, Milano.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Marino Mario	
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale TO 3 – S.C. Sanità Animale 1	
Luogo e CAP	Pinerolo (TO) - 10064	
Via/C.so/P.zza	Via Poirino, 9	
Tel.	0121/ 235456	Fax 0121/235424
E – Mail	mmarino@asl10.piemonte.it	

L'applicazione del modello della Formazione sul Campo ad un servizio di Medicina Nucleare

M. Diletta Mazzetti, Giovanni Pilati, Domenico Rubello, Adriano Marcolongo

Servizio di Medicina Nucleare dell'Azienda ULSS 18 della Regione Veneto

Abstract

Il Servizio di Medicina Nucleare dell'Azienda ULSS 18 della Regione Veneto, è diventato operativo nell'agosto 2004. Con l'apertura di un nuovo Servizio dotato di un nuovo staff di personale ci si è trovati nelle condizioni ideali per sviluppare un laboratorio idoneo a sperimentare e promuovere nuovi modelli di formazione professionale e di organizzazione lavorativa. Nel presente lavoro è riportata l'esperienza, con particolare riferimento alle diverse fasi di sviluppo ed ai modelli implementati a livello formativo, organizzativo e lavorativo.

La fase di informazione/formazione del Personale potenziale utilizzatore delle indagini medico nucleari è iniziata 6 mesi prima dell'apertura del Servizio. Il responsabile dello stesso si è trasferito presso l'ULSS 18 dal gennaio 2004 e gli sono stati affidati i seguenti obiettivi relativamente all'informazione/formazione:

- a) fare opera di informazione per i Colleghi clinici degli Ospedali della ULSS 18 e delle UU.LL.SS. limitrofe dell'area vasta nonché attività di formazione al corretto utilizzo (appropriatezza) delle metodiche diagnostico-terapeutiche medico-nucleari, sia quelle consolidate che quelle di più recente introduzione nella pratica clinica;
- b) formare il personale tecnico ed infermieristico nell'ambito del nuovo Servizio;
- c) sviluppare i possibili futuri modelli di organizzazione e svolgimento dell'attività lavorativa del Servizio.

Per quanto concerne l'informazione/formazione dei Colleghi clinici si è proceduto sia con incontri individuali che mediante l'organizzazione di meeting intra ed inter-Aziendali monotematici, a piccoli gruppi, sulle diverse tipologie di indagini medico-nucleari.

Relativamente alla formazione del personale tecnico ed infermieristico che avrebbe prestato la propria opera presso il Servizio di Medicina Nucleare, è stato pianificato un programma intensivo di formazione che si è svolto in due tappe:

1. la prima tappa, della durata di un mese, ha visto due tecnici ed un'infermiera della ULSS 18 partecipare per un mese ad uno stage presso un altro Servizio di Medicina Nucleare della Regione Veneto già operante da 30 anni;
2. con l'apertura del Servizio di Medicina Nucleare presso l'ULSS 18 (agosto 2004) si sono poste le condizioni per agire da precursori relativamente ad un'attività di formazione "sul campo" per il personale del comparto, adottata più di recente presso altre Regioni, con l'obiettivo di acquisire competenze teoriche e pratiche necessarie all'utilizzo delle tecnologie e degli strumenti *specifici*. I tecnici e l'infermiera hanno avuto modo di approcciare le nuove tecniche affiancati, per un periodo di 6 mesi, da un coordinatore tecnico-infermieristico esterno in possesso di un'elevata esperienza nel settore. Il progetto formativo, prevedeva per ogni tecnica scintigrafia sia la parte teorica, sia quella pratica seguita da una fase di affiancamento. Al termine del percorso è stata effettuata una valutazione sia della componente cognitiva che di quella pragmatica che hanno confermato il pieno raggiungimento degli obiettivi educativi prefissati evidenziando un buon livello di automatismo ed efficacia.

È importante sottolineare che proprio questa attività formativa a carattere intensivo e protratta nel tempo è stata uno dei due fattori determinanti per l'avvio esponenziale (vedi oltre nel testo) dell'attività lavorativa del Servizio di Medicina Nucleare dell'Azienda ULSS 18 del Veneto, potendo fin da subito far fronte sia sul piano qualitativo che quantitativo all'effettuazione di pressoché tutte le tipologie di prestazioni medico-nucleari.

Nel *grafico numero 1* è riportato l'andamento trimestrale del numero globale delle prestazioni di medicina nucleare tradizionale erogate dal servizio di Medicina Nucleare della ULSS 18 del Veneto dalla sua apertura (agosto 2004) al dicembre 2007.

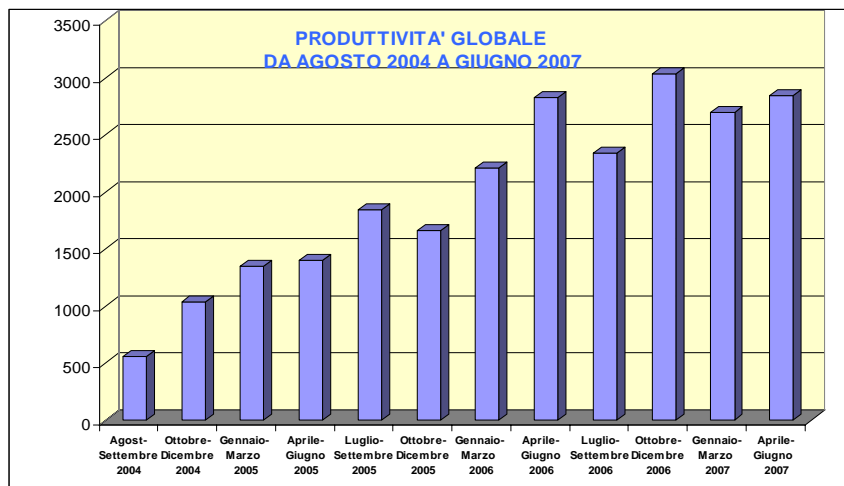


Grafico 1. Andamento trimestrale del numero globale delle prestazioni di medicina nucleare tradizionale erogate dal Servizio di Medicina Nucleare dell'ULSS 18 del Veneto dalla sua apertura (agosto 2004) al giugno 2007.

Per quanto concerne il modello lavorativo applicato, si riportano qui di seguito due grafici esplicativi dell'attività svolta presso il Servizio di Medicina Nucleare dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo in una giornata "tipo".

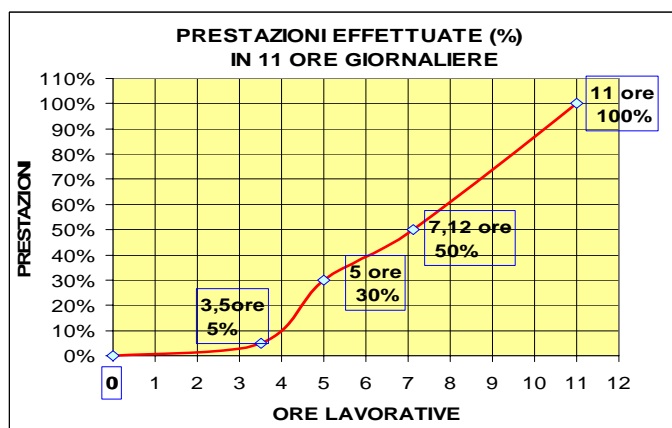


Grafico 1: Andamento delle prestazioni eseguite in una giornata tipo presso la Medicina Nucleare di Rovigo. Come si può notare, in una **prima fase** il numero di acquisizioni scintigrafiche è piuttosto modesto, in quanto il personale è impegnato nelle fasi di eluizione o mungitura della colonna/generatore di radiotecnecio, di marcatura dei radiofarmaci, dei controlli di qualità sui radiofarmaci e gamma camere, dell'iniezione dei pazienti con il successivo periodo di attesa (tipicamente 3 ore per una scintigrafia ossea che rappresenta l'esame eseguito più di frequente in Medicina Nucleare). Nella **seconda fase** si assiste ad una rapida ascesa della curva che poi continua con andamento pressoché esponenziale (**terza fase**) in caso di giornata lunga (10-12 ore)

Dal modello organizzativo di un Servizio di Medicina Nucleare di tipo "aperto" come quello sviluppato presso l'Azienda ULSS 18 di Rovigo si possono fare alcune osservazioni.

Sul piano della formazione, il modello della formazione "sul campo" così come proposto dal Ministero della Salute ed implementato per lo sviluppo del Servizio di Medicina Nucleare dell'Azienda ULSS 18 del Veneto, appare adeguato per ottenere *performance* di attività quali – quantitative elevate ed in tempi rapidi, andando così a soddisfare aree vaste anche molto estese. Infine, per quanto concerne il modello lavorativo, nell'ambito di un Servizio di Medicina Nucleare, allo scopo di ottimizzare le risorse umane e tecnologiche nonché il consumo di radiofarmaci, nella nostra esperienza è risultato altamente funzionale un modello di lavoro giornaliero prolungato per 10-12 ore.

Questo è ottenibile attraverso l'applicazione di un sistema a doppio turno lavorativo o, modello sviluppato presso l'ULSS 18 del Veneto, con l'implementazione della giornata con l'orario prolungato.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Mazzetti Maria Diletta
Ente di appartenenza	Azienda Ulss 18 - Rovigo
Luogo e CAP	Rovigo - 45100
Via/C.so/P.zza	Viale Tre Martiri, 140
Tel.	0425/393685
E - Mail	mazzetti.dioletta@azisanrovigo.it
	Fax 0425/394624

La formazione sul campo è utile per l'implementazione della certificazione ISO 9001/2000 in un reparto ospedaliero?

P. Occhipinti, S. Saettone, D. Costa, M. Lamazzi, M. Frattini, A. Fontana, G. Giannetti

SSVDip. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva della ASL NO

Introduzione

La SSV dip. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva della ASL NO, che opera in un'ottica di continuo sviluppo e miglioramento della propria attività, in efficienza, efficacia ed appropriatezza, e nella prospettiva di offrire un servizio sempre più soddisfacente all'utente, ha affrontato nell'anno 2007 il percorso della certificazione ISO 9001/2000, investendo su tale versante i fondi donati all'ASL da un gruppo farmaceutico. L'adempimento del progetto ed il rispetto delle tempistiche ha richiesto un notevole impegno in termini di risorse (umane e non solo), come indicato nella seguente tabella.

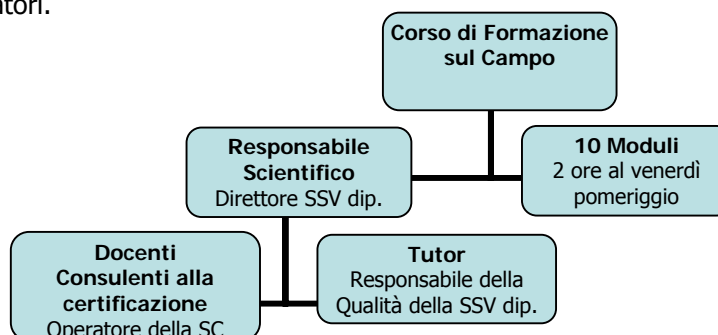
AVVIO DEL PROGETTO	VISITA ISPETTIVA DI CERTIFICAZIONE	TEAM PROJECT
Aprile 2007	Entro dicembre 2007	<ul style="list-style-type: none">- 5 medici- 9 infermieri- 1 OSS- 2 consulenti esterni- 1 operatore della SC Qualità identificato dal vertice aziendale.

Obiettivi

Il progetto ha richiesto, in adempimento al sistema gestione qualità previsto della Vision 2000, l'adeguamento delle procedure di erogazione del servizio diagnostico-terapeutico, con identificazione dei principali indicatori di processo e di risultato. È stato pertanto indispensabile adottare una metodologia basata sul completo coinvolgimento del personale che è diventato parte attiva proponente, oltre che integrante del progetto, attraverso la creazione di una fondamentale rete di alleanza.

Metodologia

L'interesse del personale per il progetto è stato stimolato mediante un corso di formazione (accreditato ECM cui sono stati riconosciuti 17 crediti formativi), articolato in maniera tale da permettere il regolare svolgimento dell'attività specialistica con lezioni di didattica svolte presso lo stesso reparto a chiusura degli ambulatori.

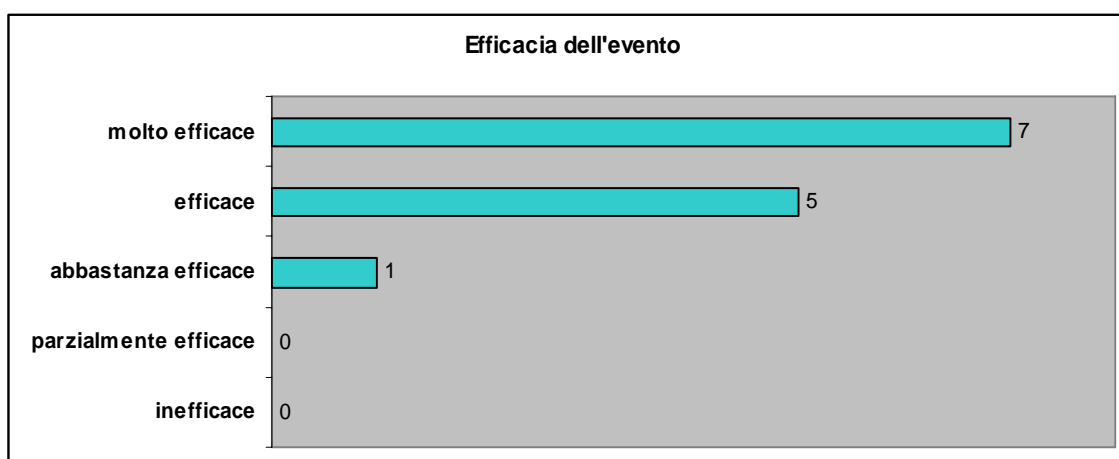
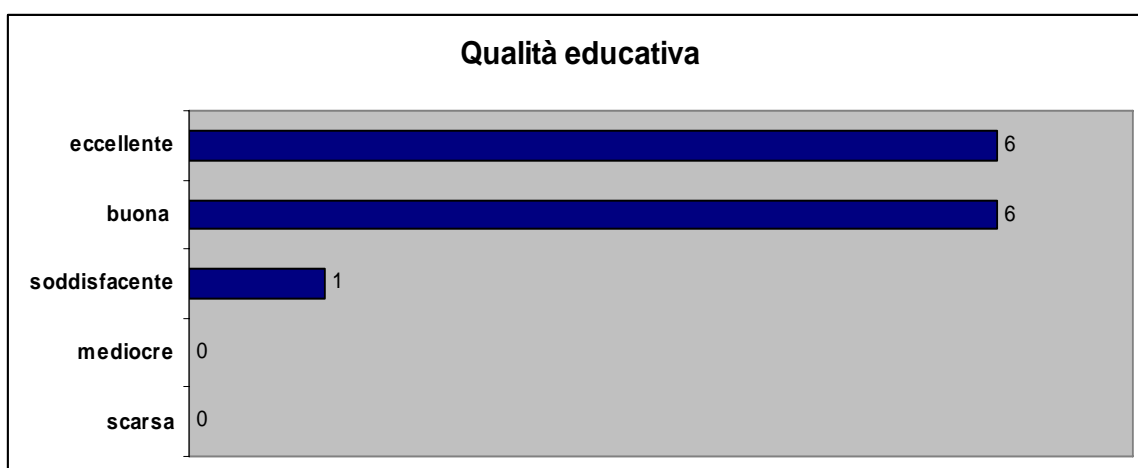
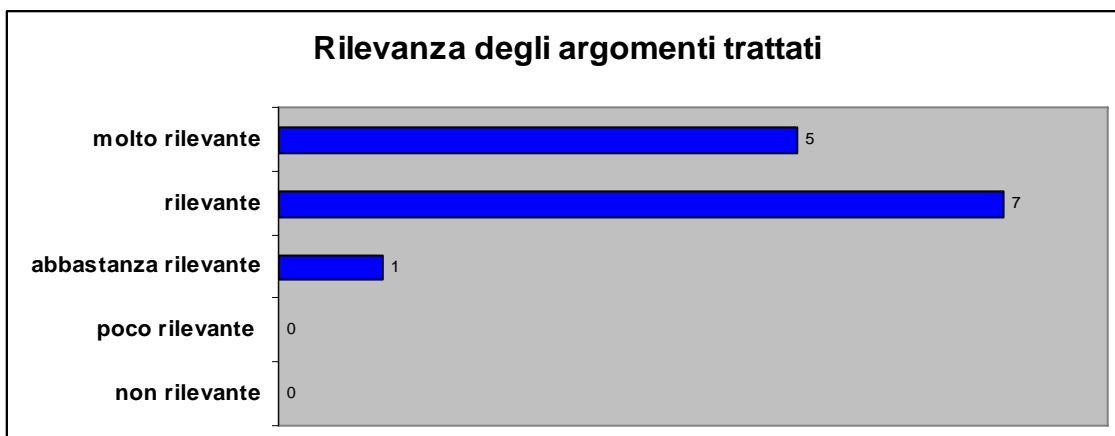


Il corso ha previsto una parte teorica ed una pratica, la prima caratterizzata dalla presentazione della norma ISO 9001/2000 e dei principali strumenti utili alla gestione del sistema qualità e la seconda dalla produzione di parte della documentazione necessaria per la stesura del Manuale della Qualità. (procedure, analisi del rischio, relazione delle verifiche ispettive interne, job description, ecc.).

La verifica dell'apprendimento prevista dal corso ECM verteva sulla valutazione dei documenti prodotti.

Risultati

Tutti gli operatori sanitari della SSVDip. hanno sistematicamente ed attivamente partecipato a tutte le attività previste dal corso di formazione. Dal questionario di gradimento per l'ECM sono stati ottenuti i seguenti risultati:



Conclusioni

L'utilizzo del corso di formazione ha permesso di modificare le prassi lavorative e di dare rilievo e spazio a momenti di incontro, di riflessione e di rielaborazione, implementando un nuovo sistema certificato che ha contribuito a dare maggiore professionalità agli operatori sanitari e aumentato la qualità percepita dei pazienti.

Infatti la presenza di formatori, sia interni che esterni all'azienda, ha permesso a tutto il personale della SSVDip. di poter integrare la propria esperienza clinica con quanto ritenuto conforme alla qualità da parte di un Organismo di Certificazione. Gli stessi "docenti accreditatori" hanno potuto sviluppare

dei percorsi di benchmarking con strutture comparabili di altre Aziende Sanitarie in merito ai percorsi clinici, alla qualità dell'assistenza ed al miglioramento continuo.

Il percorso formativo, prevedendo l'impiego di una metodologia attiva e cooperativa, ha promosso il coinvolgimento diretto di tutti i partecipanti e la valorizzazione delle esperienze di lavoro acquisite nel corso degli anni. Inoltre il lavoro di gruppo del personale sanitario, nella didattica e nella pratica, ha consentito di mettere a servizio della SSVdip e di tutta l'azienda ospedaliera le loro abilità ed i miglioramenti conseguiti dal corso, secondo le singole professionalità di appartenenza.

Gli incontri effettuati dal gruppo si sono svolti secondo modalità sistematiche e standardizzate, finalizzate al miglioramento della qualità assistenziale, attraverso una revisione dei processi esistenti all'interno della struttura ed un confronto con standard concordati ed espliciti.

Sicuramente fondamentale è risultata la presenza di un tutor che ha svolto una duplice attività di didattica e di controllo del processo. Nell'attività didattica il tutor è stato attivo e propositivo, ha condotto e facilitato l'esperienza formativa gestendo l'apprendimento in un clima di collaborazione e di integrazione dei singoli tale da creare uno spirito di appartenenza ad un gruppo. Durante la fase didattica il tutor è riuscito inoltre ad analizzare, con i partecipanti al corso, sia individualmente sia a livello di gruppo, le criticità emerse ed a relazionare su di esse durante le ore di didattica. Ma il tutor ha anche monitorato il processo formativo permettendo ai partecipanti di conseguire gli obiettivi proposti nel corso.

La struttura SSVdip Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva della ASL NO è stata visitata dai certificatori il 15 gennaio 2008 ed ha ricevuto il "bollino ISO 90001/2000" con 2 non conformità minori ed alcuni consigli di miglioramento. I certificatori hanno evidenziato il clima di collaborazione e di benessere riscontrato all'interno della struttura.

Discussione

L'analisi eseguita sui feedback di questa esperienza ha evidenziato come la formazione sul campo possa essere un valido mezzo di implementazione di sistemi standardizzati per il governo dei processi assistenziali.

Riferimenti bibliografici

Biocca, M. et al.

2007 *Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna Rapporto 2002-2006* Agenzia Sanitaria Regionale Dossier 150

Baraghini, G., Trevisani, B. e Roli, L.

2003 *Le ISO 9000 in Sanità/La Vision per "governare" bisogni e richieste*, Franco Angeli, Milano

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Occhipinti Pietro	
Ente di appartenenza	ASL NO – Novara	
Luogo e CAP	Novara - 28100	
Via/C.so/P.zza	Via Isabella Leonarda 53/55	
E – Mail	pocchi@tin.it	Cell. 335/6255730

Oltre i confini dell'aula: nuovi territori per l'esperienza di apprendimento

Maria Teresa Pantani

AUSL di Reggio Emilia

Abstract

Le aziende sanitarie possono trovare nella formazione sul campo uno strumento di notevole efficacia: perché sono ricche di situazioni, occasioni, competenze che possono essere terreno fertile per la formazione; perché le attività formative sul campo sono rispettose dei fondamentali principi andragogici, perché la valorizzazione delle attività di formazione sul campo consente anche un risparmio o un ritorno in termini economici. Vi sono però alcune aree di incertezza e bassa definizione, trattandosi di uno 'strumento' relativamente nuovo.

L'idea della formazione sul campo (FSC), che si sta sviluppando in diversi sistemi sanitari regionali come integrazione ai tradizionali percorsi d'aula, si appoggia concettualmente ai principi della learning organization (Senge, 1990; Nonaka, 1991). L'assunto forte è che persone e sistemi sociali imparino facendo e che la stessa organizzazione sia intrisa di meccanismi, situazioni, persone che forniscono svariate opportunità di formazione. Ottimizzare e facilitare l'apprendimento delle persone nelle organizzazioni significa aumentare la capacità delle stesse di crescere, rinnovarsi, affrontare adeguatamente contesti complessi e sempre in movimento.¹

Le organizzazioni, e quella sanitaria non fa eccezione, hanno la necessità di cercare i migliori adattamenti a un ambiente di riferimento che chiede un continuo sviluppo della qualità del prodotto/servizio; le conoscenze sono velocemente obsolete e, di conseguenza, è intensa la richiesta di innovazione delle competenze che ci si attende dai professionisti. Un sapere, saper fare e saper essere (per usare una classificazione ormai obsoleta) che richiede oggi competenze trasversali di tipo metodologico, cognitivo e metacognitivo, che arricchisce il vecchio paradigma di nuove abilità legate alla riflessività e al ragionamento critico, al saper imparare, al saper trasmettere, al saper affrontare i problemi, al saper facilitare i propri processi di apprendimento, al saper collaborare.

L'azienda sanitaria può trovare nella formazione sul campo uno strumento di notevole efficacia. Se governo clinico significa miglior garanzia possibile di risultato mediante il controllo attento e sistematico dei processi attuato dagli stessi professionisti, allora è solo sul campo che questo può realizzarsi, in una modalità di pensare il proprio agire professionale al passo con i tempi, responsabilizzante e di indubbia efficacia.

La formazione sul campo più che pensabile come un evento o un'attività è l'avvio di un processo che nella maggior parte dei casi pone di fronte le tante strade possibili del suo stesso seguito: conduce ad altre attività di formazione sul campo che a loro volta ne aprono altre, in un circolo virtuoso di un fare dotato di senso, necessario e inevitabile, da governarsi in considerazione della direzione da seguire, per orientare gli apprendimenti alla necessaria comune linea di sviluppo individuo/organizzazione.²

Ecco alcuni fattori che fanno della FSC importante strumento per le aziende sanitarie:

Coerenza con i principi andragogici

Al centro del processo formativo ci sono persone adulte, che portano con sé esperienze, aspirazioni, bisogni e motivazioni differenti e che vogliono aver voce nel processo di apprendimento che li coinvolge; trascorrono buona parte del loro tempo di vita sul posto di lavoro e tramite l'attività professionale definiscono, consolidano, modificano, rinnovano l'immagine di sé e del proprio ruolo, sia sul lavoro che nell'intero proprio sistema di relazioni; hanno perciò bisogno di una formazione che serva loro, che possa avere un senso nella più complessiva rappresentazione di sé, congegnale al loro modo adulto di apprendere.

Le competenze oggi richieste dai cambiamenti in atto nel sistema sanitario si caratterizzano per la necessità di apprendimenti complessi: apprendere vuol dire non solo aggiungere, ma anche modificare qualcosa nel campo cognitivo precedente: idee, collegamenti, connessioni logiche che si erano utilizzate prima per organizzare le proprie rappresentazioni mentali e le concezioni in base all'esperienza, alle tendenze emozionali, agli atteggiamenti strutturali verso gli oggetti.

Nel proprio apprendimento l'adulto è selettivo: sceglie di imparare ciò che pensa possa servirgli. L'efficacia di un processo formativo è proporzionalmente collegata al riconoscere nell'adulto il bisogno e la capacità di autogestirsi, di utilizzare la propria esperienza, di valutare la propria disponibilità ad apprendere e di organizzare il proprio apprendimento attorno ai problemi percepiti. Di sottofondo a tutto ciò è l'idea che il soggetto deve essere consapevole di come e cosa apprende.³

Ricchezza di opportunità

Formarsi sul campo vuol dire attingere dal quotidiano operativo, esplorarlo, rivederlo, valutarlo, modificarlo, sperimentarlo. Significa riconoscere ai problemi di lavoro un valore di opportunità, significa imparare dal fare ma anche riconoscere nei diversi aspetti dell'agire professionale l'elevato valore formativo, esito del confronto con i colleghi, con sé stessi, con l'organizzazione, con la letteratura. Si comprende allora come i processi di apprendimento nelle organizzazioni facciano principalmente riferimento ai processi di condivisione di conoscenze ed esperienze, frutto di una continua interazione tra saperi e azioni (saperi in azione), esito di revisioni continue e individuali e collettive, rivenienti dall'assunzione di responsabilità da parte degli attori dell'organizzazione stessa.⁴

Sempre, in sanità, si sono svolte attività formative sul campo: il passaggio rilevante è stato riconoscere queste attività come formazione accreditabile nel sistema ECM; il passo che ora si sta mostrando più difficoltoso è arricchire queste attività dei necessari aspetti progettuali, prevedendo e immaginando sviluppi che non sempre sono facilmente individuabili. Sovrapposizioni di strumenti e metodi, difficoltà a circoscrivere gruppi o settori coinvolti, a suddividere le tappe di un percorso che a un certo punto si trasforma in qualcosa di diverso da ciò che è inizialmente, sono fonte di non pochi problemi legati alla gestione del processo.

Nel contesto di lavoro ci sono risorse per apprendere, ma è un contesto di apprendimento? Tali risorse devono essere organizzate, in modo da sostenere adeguatamente l'apprendere nel contesto. Senza una progettazione in senso formativo l'apprendimento sarebbe casuale: potrebbe non corrispondere alle abilità e competenze necessarie. Le procedure occorrenti per l'accreditamento possono offrire un importante contributo metodologico se considerate uno strumento a sostegno della progettazione degli eventi e per la capitalizzazione delle esperienze. È la prima tappa del percorso necessario a trasformare una pratica in evento formativo, rappresenta l'attivazione intenzionale di un processo che ha come obiettivo l'apprendimento.⁵

Contenimento dei costi

La valorizzazione delle attività di formazione sul campo consente anche un risparmio in termini economici: basti pensare al limitato o assente ricorso a docenti, particolarmente esterni, con relative spese di viaggio, vitto, alloggio, alla possibilità di utilizzare i luoghi di lavoro per gli incontri, evitando l'affitto di aule di formazione, alla limitata necessità di utilizzare strumentazioni didattiche complesse. Anche la spesa dell'azienda sanitaria in termini di assenze dal servizio e ore di lavoro straordinario non è gravata dal tempo di viaggio dal luogo di lavoro alla sede di formazione. A tutto questo si aggiungano i benefici economici derivanti da un minore ricorso a formazione esterna e quelli indiretti provenienti dall'auspicato aumento dei livelli di motivazione, la cui misurazione è senz'altro difficile, ma che si può presumere esistano: riduzione dell'assenteismo, approccio più responsabile nell'agire professionale... Ma si possono aggiungere ulteriori benefici economici, a seconda delle attività che i gruppi portano avanti: dalla riduzione degli errori grazie a un miglior governo dei processi, con riflessi sui tempi di ricovero, alla riduzione degli sprechi per una più ponderata definizione dei materiali d'uso in considerazione del rapporto costi/benefici, o dell'adozione di linee guida, solo per dirne qualcuno.

Mentre si svolge una ricerca, o si costruisce un questionario per l'utenza, o ci si confronta su casi, cosa si apprende? Mentre si produce un protocollo o uno strumento di rilevazione, mentre si analizzano problemi e si ipotizzano e sperimentano soluzioni cosa si apprende? Il fare nell'ottica di migliorare l'organizzazione, il servizio, la performance, come si coniuga con il fare per apprendere? Si tratta di una sfida decisamente interessante. Infatti uno degli aspetti più complessi che accompagna l'attività di formazione sul campo è saper ricongiungere la separazione tra attività che conducono a un esito richiesto dalla professione e valore formativo. Lo sforzo sta proprio nel distogliere momentaneamente lo sguardo dai fini professionali/produttivi e leggere l'attività con occhi che osservano in termini di formazione. Perché di formazione si tratta, quella formazione che educa il pensiero, che attiva nuovi nodi e collegamenti nella rete cognitiva mediante la riflessione sull'azione. La riflessione è cruciale per l'apprendimento dall'esperienza. L'ambiente di lavoro offre numerose opportunità per apprendere, ma non è detto che tali esperienze conducano a un apprendimento: molte passano inosservate. Però è possibile un tipo di riflessione che permette di riconoscere queste occasioni, quando si presentano e imparare da esse. L'esperienza è analizzata, scomposta, riorganizzata in funzione di un processo nuovo, non è più solo memoria di quanto fatto o accaduto ma patrimonio culturale: l'esperienza ha

prodotto conoscenza. Di fronte a un processo nuovo si associano le conoscenze acquisite nel corso di esperienze precedenti alle diverse operazioni che il processo richiede⁶. E a seguito di quanto appena detto, la competenza diventa la capacità di applicare un sapere in un contesto dato riconoscendone le specifiche caratteristiche e adottando comportamenti funzionali al conseguimento del risultato⁷. È proprio l'esercizio della riflessione sull'esperienza che distingue l'apprendere dal fare dal semplice fare. Il confronto con altre persone, inoltre, produce un ampliamento e una modifica del campo cognitivo di coloro che sono coinvolti nell'attività formativa, ma anche accresce la competenza relativa al lavorare insieme ad altri, insegnando il rispetto e il riconoscimento degli altrui punti di vista. Quindi le competenze che si acquisiscono con le attività di formazione sul campo non sono solo utili nello specifico professionale, ma promuovono quella crescita personale che si rende utile a operare a ogni livello in un mondo di ruoli che cambiano e di necessità di competenze sempre più diffuse, flessibili, ampie e al contempo sottili.

Alcuni aspetti critici che caratterizzano la FSC sono la definizione degli obiettivi e la valutazione degli apprendimenti. Occorre: inquadrare le attività entro una cornice formativa, ovvero strutturare le stesse predefinendo specifici obiettivi formativi; differenziare (e quindi individuare) gli obiettivi legati agli apprendimenti rispetto agli obiettivi organizzativi in senso stretto; individuare modalità di verifica dell'apprendimento diverse dalle consuete.

Nel definire un obiettivo di apprendimento occorre rispettare alcune regole fondamentali.

L'obiettivo deve essere espresso nei termini di quali conoscenze, abilità, comportamenti il partecipante acquisirà (che prima non erano posseduti o non del tutto), perciò deve essere incentrato sui partecipanti e non su altro. Si potrà quindi dire "il partecipante saprà riconoscere..." o "il partecipante sarà in grado di...", o ancora "il partecipante saprà applicare, mentre non si potrà esprimere un obiettivo in questi termini: "Trasmettere ai partecipanti le conoscenze...", oppure "fornire al partecipante gli strumenti..." o "illustrare ai partecipanti il metodo...". La differenza, che può apparire solo formale, in realtà indica una sostanziale centratura sull'evento o sul docente piuttosto che su chi apprende. Uno degli errori più comuni, che può condizionare anche la valutazione rispetto a metodi, tecniche, strumenti, risultati, è proprio quello di definire l'obiettivo utilizzando verbi che pongono i partecipanti in posizione passiva. Un altro è quello di esprimere non gli obiettivi di apprendimento, ma i risultati organizzativi attesi che, siano essi troppo concretamente ridotti ("aggiornare la procedura X...") o troppo astrattamente estesi ("migliorare la qualità dell'assistenza...", non entrano nel merito degli apprendimenti effettivi.

L'obiettivo deve essere in qualche modo condiviso da chi partecipa al progetto, poiché parliamo di formazione di adulti che devono consapevolmente partecipare ai percorsi di apprendimento che li riguardano, dalla progettazione alla verifica. Questo è ancor più vero per le attività di FSC, spesso attivate e condotte dagli operatori sanitari stessi senza mediazioni al solo fine di migliorare se stessi, la propria professionalità, la propria organizzazione del lavoro.

L'obiettivo deve essere verificabile. Chiaramente può rivelarsi più semplice verificare un apprendimento se espresso in termini di obiettivo organizzativo: se la procedura viene prodotta l'obiettivo è raggiunto. Ugualmente, se l'obiettivo è trasmettere conoscenze è raggiunto dal punto di vista della mera trasmissione, ma se invece è che una conoscenza sia acquisita, a volte neppure un buon questionario lo garantisce... Assai più arduo verificare il miglioramento della qualità dell'assistenza: obiettivo talmente ampio e multifattoriale, che, così espresso, non consente alcuna valutazione. Ma se ciò che qui ci si propone è produrre un apprendimento e non solo un risultato organizzativo, tale apprendimento deve essere definito nel modo più chiaro e preciso possibile, anche se sussistessero difficoltà di verifica del medesimo. Non occorre allora definire obiettivi altisonanti o particolarmente ambiziosi. Invece è opportuno definire obiettivi di apprendimento semplici, limitati, ben definiti. Una scelta di questo tipo consentirà di concentrare l'attenzione su alcuni aspetti rilevanti rispetto ad altri, permetterà di evitare delusioni rispetto al raggiungimento effettivo dell'obiettivo.

Si vuole offrire, quale spunto, una gamma di possibili obiettivi collegabili alle attività di FSC, principalmente per sottolineare la necessità di distogliersi dagli obiettivi solitamente pensati per la formazione tradizionale e aprirsi a apprendimenti più complessi e articolati.

Ad esempio nelle attività di ricerca possono essere acquisite una o più delle seguenti capacità: interrogarsi sui problemi, tradurre i quesiti in protocolli operativi di ricerca che siano logici e rigorosi, consultare le banche dati e la letteratura, lettura critica e interpretazione dei dati e dei risultati di uno studio, utilizzare strumenti strutturati per l'accertamento e il monitoraggio, misurarsi con il consenso dei pazienti, trasferire i risultati ai propri pazienti.

Ma altri spunti per definire gli obiettivi (e talora gli strumenti) nella varianza delle attività di FSC possono essere derivati da queste considerazioni: la FSC può consentire di acquisire capacità metodologiche (pianificare, sperimentare, strutturare, standardizzare, problem solving, PDCA, valutare), di ampliare le prospettive (confrontare i punti di vista, vedere possibilità nuove, ricercare,

brainstorming, riconoscere il cambiamento come valore), di potenziare creatività e ideazione (creare strumenti nuovi, individuare soluzioni innovative, creare reti), di allenarsi a collaborare (aprirsi al confronto, suddividere il carico, rispettare i ruoli, sapersi valorizzare reciprocamente, creare squadra, valorizzare la diffusione del sapere), di coltivare l'identità professionale e personale (valorizzare il proprio agire professionale, individuare nuove aree di competenza, attingere da altre competenze trasversali, sviluppare il senso di appartenenza, accrescere l'autostima, agire in un'ottica tesa alla qualità, esercitare le competenze).

Riferimenti bibliografici

⁵Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna

2005 *Educazione Continua in Medicina in Emilia Romagna – Rapporto 2004*, Bologna, p. 46., Dossier 113/2005

³Bruscaglioni, M.

2002 *La gestione dei processi nella formazione degli adulti*. Milano, Franco Angeli pag. 23.

⁶Knasel, E., Meed, J. e Rossetti, A.

2002 *Apprendere sempre – L'apprendimento continuo nel corso della vita*. Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 104.

⁴Loiodice, I.

2006 *La specificità dell'educazione degli adulti nel campo del lifelong learning*. Lifelong Lifewide Learning Riv on-line di Edaforum 4

¹Marenzi, C.

2003 *Apprendimento facilitato "during the job"*. FOR Rivista per la formazione, Milano, Franco Angeli, 57: 11-16.

²Pantani, M. T. e Ruozi, C.

2006 *Com'è bello l'imparar facendo*. Janus - Roma Zadigroma, 24:29-35.

⁷Vairetti, U.

2005 *Le mani nella testa – il rapporto tra sapere e fare nel lavoro e nella formazione*, Medicina I, Milano, Franco Angeli, pag. 34

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Pantani Maria Teresa	
Ente di appartenenza	AUSL di Reggio Emilia	
Luogo e CAP	Reggio Emilia - 42100	
Via/C.so/P.zza	Via Liguria, 2	
Tel.	0522-335980	
E – Mail	pantanit@ausl.re.it	Cell. 339/6321893

Formazione sul campo nell'ambito del Corso "L'Insufficienza Respiratoria Cronica Grave dall'Ospedale al Domicilio": alcune riflessioni

M. Pastorelli, S. Ribet

Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione – Ospedali Riuniti Pinerolo - ASL TO 3, I.P. S.S. Rianimazione - Ospedali Riuniti Pinerolo - ASL TO 3

Abstract

Gli autori descrivono il razionale che nel 2004 ha portato alla definizione dell'evento formativo interno all'ASL "L'insufficienza respiratoria grave dall'ospedale al domicilio", svoltosi in quattro edizioni. Ne descrivono inoltre l'organizzazione strutturale e riportano i dati del questionario di gradibilità. Evidenziano infine alcune difficoltà incontrate ed esprimono alcune riflessioni relative ai potenziali spazi di miglioramento.

L'insufficienza respiratoria cronica grave in fase di riacutizzazione spesso necessita di ricovero in Rianimazione per assistenza ventilatoria ed è gravata da una mortalità che, al primo episodio, si aggira intorno al 20-25%. Coloro che sopravvivono, recuperano coscienza ed hanno la possibilità di mantenere una discreta qualità di vita, nonostante abbastanza frequentemente non recuperino un'autonomia respiratoria completa od anche, talvolta, solo parziale. Per questa ragione necessitano di un'assistenza ventilatoria di lungo termine, al di là dei tempi di degenza in Rianimazione.

La Rianimazione di Pinerolo dal 1998 ha cominciato ad occuparsi di questa tipologia di pazienti, riscontrando notevoli difficoltà nella gestione post-rianimatoria, sia a livello ospedaliero che territoriale. Si trattava di improvvisare la gestione di un problema nuovo per la nostra ASL, tanto più sconosciuto quanto temuto aprioristicamente: avevamo i pazienti prima ancora di aver ipotizzato un iter formativo a riguardo. Nell'aumentare nel corso degli anni successivi del sia pur limitato numero di pazienti di questo tipo e tenendo conto che l'insufficienza respiratoria cronica rappresenta attualmente la quarta patologia in termini di consumo di risorse nei paesi occidentali ma, a seguito dell'incremento della vita media, è destinata nel medio-lungo termine a diventare la patologia che più aumenterà l'impegno di risorse assistenziali, sia ospedaliere che domiciliari, impostare un iter formativo che permettesse di cercare di uniformare le conoscenze ed i comportamenti, nonché di chiarire "la strada" e gli obiettivi del percorso terapeutico-assistenziale diventava necessità impellente.

Nel 2004 è quindi stato ideato l'evento formativo "L'insufficienza respiratoria cronica grave dall'ospedale al domicilio", che tra 2004 e 2005 ha visto svolgersi quattro edizioni, con venti partecipanti previsti per ciascuna edizione, provenienti dalle strutture aziendali, ospedaliere e territoriali, riconosciuto con 12 crediti ECM.

I partecipanti effettivi complessivamente sono stati 66 (la discrepanza è legata alla scarsa partecipazione del personale medico, ospedaliero e di medicina generale, cui erano riservati 6 posti per edizione).

La struttura del corso prevedeva una parte di lezioni frontali ed una di:

- dimostrazione dei vari materiali utilizzati per l'assistenza al paziente;
- esercitazione pratica su alcune manovre particolari che è necessario eseguire sul paziente stesso (aspirazione tracheale, medicazione dello stoma della tracheotomia, ecc.).

Per la parte di dimostrazione ed esercitazione i partecipanti sono stati suddivisi in quattro gruppi, ognuno dei quali ha frequentato il reparto Rianimazione, potendo non solo assistere ma anche provare ad effettuare le manovre di cui sopra. La rilevanza degli argomenti trattati è stata ritenuta rilevante o molto rilevante dal 94% dei discenti, mentre l'evento è stato giudicato come rilevante o molto rilevante in termini di efficacia per la formazione continua dall'80,5%; relativamente alla parte pratica sono stati registrati commenti molto favorevoli.

Quindi nel complesso si può affermare che l'evento è stato molto positivo non solo perché impostato in termini di integrazione ospedale-territorio, ma anche e soprattutto in quanto non è stato vissuto solo in termini formali: grazie ad esso, ed in particolare alla parte pratica, il numero di chiamate inappropriate si è ridotto ed è stato possibile risolvere numerosi problemi per via telefonica.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Pastorelli Mauro
Ente di appartenenza	ASL TO 3 - Ospedale E. Agnelli
Luogo e CAP	Pinerolo (TO) - 10060
Via/C.so/P.zza	Str.le Finestrelle, 72
Tel.	0121/233371 Fax 0121/233712
E – Mail	osruemc@asl5.piemonte.it o mpastorelli@asl10.piemonte.it

Esperienza di formazione sul campo che ha permesso l'introduzione all'interno dell'ASL 9 di Ivrea (ora ASL TO 4) di un sistema di segnalazione delle cadute accidentali e valutazione del rischio di caduta

P. Rossetto, M. Grossio, F. Cardillo, D. Anzini, F. Frasca, M. Savio, G. Palmato, L. Lussana, V. Scavarla, C. Pavetto, A. Leschiera, N. Actis Grosso, B. Broglio

Operatori A.S.L. 9 di Ivrea ora ASL TO 4

Abstract

La presente comunicazione contiene la presentazione di un'esperienza formativa che ha permesso il coinvolgimento dei partecipanti in tutte le fasi di realizzazione di un progetto di miglioramento: dall'identificazione del problema, progettazione ed implementazione dell'intervento di miglioramento, alla valutazione dei risultati raggiunti. La tematica oggetto di esperienza è relativa alle cadute accidentali, tema di grande attualità nelle organizzazioni sanitarie.

Il seguente progetto ha visto la sua nascita ed evoluzione nell'ambito del piano formativo inerente lo sviluppo del Sistema Gestione Qualità aziendale (S.G.Q.).

Nell'anno 2006, i referenti del S.G.Q. identificati in ogni realtà operativa aziendale, hanno partecipato al corso "Gestione, correzione e progettazione per la qualità: metodologie e strumenti operativi" che ha permesso loro di sperimentare ed acquisire competenze per identificare le criticità nell'ambito delle proprie realtà operative sulle quali progettare un intervento di miglioramento. L'applicazione sperimentale di quanto appreso ha permesso l'elaborazione di 60 progetti di miglioramento.

Tali progetti sono stati analizzati dal S.G.Q. aziendale e dal Centro Formazione al fine di identificare le progettazioni a cui far seguire la fase di implementazione. I criteri utilizzati nell'analisi e scelta sono stati i seguenti:

1. adesione alla mission aziendale;
2. affrontabilità della tematica oggetto di studio in un'ottica aziendale/dipartimentale;
3. numero di operatori che hanno proposto la tematica oggetto di studio;
4. criticità della tematica oggetto di studio in azienda;
5. caratteristiche professionali degli operatori partecipanti al corso.

I progetti scelti sono stati i seguenti:

- Introdurre all'interno dell'ASL 9 di Ivrea (ora ASL TO 4) un sistema di segnalazione delle cadute accidentali e valutazione del rischio di caduta;
- Introdurre all'interno delle S.C. cliniche e diagnostiche dell'ASL 9 di Ivrea (ora ASL TO 4) un sistema di gestione del rischio farmacologico;
- Definire linee di indirizzo aziendali utili al miglioramento della qualità di compilazione della documentazione sanitaria;
- Aggiornare il glossario della qualità in base ai suggerimenti espressi dagli operatori all'interno del corso "L'attivazione di un Sistema di Gestione Qualità all'interno di un'azienda sanitaria";
- Creare una rete di sorveglianza e di sostegno agli utenti dimessi dalle S.C. del dipartimento chirurgico in seguito ad un intervento svolto in regime di day surgery – one day surgery;
- Elaborare a livello multiprofessionale una scheda di dimissione ambulatoriale RRF.

La fase di implementazione dei progetti è avvenuta nell'ambito del corso "Dalla progettazione alla realizzazione di un intervento di miglioramento". Il corso ha avuto una durata totale di 50 ore di cui, una minima parte (15 ore) di formazione in aula e la rimanente parte (35 ore) di sviluppo operativo del progetto. Per ogni progetto, è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro, tenendo conto delle peculiarità dei partecipanti al corso, ed è stato identificato uno specifico tutor di riferimento.

Di seguito focalizzeremo l'attenzione esclusivamente sullo sviluppo del progetto relativo alla tematica cadute accidentali.

Le cadute costituiscono un evento avverso che si verifica frequentemente in ambito ospedaliero e rappresentano la causa di spiacevoli conseguenze per la persona assistita (p.a.) e la sua famiglia, per i sanitari, nonché per l'azienda sanitaria.

Per questi motivi le cadute in ospedale sono da alcuni anni oggetto di studi da parte di organismi scientifici internazionali che hanno in particolare focalizzato l'attenzione riguardo allo studio dei fattori che espongono la p.a. al rischio di caduta, nonché delle strategie idonee a ridurre l'esposizione a tali fattori al fine di diminuire gli incidenti.

Anche nell'ambito dell'ASL 9, sulla base dei dati relativi alle cadute accidentali verificatesi negli anni 2001-2005, le cadute rappresentavano un evento avverso di significativa importanza su cui implementare attività di miglioramento.

Dall'analisi del processo di gestione dell'avvenuta caduta accidentale è emerso che nell'azienda la modalità di segnalazione non era standardizzata ma veniva lasciata alle singole realtà la discrezionalità di scegliere quali informazioni fornire o meno per documentare l'evento. Questa modalità non permetteva pertanto di ottenere informazioni utili al fine di quantificare correttamente il problema, identificare in modo appropriato le criticità e di conseguenza progettare interventi di miglioramento rispondenti alle esigenze reali.

Inoltre ai fini di prevenire l'evento non erano in uso specifiche scale di valutazione predittive del rischio di caduta. Il gruppo di lavoro ha focalizzato pertanto l'attenzione nell'elaborazione dei due strumenti:

1. Scheda segnalazione avvenuta caduta accidentale
2. Scheda valutazione predittiva rischio caduta accidentale

1. Scheda segnalazione avvenuta caduta accidentale

La scheda è stata elaborata sulla base delle principali evidenze bibliografiche e prevede al suo interno due parti:

- a) di esclusiva competenza degli operatori delle professioni sanitarie (Infermieristiche, Ostetriche, di Riabilitazione, di Prevenzione, Tecnico-Sanitarie) utile a fotografare le caratteristiche della p.a. e la situazione entro la quale si è verificato l'evento;
- b) di esclusiva competenza medica utile a fotografare l'eventuale tipologia di lesione riportata, le eventuali indagini diagnostiche richieste, l'eventuale terapia farmacologia in atto.

Per il suo utilizzo il gruppo di lavoro ha elaborato una specifica istruzione operativa contenente le seguenti informazioni: il campo di applicazione – quando e chi la compila – dove reperirla – a chi inviarla, come documentare all'interno della realtà operativa l'avvenuta caduta.

Il tutto è stato condiviso con il S.G.Q. unitamente ad un piano per l'introduzione sperimentale della scheda in azienda. La sperimentazione è stata realizzata all'interno del Dipartimento Medico per un anno. Durante la fase sperimentale non sono emerse criticità rispetto all'utilizzo dello strumento e dalla prima analisi dei dati è stato possibile evidenziare con precisione alcuni elementi favorevoli le cadute su cui progettare interventi di miglioramento.

Per l'anno 2007 l'utilizzo della scheda è stato diffuso a tutta l'A.S.L. 9 nell'ambito degli obiettivi di retribuzione di risultato.

2. Scheda valutazione predittiva rischio caduta accidentale

La scheda è stata elaborata sulla base delle principali evidenze scientifiche e prevede al suo interno tre parti di esclusiva competenza Infermieristica:

- a) utile a fotografare le caratteristiche della p.a. e ad effettuare la valutazione del rischio di caduta;
- b) evidenzia gli interventi preventivi, realizzati nei confronti della persona assistita/caregiver e dell'ambiente, laddove nella prima parte della scheda la p.a. è stata valutata a rischio di caduta. Inoltre prevede specifici spazi all'interno dei quali l'Infermiere può annotare le eventuali criticità riscontrate nell'attuazione degli interventi preventivi;
- c) permette all'Infermiere utilizzatore di segnalare eventuali criticità riscontrate nella sua compilazione.

Per il suo utilizzo il gruppo di lavoro ha elaborato una specifica istruzione operativa contenente le seguenti informazioni: il campo di applicazione – quando e come compilarla – dove reperirla – a chi inviarla, come documentare all'interno della realtà operativa l'avvenuta valutazione.

Il tutto è stato condiviso con il S.G.Q. unitamente ad un piano per l'introduzione sperimentale della scheda.

La sperimentazione è attualmente in atto all'interno del Dipartimento Medico. La fase sperimentale è stata preceduta da uno specifico momento informativo/formativo, in regime di aggiornamento obbligatorio, della durata di due ore, rivolto a tutto il personale infermieristico e coordinatori delle realtà coinvolte, che ha previsto la trattazione delle seguenti argomentazioni:

- Presentazione dei dati relativi alla sperimentazione della scheda di segnalazione delle cadute accidentali;
- Perché è importante a livello della prevenzione delle cadute accidentali l'utilizzo della scheda predittiva del rischio di caduta;
- Presentazione della scheda di valutazione elaborata a livello aziendale e relative modalità di compilazione;
- Modalità di sperimentazione della scheda;
- L'utilizzo dei mezzi di contenzione: etica o legalità?.

Sono stati coinvolti quali docenti gli operatori costituenti il gruppo di lavoro e un'infermiera, attualmente studente del Master per Funzioni di Coordinamento, che sta realizzando una specifica Tesi in relazione all'argomento delle cadute accidentali a livello aziendale.

I due strumenti e le relative istruzioni operative sono state messe a disposizione degli operatori sul sito intranet aziendale unitamente ad articoli circa le migliori evidenze scientifiche in tema di prevenzione delle cadute accidentali.

Il gruppo di lavoro ha pienamente raggiunto gli obiettivi definiti permettendo una grossa evoluzione a livello aziendale in relazione all'evento caduta.

Ad oggi la gestione di tale problematica sta ulteriormente evolvendo, tant'è che ad alcune fasi del processo ricovero ospedaliero, quelle maggiormente significative per l'evento caduta (accoglienza e accettazione p.a., mobilitazione), è stata applicata la metodologia FMEA al fine di identificare i possibili guasti/errori su cui progettare interventi di miglioramento sulla base dell'indice di rilevanza attribuito.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Rossetto Paola	
Ente di appartenenza	ASL TO 4	
Luogo e CAP	Cossano Canavese (TO) - 10010	
Via/C.so/P.zza	Via Ettore Perrone, 26bis	
Tel.	0125/676028	
E – Mail	rossetto_paola@libero.it	Cell. 347/2634253

La Prevenzione Andrologica Scolastica in età adolescenziale. L'esperienza degli Andrologi della ASL BI

Mauro Silvani, Danilo Minocci

S.C. Urologia ASL BI, Biella

Abstract

Nel presente lavoro viene riportata l'esperienza degli andrologi della ASL di Biella nel progetto di prevenzione primaria e secondaria in alcuni Istituti Scolastici del Biellese. L'iniziativa è stata rivolta alle seconde e terze classi degli Istituti visitati. L'adesione è stata accolta con entusiasmo dai ragazzi ed anche dalle ragazze come dimostrato da alcune delle domande più significative formulate anonimamente dagli studenti.

La prevenzione costituisce un formidabile strumento per una sanità di eccellenza. Purtroppo la crescita della spesa in campo sanitario non la rende sempre proponibile ed attuabile, inoltre le riforme istituzionali possono pur nella loro inevitabile e necessaria attuazione sopprimere importanti strumenti socio sanitari di prevenzione. Risulta pleonastico aggiungere che la prevenzione è efficace se tempestivamente ed idoneamente attuata. L'adolescenza è la fase della vita che va dall'infanzia all'età adulta. Potremmo definirla la primavera della vita in cui tutto germoglia, si sviluppa e per questo molto vulnerabile sotto tutti gli aspetti fisici e psicologici. Una stagione in cui prevenire è fondamentale per questa serie di ragioni:

- Abolizione della visita di leva e quindi mancanza di un filtro sanitario obbligatorio
- Mancanza di una specifica figura medica di riferimento
- Notevoli variazioni caratteriali dell'adolescente, tendenza al rifiuto delle regole, contestazione della famiglia istituzioni, regole, etc., con maggiore ricorso alle sostanze d'abuso
- Rilevante incidenza di patologie uroandrogiche in età adolescenziale (varicocele, fimosi, MTS, etc..)
- Necessità della comprensione dell'importanza della salute sessuale fin dall'adolescenza
- Ed inoltre la constatazione che mentre esiste una cultura di prevenzione adolescenziale in campo ginecologico altrettanto non si può asserire in campo maschile.

Questo tipo di riflessioni ci ha indotto a rivalutare con criticità la nostra formazione culturale per interpretare le necessità sanitarie di una società in continua evoluzione in cui la prevenzione può anche a costi bassi avere un ruolo di elevata efficacia. Da questo processo di restyling professionale nasce il progetto SPAS (Screening preventivo andrologico scolastico o anche più semplicemente l'andrologo a Scuola).

Il progetto si articola in una fase preliminare di informazione e educazione (prevenzione primaria) svoltosi in nove istituti scolastici del Biellese con partecipazione complessivamente 750 alunni. In ogni incontro è stato illustrato ai giovani studenti una serie di slides semplici, ma significative e captanti la loro attenzione, su chi fosse, in realtà, l'andrologo. I campi di interesse di questo professionista della salute sessuale maschile.

Si è parlato di anatomia dell'apparato genitale maschile e femminile, delle principali patologie androgiche, delle ripercussioni delle sostanze d'abuso (droghe e anabolizzanti steroidei) sulla fertilità e sessualità anche dopo anni dalla sospensione.

Una parte dell'incontro è stata dedicata alla tecnica di autopalpazione del testicolo per la diagnosi precoce del tumore di questa ghiandola, analogamente alle ragazze per il tumore del seno. Una quota del tempo è stata impiegata per la descrizione delle malattie a trasmissione sessuale e la loro prevenzione, ed all'importanza dell'adozione di stili di vita igienicamente validi. In tutti gli incontri erano presenti anche le giovani studentesse che si sono mostrate molto interessate ai problemi maschili essendo poi ovviamente le mamme, compagne e mogli, negli anni futuri.

L'interesse dei giovani è stato rilevante come testimoniamo gli innumerevoli "pizzini andrologici" rigorosamente anonimi attraverso i quali sono state poste domande di ogni genere.

A questa fase seguirà a brevissimo la parte relativa alle visite (prevenzione secondaria) che avverranno presso le scuole dopo assenso dei genitori e in loro presenza se richiesto. I dati raccolti saranno assolutamente anonimi e permetteranno di avere una visione della salute sessuale degli adolescenti della nostra provincia.

Seguono le domande poste dai ragazzi/e durante il corso:

<i>La masturbazione frequente può essere dannosa?</i>	<i>Quale marca di preservativo consigliate?</i>	<i>Avere un solo testicolo comporta problemi?</i>
<i>I testicoli possono esplodere?</i>	<i>Cos'è la libido?</i>	<i>L'Erpes è possibile trasmetterlo da bocca a pene?</i>
<i>A causa del rapporto sessuale si può avere un calo nelle prestazioni sportive?</i>	<i>È direttamente proporzionale la misura del pene al godimento della donna?</i>	<i>È vero che i ragazzi al mattino hanno il pene in erezione?</i>
<i>Quanto vive uno spermatozoo fuori dal pene?</i>	<i>Quale periodo la donna ha più probabilità di rimanere incinta?</i>	<i>Come funziona la banca del seme?</i>
<i>Perché alla nostra età si pensa spesso al sesso?</i>	<i>Fino a che età si ha il desiderio sessuale?</i>	<i>Fumando il filtro delle sigarette si diventa sterili?</i>
<i>Quante Kcal si perdono facendo sesso?</i>	<i>A quale età sarebbe adatto avere il primo rapporto sessuale?</i>	<i>Farsi una canna ogni tanto e fumarsi un pacchetto di sigarette al giorno, può dare problemi?</i>
<i>In che modo e perché avviene l'orgasmo</i>	<i>Durante i primi rapporti sessuali perché non si prova piacere?</i>	<i>Quali sono le conseguenze dell'AIDS e come si fa a capire che ti hanno contagiato?</i>
<i>È possibile che il Viagra non faccia effetto? A me è capitato!</i>	<i>Quanto tempo può durare un'erezione?</i>	<i>Si possono trasmettere malattie attraverso il sesso orale?</i>
<i>Si possono aumentare le dimensioni del pene?</i>	<i>Perché il pene si piega? È colpa di alcol o droghe?</i>	<i>Come funzionano i preservativi ritardanti?</i>

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Silvani Mauro	
Ente di appartenenza	Urologia - ASL di Biella	
Luogo e CAP	Biella - 13900	
Via/C.so/P.zza	Via Caraccio, 5	
Tel.	015/3503399	Fax 015/3503566
E – Mail	dr.silvani@libero.it	Cell. 339/2102402

Incontri di Formazione sul Campo dei Servizi di Patologia Clinica della A.S.L. TO 4: Formazione e Qualità, Lavorare sui Problemi

Eleonora Stacchini, Arturo Ferrini

Dipartimento di Patologia Clinica - Azienda Sanitaria Locale ASL TO 4 – Ivrea (ex ASL 9)

Abstract

L'ECM è finalizzata a migliorare la qualità dei professionisti sanitari, con lo scopo di assicurare adeguatezza e appropriatezza degli interventi assistenziali. La formazione dell'adulto è efficace se mirata alla risoluzione di problemi concreti, legati all'attività lavorativa. Per ciò abbiamo progettato un corso formativo con metodologia FSC, sulla rilevazione dei bisogni formativi e delle criticità delle aree dei Servizi di Patologia Clinica della A.S.L. TO 4. I risultati saranno utilizzati, da gruppi di lavoro interprofessionali e multidisciplinari, per progetti di miglioramento continuo.

Premesse – Come è nato questo progetto

Durante l'ultima giornata di un corso formativo sui processi di automazione dei Laboratori, organizzato nel 2006 per il personale del Dipartimento di Patologia clinica (ex Asl 9), era emersa una marcata richiesta da parte del personale di una maggiore comunicazione e condivisione, riguardo alle varie problematiche affrontate nelle diverse aree del Dipartimento di Patologia Clinica della allora A.S.L. 9. Per cercare di migliorare la comunicazione all'interno dei nostri Laboratori, durante l'anno successivo (2007), sono stati organizzati tre incontri formativi, all'interno dei quali abbiamo discusso regolarmente dei problemi legati alla formazione e di altri argomenti, individuati come prioritari, in seguito alla raccolta delle segnalazioni del personale sulle criticità più urgenti da affrontare. La partecipazione attiva a questi incontri e le discussioni vivaci ivi svoltesi, ci hanno stimolato a progettare per l'anno successivo (2008) un corso formativo aziendale (ECM), ispirato alle metodologie di formazione sul campo, legata alla analisi e risoluzione di problemi pratici, che si verificano nell'attività routinaria e nella pratica clinica di tutti i giorni, con la convinzione che la formazione sul campo rappresenti un naturale supporto per lo sviluppo della "clinical governance" nel Sistema Sanitario.

Destinatari del progetto

Medici, Biologi, Chimici, Tecnici di Laboratorio e Infermieri dei Servizi di Patologia Clinica della A.S.L. TO 4 (ex A.S.L. 9, ex A.S.L. 6, ex A.S.L. 7).

Obiettivi generali

Migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie dei Servizi di Patologia Clinica della A.S.L. TO 4, allo scopo di adeguare le performance ai bisogni dell'assistito e del Sistema Sanitario Nazionale. Progettare dei corsi di formazione aziendale per il personale dei Servizi di Patologia Clinica della A.S.L. TO 4, nel rispetto degli obiettivi indicati dal Ministero della Salute, dalle Regioni e dalle Aziende Sanitarie, ma tenendo conto dei bisogni formativi evidenziati dai singoli professionisti.

Obiettivi specifici

Verrà stimolata la partecipazione e la motivazione dei discenti a progetti di miglioramento continuo, attraverso la formazione sul campo legata a problemi pratici, affrontati nella attività lavorativa giornaliera, formazione che studi di evidenza scientifica dimostrano essere l'unica veramente efficace sull'individuo adulto, riconoscendole la capacità di modificare comportamenti di pratica professionale^[1-2]. Le metodologie di formazione sul campo utilizzate favoriranno la comunicazione e l'integrazione fra il personale dei Servizi di Patologia Clinica della A.S.L. TO 4, attraverso la condivisione di problematiche legate all'attività lavorativa. Il discente verrà stimolato a sviluppare analisi e soluzioni dei problemi, sia singolarmente che condivise in gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari. Tramite la formazione sul campo, l'esperienza personale dei discenti sarà valorizzata, portando a confronto le pratiche professionali, attraverso la rielaborazione dei propri vissuti esperenziali, delle

proprie idee, del proprio agire quotidiano, confrontandoli fra pari e con esperti, allo scopo di migliorare la realtà lavorativa in cui si opera, per una più efficace gestione dell'assistenza sanitaria.

Ci è parso anche di fondamentale importanza far prendere coscienza ai discenti che ogni operatore sanitario, con le sue capacità tecnico-professionali e relazionali, contribuisce a creare il clima dell'ambiente lavorativo in cui opera e può essere partecipe di cambiamenti significativi nella pratica quotidiana. Cercheremo quindi di stimolare nei discenti la condivisione e la diffusione della conoscenza, anche attraverso la valorizzazione delle risorse umane e la promozione del benessere organizzativo.

Inoltre, promuovendo il coinvolgimento del personale nella definizione dei bisogni formativi dei professionisti, si perseguirà l'obiettivo di sviluppare nei discenti il concetto della formazione come diritto alla cura del sé umano, oltre che professionale, realizzando il proprio progetto di vita anche attraverso il lavoro

Fasi del progetto

Fase 1: coinvolgere i professionisti sanitari dei Servizi di Patologia Clinica della A.S.L. TO 4 nella costruzione:

- di una scheda di rilevazione dei bisogni formativi,
- di una scheda di rilevazione delle criticità osservabili nelle quattro aree tematiche individuate dall'azienda ASL TO 4 come: gestionale-organizzativa, tecnico-professionale, della sicurezza e relazionale.

Fase 2: rilevare i bisogni formativi del personale e le criticità, attraverso la formazione sul campo, fatta durante l'attività lavorativa e nella sede dove si svolge il lavoro, con il supporto di tutor individuati in ogni struttura appartenente ai Servizi di Patologia Clinica.

Fase 3: elaborare i risultati delle schede di rilevazione.

Fase 4: presentare in plenaria gli elaborati e individuare:

- strategie di intervento attraverso progetti di miglioramento relativi alle criticità rilevate ritenute prioritarie,
- programmazione della formazione continua in medicina futura sulla base anche dei bisogni formativi rilevati e delle criticità emerse,
- costituzione di gruppi di miglioramento interprofessionali e interdisciplinari, con lo scopo di lavorare in modo stabile e continuativo ai progetti di miglioramento.

Tempistiche

Il corso si svolgerà durante l'arco dell'anno, con uno sviluppo temporale di sette mesi circa, a partire dal 13 maggio 2008 fino a 15 dicembre 2008. Inoltre si articolerà nel numero di cinque edizioni, che si svolgeranno nelle diverse sedi dei Servizi di Patologia Clinica della A.S.L. TO 4, per dare la possibilità a tutti i professionisti di partecipare.

Il numero totale di ore per cui verrà richiesto l'accreditamento al Sistema Regionale per la Formazione Continua in Sanità è di 47 ore di formazione continua per ogni discente.

Metodologie formative utilizzate

La tipologia di formazione sul campo che è stata scelta in questo corso è quella di "Partecipazione a progetti di miglioramento".^[3]

I metodi didattici utilizzati nel nostro corso di formazione sono i seguenti:

- Lezioni e relazioni su tema preordinato: 4 ore e quarantacinque minuti (circa il 9,3% delle ore totali del corso).
- Lavori a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con l'esperto: 14 ore e trenta minuti.
- Istruzione presentazione e discussione di un elaborato: 4 ore.
- Tavole rotonde: 1 ora.
- Verifica di apprendimento: 30 minuti.
- Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/docente/relatore: 1 ora e 15 minuti.
- Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche in ambito lavorativo, accompagnate da tutoraggio: 21 ore

Quindi globalmente il nostro corso, che prevede un impegno orario di 47 ore per ogni discente, in quanto a metodologie formative, è costituito da un 9,3% circa di lezioni frontali e un 90,7 % di

metodologie che prevedono il coinvolgimento diretto dei discenti, sia all'interno di piccoli gruppi di lavoro, sia individualmente, ma sempre sostenuto da tutoraggio.

Definizione degli Indicatori di valutazione

Gli indicatori di processo o di esito sono indispensabili per valutare l'efficacia formativa dei corsi di formazione sul campo. È necessario quindi definire questi indicatori. Gli indicatori che abbiamo individuato per la valutazione dell'impatto formativo del nostro progetto sono i seguenti:

Indicatori di abilità intellettive: i discenti verranno sottoposti ad un pre-test e ad un post-test e l'indicatore numero uno sarà dato dalla diminuzione significativa (valore atteso superiore o uguale al 50%) della percentuale di errori, tra i pretest e i post-test, che sta ad indicare che l'obiettivo di aumentare le conoscenze intellettive sugli argomenti del corso è stato raggiunto.

Il secondo indicatore di abilità intellettive sarà dato dalla percentuale dei partecipanti che saranno in grado di spiegare i vantaggi che derivano dalla rilevazione dei bisogni formativi e delle criticità in ambito lavorativo (domanda con risposta aperta, in calce al post-test).

Indicatori di abilità gestuali: l'indicatore numero uno sarà dato dalla percentuale di discenti che saranno stati in grado di compilare correttamente le schede di rilevazione dei bisogni formativi e delle criticità riscontrate. L'indicatore numero due sarà rappresentato dalla percentuale dei discenti che sapranno elaborare suggerimenti e nuove domande specifiche all'interno delle schede. L'indicatore numero tre sarà dato dalla percentuale di discenti che applicheranno sistematicamente nella loro realtà lavorativa le schede di rilevazione delle criticità osservate (rilevazione ad un anno di distanza dalla fine del corso).

Indicatori di abilità comunicative e relazionali: l'indicatore numero uno sarà dato dalla percentuale di partecipanti che mostreranno interesse ad applicare nella loro realtà, in modo continuativo, le schede per la rilevazione dei bisogni formativi e delle criticità (domanda in calce al post-test). Il secondo indicatore sarà rappresentato dalla percentuale di partecipanti interessati a promuovere e a pubblicizzare fuori della loro realtà lavorativa, con i colleghi, la bontà dell'applicazione continuativa delle schede per la rilevazione dei bisogni formativi e delle criticità (domanda in calce al post-test).

Riferimenti bibliografici

¹Davis, D. et. al.

1999 *Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes?* J Am Med Ass, 282: 867-74

²Thomson O'Brien, M. A. et al.

2003 *Continuing education meeting and workshops: effects on professional practice and health care outcomes*, (Cochrane review) in The Cochrane Library, Issue 1, Oxford, Update Software.

³Pressato, L., Galliani, L., Moreni, P., Spiani, L., Scandellari, C., Murgia, V. e Vettore L.

2006 *La formazione sul campo. Linee guida- Revisione 2.* Regione Veneto. Giunta Regionale. Centro Regionale di Riferimento per l'educazione Continua in Medicina ECM

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Stacchini Eleonora	
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale To 4 - Città Di Ivrea	
Luogo e CAP	Ivrea - 10015	
Via/C.so/P.zza	Piazza della Credenza, 2	
Tel.	0125/414346	Fax 0125/414344
E – Mail	e.stacchini@libero.it	Cell. 349/8087552

Formando s'impura. L'apprendimento dall'esperienza nell'attività di formazione

Rosella Vacchino, Elisabetta Vercellino

S.S. Psicologia Età Evolutiva – ASL TO 3

Abstract

Il tema dell'attività formativa è qui affrontato dal punto di vista del "formatore interno", cioè di un professionista che opera nel servizio sanitario, e che, in relazione a particolari tematiche o metodologie di lavoro, mette le proprie conoscenze, competenze ed esperienze a disposizione di altri operatori, all'interno di un progetto strutturato. In particolare, si intende evidenziare come tale ruolo consenta al formatore stesso di incrementare ed affinare la propria formazione professionale e personale.

Perfino mentre insegnano imparano (Seneca).

Sempre più frequentemente, corsi ed eventi formativi si avvalgono, per la loro organizzazione ed effettuazione, di risorse interne all'azienda: dall'animatore di formazione, al referente tecnico, al responsabile scientifico, fino alla funzione di vera e propria docenza.

Talvolta, una stessa figura può ricoprire, contemporaneamente o in occasioni diverse, più d'uno dei ruoli di seguito delineati:

- **Animatore di formazione:** provvede all'analisi dei bisogni formativi del personale nei vari Servizi, e spesso funge anche da
- **Referente tecnico** dei progetti
- **Responsabile scientifico:** garantisce la rispondenza dell'offerta formativa alla domanda espressa ed ai bisogni individuati, nonché il livello qualitativo del corso
- **Docente** (esterno o interno): può svolgere la propria attività individualmente o in collaborazione ed integrazione con altri docenti, ricorrendo ad una o più tra le metodologie previste dagli stessi corsi ECM (lezione frontale, gruppo di discussione, role playing, ecc.), a diverse tecniche comunicative (relazione verbale, proiezione di diapositive, lucidi, filmati...), a vari strumenti (PC, videoproiettore, carta e matita...). Spesso predispone, in autonomia o in collaborazione, materiali, documenti e dispense per i corsisti.

Il ricorso a docenti interni non avviene solo per ragioni meramente economiche, ma soprattutto perché esistono figure che, nell'ambito della propria preparazione professionale e culturale, ed in seguito ad un percorso esperienziale e formativo, sono in grado di offrire contributi validi e preziosi, con il valore aggiunto di veder valorizzate le proprie conoscenze e competenze, aumentando così la motivazione professionale.

Le osservazioni qui sviluppate nascono principalmente dall'esperienza di alcuni corsi, nei quali le Autrici hanno avuto modo di svolgere i ruoli di responsabile scientifico e di docente.

Il ruolo di **formatore**, nelle sue diverse declinazioni, ma soprattutto nella **funzione docente**, consente, a chi lo esercita, un **apprendimento** che è contemporaneamente **dall'esperienza e dall'autorità**.

Dall'autorità: la preparazione di un progetto formativo richiede: un approfondimento scientifico – culturale a vari livelli ed in vari ambiti; una revisione critica dei propri riferimenti teorico-metodologici e tecnici; un aggiornamento delle conoscenze ed una messa a punto della loro traduzione operativa; uno sforzo di sistematizzazione. Almeno per alcuni, è inoltre indispensabile acquisire dimestichezza con strumenti tecnologici ormai irrinunciabili. Il docente si pone quindi nell'ottica di dover **apprendere** a sua volta, rivolgendosi alla letteratura scientifica (talvolta, alla letteratura tout-court), a colleghi – anche di altre discipline – a supervisor. Questo processo, effettuato per garantire un'offerta formativa di buon livello, si rivela, per il docente stesso, una preziosa occasione di apprendimento, non solo nel proprio ambito professionale specifico.

Dall'esperienza: la progettazione – in tutti i suoi aspetti e momenti – la predisposizione e redazione del materiale, fino allo svolgimento dell'attività di docenza in aula, richiede necessariamente di confrontarsi e coordinarsi con gli altri docenti, nonché con i feed-back, le domande, le osservazioni ed i contributi dei corsisti. Ogni corso di formazione ha infatti una storia, più o meno travagliata; il programma subisce via via modificazioni, integrazioni, richiedendo un attento lavoro per evitare sbavature e ridondanze ma anche omissioni o superficialità. Ci si trova così coinvolti in una sorta di "laboratorio sul funzionamento dei gruppi di lavoro", soggetto alle note regole del funzionamento dei gruppi. Si tratta di un gruppo provvisorio, costituito per l'occasione, nel quale ciascun partecipante porta le proprie istanze personali, culturali e professionali, ma anche la propria appartenenza di servizio e la propria posizione organizzativa; nel quale giocano stereotipi, pregiudizi, pre-conoscenze, aspettative; in cui hanno spazio fenomeni proiettivi, invidie, competizioni, alleanze ed esclusioni. Per riuscire a portare a termine il compito, confidando di raggiungere risultati soddisfacenti, appare quindi necessaria una figura di coordinamento, una sorta di primus inter pares, che, oltre a svolgere il proprio peculiare lavoro come tutti gli altri, sia riconosciuto dal gruppo come colui che indica la rotta e se necessario la corregge, è in grado di "tirare le fila" e di richiamare all'obiettivo, esplicito e condiviso, che ha fornito l'occasione per la costituzione del gruppo stesso. Questa funzione potrebbe essere opportunamente svolta dal responsabile scientifico – anche nel caso in cui sia contemporaneamente docente – purché sia in grado – per proprie doti, esperienze e formazione – di prestare attenzione agli aspetti di relazione ed alle dinamiche del gruppo, senza tuttavia farsi tentare da una non richiesta e non necessaria "velleità terapeutica" o interpretativa.

L'esperienza all'interno del gruppo, se opportunamente supportata, consente sia di cogliere analogie e rimandi alle abituali situazioni lavorative – potendo, quindi, conoscere qualcosa in più sul proprio funzionamento nell'attività quotidiana – sia di saper meglio gestire il ruolo docente nei confronti del gruppo in formazione (per certi versi, omologo a quello dei docenti).

L'attività **in aula**, a sua volta, è per ciascun docente un'ulteriore occasione di apprendimento:

- Dagli altri docenti, sia rispetto ai contenuti, sia alle modalità di presentazione
- Dai corsisti, sotto l'aspetto: della *relazione* (prestando attenzione ai feed-back, nei vari momenti in cui il corso si sviluppa); delle *informazioni* sugli argomenti trattati, che dai partecipanti stessi possono provenire; dell'espressione di *bisogni* e *domande* inerenti la formazione, ma anche l'organizzazione del lavoro e dei servizi (senza impedire o considerare come un *disturbo* tutto ciò che di nuovo ed imprevisto può emergere durante lo svolgimento del corso).

Un'ulteriore fase è rappresentata dal "dopo corso", ed ha a che fare con lo scambio di impressioni, sensazioni, ma anche con la valutazione dei risultati da parte dei docenti, in cui entra fortemente in gioco la *valutazione* espressa dai corsisti.

Infine, c'è la predisposizione "in bella" delle dispense e del materiale fornito da docenti e partecipanti, nonché la stesura di un *report finale*, che non sia solo formale, ma serva davvero a sintetizzare quanto di interessante e significativo è emerso nel corso dell'esperienza formativa: anche in questo caso, dando spazio agli elementi non-previsti, non-programmati, poiché proprio questi ci possono dire quanto il percorso di apprendimento sia stato sterile e ripetitivo, o quanto al contrario – ci si augura! – sia stato davvero produttivo e fecondo.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Vacchino Rosella
Ente di appartenenza	ASL TO 3
Luogo e CAP	Collegno (TO) - 10093
Via/C.so/P.zza	Via Martiri XXX Aprile, 30
Tel.	011. 4017297
	Fax 011. 4017208
E – Mail	psicologia.adolescenza@asl5.piemonte.it

Lavorare in Azienda Sanitaria, lavorare per l'Azienda Sanitaria

Serena Zucchi, Bruno Tiranti

UOS Psicologia dell'ASL TO 3

Abstract

La presente comunicazione ha come oggetto la metodologia formativa proposta dal servizio di Psicologia dell'ASL To-3 nel momento in cui risponde a una domanda da parte di unità operative o dipartimenti interni all'azienda. Il cardine su cui si impernia l'intervento formativo è la ricaduta organizzativa ovvero l'impatto che si riesce a produrre e si rende visibile nell'organizzazione del servizio stesso. Ne consegue lo sviluppo di tre principali aspetti metodologici: il coinvolgimento di tutte le figure del contesto in analisi, l'attivazione alla partecipazione di ogni figura coinvolta con ruoli e mandati diversi e l'implementazione di un completo sistema di valutazione del percorso realizzato.

L'approccio metodologico descritto è frutto della riflessione di questi ultimi anni di percorsi formativi sia gestiti direttamente in qualità di docenti, sia gestiti da enti esterni all'interno dell'ASL e che ci hanno visti impegnati come tutor o committenti, sia vissuti come discenti. Tale lettura ci permette di mettere a fuoco quanto sia cruciale il tema della ricaduta organizzativa dell'intervento. Non è sufficiente, dal nostro punto di vista, che si abbia un incremento delle conoscenze e delle abilità della persona avulsa dal contesto professionale. L'evento formativo sia esso su tematiche tecniche sia esso su competenze trasversali infatti implode su se stesso se non impatta sull'organizzazione del sistema, se non ne incrementa la specificità e se non viene percepito come migliorativo dai cittadini, fruitori del servizio. L'attenzione alla ricaduta organizzativa dell'intervento formativo ha portato dunque il nostro interesse a sviluppare tre aspetti metodologici per noi imprescindibili: il coinvolgimento di tutte le figure del servizio coinvolto nel suo complesso, l'attivazione alla partecipazione di ogni figura coinvolta con ruoli e mandati diversi e l'implementazione di un sistema di valutazione dell'intervento stesso.

Coinvolgimento di tutte le figure del sistema

La nostra posizione di servizio di Psicologia dell'ASL TO 3 potrebbe assimilarsi a quella del "consulente interno" nel momento in cui viene accolta una domanda di formazione rivolta da servizi o dipartimenti dell'azienda. Tale posizione può risultare gravosa per alcuni oneri, quali la difficoltà di farsi riconoscere come "posizione terza" dall'interlocutore, talvolta più difeso (seduttivo, manipolatore, rigido, chiuso...), ma è anche ricca di alcune leve di forza fra cui la conoscenza del sistema e delle diverse figure coinvolgibili, nonché la conoscenza degli obiettivi aziendali su cui articolare la domanda del committente.

Nei nostri interventi vengono dunque coinvolte tutte le figure, se pur con ruoli e mandati diversi: in altri termini vengono fatti partecipi i committenti, gli animatori di formazione, i responsabili, le figure di coordinamento, i destinatari del corso... coinvolgendo ognuno nella costruzione del processo di lavoro (dalla fase di assessment organizzativo, alla progettazione, alla aula, alla verifica).

La partecipazione attiva al processo formativo sul campo

La metodologia descritta rientra nella ricerca intervento declinata nel contesto dell'azienda sanitaria, con un'enfasi particolare ai temi della ricaduta organizzativa, per curare la quale riteniamo imprescindibile la partecipazione attiva di tutte le figure del contesto coinvolto.

Il committente. La prima forma di partecipazione si manifesta nel coinvolgimento iniziale dei committenti, che non necessariamente coincidono con i responsabili del servizio, ma che in linea di massima ricoprono posizioni apicali all'interno dell'azienda e/o posizioni strategiche in merito alla formazione (animatori di formazione o ufficio O.S.R.U.). Tale tipo di mandato nei nostri confronti manifesta in genere una forte sensibilità da parte della direzione aziendale a temi critici che diventano oggetto dell'intervento. In genere le motivazioni da cui prende avvio l'intervento vengono esplorate

attraverso un incontro, spesso differito nel tempo (talvolta alcuni mesi prima) rispetto al corso, presso la direzione sanitaria o l'ufficio che avanza la prima domanda formativa.

Il responsabile. L'avvio vero e proprio dell'intervento si realizza nell'incontro con il responsabile del servizio (primari, capi dipartimento, direttori di strutture...) con cui si comincia a indagare la domanda. Talvolta la domanda esplicita di formazione è ben documentata e dettagliata e deriva dall'analisi interna di criticità osservate di funzionamento interno nelle équipes o nella relazione con i pazienti e i cittadini fruitori del servizio, talvolta invece non è ben definita e specificata. Ciò può dare l'avvio alla fase di assessment organizzativo che può assumere forme più articolate come la compilazione di questionari sul clima organizzativo, la convocazioni di focus group, l'intervista a testimoni chiave (come animatori di formazione aziendale del servizio in questione, coordinatori, capo sala...).

Il contatto con i responsabili del servizio ci permette di mettere a fuoco gli obiettivi del servizio e le attese che gli apicali hanno in merito all'intervento formativo. Ciò permette di verificare che gli obiettivi formativi siano congruenti agli obiettivi di servizio e di azienda e permette a sua volta agli apicali di interrogarsi sulla pertinenza e sulla ricaduta del processo di lavoro. Spesso tale punto chiave viene tradotto nella partecipazione del responsabile a due momenti in aula: nel primo incontro in aula non per un tradizionale saluto iniziale, ma piuttosto per rilasciare una breve intervista che veicoli l'attenzione sulle criticità percepite che hanno motivato l'attivazione di un percorso formativo e nell'ultimo incontro in cui viene per ascoltare e discutere i risultati conseguiti nel corso.

L'aula. In aula viene utilizzata la metodologia di didattica attiva che, oltre ad avere momenti di apprendimento tramite esercitazioni individuali o in sotto-gruppi, può prevedere la costituzione di sotto-gruppi di lavoro di approfondimento tematico di una delle criticità emerse nella fase di avvio dell'intervento o dal lavoro di assessment o dall'intervista del responsabile o dalla discussione in aula iniziale. I sotto-gruppi di lavoro sono auto gestiti, al proprio interno vengono scelti un referente e un segretario con il mandato di produrre e presentare all'aula una sintesi delle proposte alla fine di ogni sessione di lavoro e di produrre un elaborato da presentare in ultima giornata al responsabile di servizio. In questa fase i formatori hanno la funzione di mantenere il setting, scandire i tempi e i momenti, osservare i gruppi di lavoro, restituire osservazioni sul processo di lavoro dei sotto-gruppi e della appropriatezza e chiarezza degli elaborati. Tali sotto-gruppi si costituiscono e lavorano all'interno del percorso formativo in tempi dedicati, ma non è raro constatare che possano essere mantenuti anche dopo l'intervento formativo con la funzione di gruppi di valutazione o di monitoraggio delle procedure analizzate (ad esempio gruppi di audit di valutazione tra pari sul tema degli errori,...).

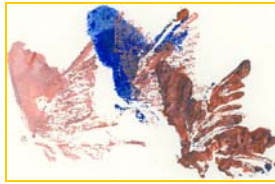
I destinatari indiretti dell'intervento, ovvero i cittadini. Talvolta è anche possibile includere nel processo formativo i destinatari indiretti, ovvero i cittadini. Un esempio è stata la raccolta delle opinioni dei fruitori dei servizi in merito al tema trattato nel corso tramite interviste video registrate. I video diventano un ulteriore documento utile all'apprendimento dell'aula, ma anche alle riflessioni valutative al termine del percorso con il responsabile del servizio e i committenti.

La valutazione dell'intervento

Infine è stato da noi implementato un sistema di valutazione dell'intervento indagando tre dimensioni: *l'apprendimento dei discenti* (inteso sia come incremento delle conoscenze, sia delle competenze), *l'interazione in aula* (ovvero la soddisfazione relativa alla qualità della relazione sviluppatasi nel gruppo e con i docenti) e *la ricaduta organizzativa* (ovvero l'impatto sull'unità operativa in termini di miglioramenti organizzativi o di qualità dei servizi offerti). Le prime due dimensioni vengono indagate in ultima giornata in aula, mentre la terza in un tempo differito e posteriore la fine del corso. La prima dimensione viene solitamente indagata attraverso questionari di valutazione degli apprendimenti, test attitudinali con la somministrazione pre e post intervento e risoluzione di prove; la seconda dimensione tramite questionari di soddisfazione percepita e tramite attività di de-briefing in cui si raccolgono bilanci qualitativi da parte dei discenti in ultima giornata; l'ultima dimensione, ovvero la ricaduta organizzativa, viene valutata a posteriori con il responsabile del servizio e con i committenti con cui si analizzano le variabili critiche da cui si era dato avvio all'intervento per osservarne le variazioni.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Zucchi Serena	
Ente di appartenenza	ASL TO 3 - UOS Psicologia	
Luogo e CAP	Collegno (To) - 10096	
Via/C.so/P.zza	Via Martiri XXX Aprile 30	
Tel.	011/4017257	Fax 011/4017208
E – Mail	psicologia.salute@asl5.piemonte.it	

Parte Terza: i poster



Il maestro..... le sue caratteristiche

“Tra i contemporanei scegliamo non quelli che con grande rapidità buttano giù le parole e mettono in circolazione luoghi comuni e si esibiscono in privato come ciarlatani, ma coloro che insegnano con l’esempio della loro stessa vita e dopo aver detto ciò che si deve fare, lo dimostrano con i propri atti, insegnano ciò che bisogna evitare e non vengono sorpresi nel fare ciò che hanno detto doversi assolutamente fuggire. Scegli come tuo aiuto la persona che ammiri di più per averlo visto in azione che non per averlo sentito parlare”.

(Seneca. Lettere morali a Lucilio)

Il maestro..... le sue caratteristiche

“Secondo la nostra consuetudine il compito dell’educazione consiste nel dire agli altri ciò che ci è stato detto. Vorrei che ogni precettore correggesse questo metodo e che sin dall’inizio, secondo le reali possibilità dell’allievo affidatogli, cominciasse a metterlo alla prova facendogli apprezzare da solo le cose, inducendolo a scegliere e a discernere autonomamente, ora aprendogli la via, ora lasciando che se la apra da solo. Non vorrei che il precettore parlasse soltanto lui ma che, a sua volta, ascoltasse il discepolo. Socrate, e dopo di lui Arcesilao, avevano l’abitudine di far parlare prima i discepoli e solo dopo parlare loro”.

(Montaigne. I saggi)

La Formazione sul Campo: risultati dopo oltre 5000 crediti di esperienza

O. Actis, O. Passera

Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 "Alto Friuli"

Premessa

Nell'anno 2007 la Direzione Generale ha individuato, all'interno del programma di formazione aziendale, tra i punti cardini da sviluppare l'introduzione della formazione sul campo (FSC). Le tappe metodologiche sono state:

1. Analisi del fabbisogno formativo emerso dalle singole strutture, attuabile all'interno della stessa realtà lavorativa con la finalità di implementare le conoscenze individuali e di portare il professionista a migliore competenza specifica e relazionale all'interno della propria organizzazione.
2. Definizione della tipologia di attività riconducibile al percorso di formazione sul campo (sulla base delle linee guida regionali)
 - Audit clinico
 - Addestramento
 - Progetti di miglioramento
3. Strutturazione del percorso per la realizzazione dei progetti formativi con l'affidamento del mandato alla SOS Marketing Sociale, che interagendo con tutte le diverse articolazioni aziendali assicura le risposte ai bisogni formativi delle diverse professionalità.

Attività anno 2007

Le tematiche considerate sono state:

Audit clinico: - Aggiornamento in medicina interna (Medicina generale)

Addestramento: - Implementazione del sistema informatico per la gestione integrata del laboratorio di patologia clinica (laboratorio analisi)

Progetti di miglioramento:

- Gruppo aziendale di promozione della salute
- Elaborazione del Piano Terapeutico-riabilitativo individualizzato (DSM)
- Revisione critica dei protocolli per sindrome coronarica acuta (Area Emergenza)
- Potenziare l'efficacia della relazione di aiuto (Marketing Sociale)

Risultati anno 2007

Tutte le attività sono state accreditate dalla Commissione regionale per l'Educazione Continua in Medicina. L'impatto sull'acquisizione dei crediti ECM del personale dell'Azienda è stato il seguente:

TITOLO	Crediti/Persona	Ore/Persona	Partecipanti	Ore totali	Crediti Totali
C.so Marketing Sociale 1	16	44	30	1320	480
C.so Marketing Sociale 2	21	44	30	1320	630
C.so laboratorio	19	36	23	828	437
Audit medicina	4	22	12	264	48
Audit ade	10	30	15	450	150
Dip. salute mentale	15	32	40	1280	600
Gruppo promoz. salute	5	10	15	150	75
<i>TOTALI</i>			<i>165</i>	<i>5612</i>	<i>2420</i>

Attività anno

Per il 2008 l'attività di FSC prevede la realizzazione di 10 percorsi, tali da consentire a 400 dipendenti la fruizione di una media di 15 crediti ciascuno (50% dei crediti necessari agli operatori dell'ASS3 per ogni anno del triennio 2008-2010).

Ad oggi:

100 operatori di varie qualifiche e di tutte le strutture dell'Azienda stanno concludendo il primo percorso, di 44 ore di cui 12 d'aula e 32 di FSC vera e propria, volto ad analizzare, riportare, discutere su casi di eventi avversi e di buone prassi all'interno della funzione comunicativa di ogni professionista. Ciò consentirà l'acquisizione di 2100 crediti complessivi;

20 operatori (medici, infermieri, psicologi, educatori) stanno effettuando un percorso di audit nella Salute Mentale, di 40 ore. Ciò consentirà l'acquisizione di 300 crediti complessivi;

30 operatori (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione) stanno effettuando un percorso di audit in varie strutture, di 40 ore. Ciò consentirà l'acquisizione di 300 crediti complessivi.

Conclusioni

L'ASS 3 Alto Friuli ritiene che la formazione sul campo sia uno strumento:

- EFFICACE per la formazione degli operatori, di ogni qualifica e struttura
- EFFICIENTE in quanto coniuga l'attività lavorativa con la continua ricerca di stimoli didattici e culturali
- ECONOMICA in quanto consente agli operatori di conseguire parte dei crediti in orario di servizio

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Actis Oriana
Ente di appartenenza	SOS Marketing sociale – Azienda per i servizi sanitari n 3 Alto Friuli
Luogo e CAP	Gemona del Friuli (UD) - 33013
Via/C.so/P.zza	Piazzetta Portuzza 2
Tel.	0432/989454 Fax 0432/989407
E – Mail	formazione@ass3.sanita.fvg.it

Il circolo d'ascolto organizzativo: un percorso di FSC nel Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Parma

S. Avezzù, S. Vattini, F. Zilioli

AUSL di Parma – Dipartimento di Sanità Pubblica – Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

Il progetto sperimentale "Circolo d'ascolto organizzativo" attuato nella nostra Azienda, presso il Dipartimento di Sanità Pubblica, nel servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (di seguito denominato SIAN) si poneva quale obiettivo un percorso di lavoro che:

- facesse acquisire la capacità di rilevare ed utilizzare al meglio le opinioni e i contributi dei collaboratori;
- permettesse di sviluppare strategie e competenze di ascolto organizzativo finalizzate al miglioramento del clima e delle performance dei gruppi di lavoro;
- facilitasse lo sviluppo di comportamenti nuovi e la diffusione omogenea di una cultura del lavoro di gruppo e della gestione del gruppo;
- permettesse la diffusione e lo sviluppo di una nuova cultura organizzativa attenta ai fattori chiave per il successo dei fattori di cambiamento.

La sperimentazione è nata perché il SIAN era in fase di riorganizzazione complessiva con un passaggio dalla fase distrettuale a quella aziendale (1 solo servizio per la Provincia), con dirigenti che dovevano modificare in tutto o in parte le loro attività lavorative, con inserimento di nuovi operatori, ecc. e si proponeva lo scopo di mettere in pratica un metodo di facilitazione e di ascolto per rilevare e sviluppare le competenze, agite ed attese, per il buon funzionamento dei gruppi di lavoro, propedeutica alle modalità di applicazione dei nuovi Regolamenti Comunitari Europei e per omogeneizzare i percorsi e le procedure all'interno di questo servizio.

Il gruppo era composto di 10 persone fra dirigenti e operatori e il percorso si è svolto con incontri settimanali nel periodo dal 13 settembre al 15 ottobre 2007 (n. 7 incontri per ca. 20 ore di lavoro).

Nel percorso formativo si sono evidenziate soprattutto alcune criticità quali: la non abitudine al lavoro di squadra, la non abitudine all'approccio integrato ai problemi, scarsa chiarezza delle motivazioni, scarsa assunzione delle responsabilità, scarsa attitudine al confronto attivo.

La sospensione del giudizio è stato il primo valore sul quale le persone hanno costruito il percorso. E questo ha permesso a tutti di potersi esprimere liberamente, senza preconcetti. Si è cercato di attribuire lo stesso significato alle cose che si dicevano e che a volte avevano valenze diverse per ognuno. Si è evidenziata l'importanza di partire dai valori per costruire il gruppo e della difficoltà a tradurre nell'esperienza quotidiana questi valori. Si è compresa la necessità di fare propri, oltre ai diritti, anche gli impegni e le responsabilità del lavoro quotidiano, si è messo in luce che per cambiare non si deve aspettare che la cosa succeda dall'alto ma che ognuno può mettere in atto piccoli passi che moltiplicati possono portare a grossi cambiamenti. Si è appreso che il lavoro di gruppo è un valore aggiunto e che il contributo di ognuno permette di costruire una polifonia armonica di voci che aiuta a crescere non solo i singoli ma tutta l'organizzazione.

La presenza nel gruppo di uomini e donne e la loro diversità di genere e di generazione nell'esprimere emozioni, percezioni, aspetti cognitivi e vissuti professionali si è rivelata una grossa ricchezza per tutto il gruppo permettendo confronti e approcci diversi alle cose che si stavano costruendo insieme.

Il piano di sviluppo ha evidenziato principalmente le seguenti aree sulle quali si sono proposti interventi:

- **La gestione delle risorse umane.** Per questa area la proposta evidenziata è quella di lavorare con i dirigenti con un percorso ad hoc, continuando, anche per l'anno 2008, con altri incontri del circolo d'ascolto già in essere (chiamato I circolo) che dovrà incentrarsi soprattutto sulla costruzione della *mission* del servizio, partendo dai valori emersi nel corso del percorso precedente, conoscenza ed approfondimento dei modelli di leadership, creazione di una mappa dei valori e dei comportamenti da condividere con tutto il personale.

- **La comunicazione efficace.** Per questa area la proposta da mettere in atto è quella del coinvolgimento di tutto il personale con la costituzione di altri due circoli d'ascolto organizzativo che vedranno partecipare il restante personale afferente al SIAN con la presenza, oltre che del facilitatore, anche di un partecipante al I circolo d'ascolto per gruppo, in qualità di osservatore, per mettere in atto processi di apprendimento che permettano la formulazione di nuovi comportamenti condivisi da acquisire e sperimentare.
- **Orientamento allo sviluppo personale e professionale** percorso rivolto a tutto il personale del servizio. Il progetto sarà messo in atto nel prossimo anno dopo aver concluso per tutti il percorso dei circoli d'ascolto e sulla base delle risultanze emerse nel corso della formazione 2008.

Percorso effettuato nell'ambito del progetto di sperimentazione di Cantieri di Innovazione – Competenze per l'Ascolto Organizzativo anno 2007.

I **Cantieri di Innovazione** sono percorsi di miglioramento che permettono di sperimentare, all'interno delle amministrazioni, innovative soluzioni organizzative e gestionali. Essi forniscono alle amministrazioni occasioni di **approfondimento** e **supporto concreto** attraverso un insieme strutturato e governato di strumenti orientati alla **collaborazione** e allo **scambio di esperienze**.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Avezzu Serena
Ente di appartenenza	Responsabile Ufficio Formazione - Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL di Parma
Luogo e CAP	Parma - 43100
Via/C.so/P.zza	Via Vasari, 13
Tel.	0521/396204
	Fax 0521/396204
E – Mail	savezzu@ausl.pr.it

I bisogni dei pazienti, dei famigliari e degli infermieri in cure palliative domiciliari: strategie per un miglioramento della qualità dell'assistenza

Giovanna Badà Sergio Grubich, Luca Masiero

Fondo Edo Tempia Onlus – Biella; S.C. Cure Palliative ASL 12 – Biella; Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche

Il Servizio di Cure Palliative dell'ASL 12 di Biella è attivo dal 2001 ed opera su un modello di forte integrazione fra pubblico e privato e di rete nelle opzioni assistenziali dell'Ospedale, Hospice e Cure Domiciliari.

Gli infermieri delle Cure Domiciliari seguono in linea 8 pazienti e i carichi di lavoro sono gestiti seguendo criteri di territorialità, complessità assistenziale, esperienze degli operatori.

Nel corso del 2007 l'équipe infermieristica ha osservato, attraverso un'analisi dei dati di attività, un incremento del carico di lavoro conseguente all'aumento della complessità assistenziale, soprattutto per quanto riguarda i bisogni della sfera sociale (pazienti anziani, famiglie mononucleari, difficoltà economiche). Questi bisogni, anche secondo alcuni dati di letteratura, sono destinati ad aumentare nel tempo.

Per il calcolo del fabbisogno infermieristico sono stati utilizzati la formula proposta in un documento del National Council of P.C. e il documento della Commissione Nazionale sui L.E.A. per le Cure Palliative. Le strategie d'intervento proposte sono state:

- una più attenta valutazione dei bisogni alla presa in carico, attraverso un'integrazione medico infermieristica durante i colloqui con i famigliari;
- una maggiore attivazione del Servizio di Volontariato presso le famiglie per facilitare gli aspetti pratici dell'assistenza ed una migliore integrazione con i Servizi Sociali dei Comuni per la gestione del personale di supporto alle famiglie.
- una strategia di coordinamento per l'assegnazione dei nuovi pazienti, attenta anche ai bisogni dei singoli operatori e condivisa con l'équipe.

Una migliore conoscenza dei bisogni del paziente e dei famigliari alla presa in carico, l'integrazione multidisciplinare e l'utilizzo di altre risorse disponibili sul territorio possono garantire il mantenimento di standard elevati nella variabilità dei bisogni nel tempo.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Badà Giovanna	
Ente di appartenenza	Fondo Edo Tempia - Onlus	
Luogo e CAP	Biella - 13900	
Via/C.so/P.zza	Via Malta, 3	
Cell.	335/6537584	Fax 015/3503928
E – Mail	giovanna.bada@yahoo.it	

Discussione casi clinici in Neurologia

Maria Grazia Beltramino

Dipartimento di Neurologia – Azienda Sanitaria Locale TO 3

Il corso di formazione "discussione casi clinici in neurologia" è stato pensato e voluto dal personale della neurologia (medici e infermieri) per affrontare in modo multiprofessionale i casi clinici presenti in reparto discuterne ed analizzare le criticità emerse e trovare ipotesi di soluzione.

I casi discussi erano stati realmente vissuti dal personale del reparto e quindi presentano una dimensione di realtà e di coinvolgimento non indifferente.

Il corso è stato strutturato con degli incontri pomeridiani di 3 ore ciascuno, sono stati scelti dei casi significativi, di patologie importanti per la neurologia, sono anche stati scelti alcuni casi che avevano presentato delle problematiche dal punto di vista relazionale per aiutare l'équipe ad affrontare in futuro situazioni simili.

Il corso è stato strutturato in modo molto semplice con una presentazione dei casi da parte della coordinatrice infermieristica del reparto, analisi delle criticità emerse, discussione ed approfondimento clinico assistenziale con l'intervento di docenti medici del reparto e anche esterni allo stesso.

Questa esperienza è stata molto positiva perché ha permesso di discutere i casi presenti in reparto in modo multidisciplinare, di approfondire la parte clinica e assistenziale e di acquisire dei crediti ECM, con la formazione di una nuova "forma mentis" che non vede più disgiunta l'operatività dalla formazione, ma la considera un tutt'uno con la propria attività lavorativa e un momento per crescere, sia come gruppo, sia individualmente.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Beltramino Maria Grazia
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale 3 – Dipartimento di Neurologia
Luogo e CAP	Pinerolo (To) - 10064
Via/C.so/P.zza	Stradale Fenestrelle, 72
Tel.	0121/340593
E – Mail	mgbeltramino@asl10.piemonte.it

Gli Infermieri di territorio e la formazione come approccio metodologico all'utente e alla sua famiglia

Donatella Benetazzo, Liliana Stradella, Cesarina Prandi

C.P.S.E. – Coordinatrice Infermieristica Distretto 1 ASL BI; I.A.F.D. – Coordinatrice Servizio Assistenza Domiciliare ASL TO 2; Presidente Associazione CESPI Torino

Contesto formativo

La crescente domanda di qualità nei Servizi Sanitari si realizza tramite lo sviluppo di una nuova cultura della salute che parta dai reali bisogni dei cittadini, in cure appropriate e servizi più efficienti.

La moderna assistenza sanitaria tende, infatti, a concepire il cittadino come un protagonista attivo nella gestione della propria salute.

Da questa visione del rapporto tra Sanità e cittadini, si delinea la figura dell'infermiere di famiglia, in un contesto culturale e professionale che tiene conto delle realtà locali.

L'infermiere di famiglia ha un ruolo attivo lungo tutto l'iter assistenziale, che va dalla promozione della salute alla prevenzione delle malattie, dalla riabilitazione all'assistenza ai malati terminali e non, ed alle loro famiglie.

Il quadro politico sanitario della Regione Europea OMS, presenta un nuovo tipo di infermiere, l'infermiere di famiglia.

Il documento 21 Obiettivi per il XXI secolo, tuttavia, non si limita ad affermare la necessità di dare una nuova configurazione o di mettere a punto l'esercizio della professione; invita tutti i professionisti a riesaminare i loro metodi di lavoro ed ad ampliare il loro quadro di riferimento così da includervi i determinanti della salute.

La Regione Piemonte, facendo propri i principi dell'OMS, ha fissato degli obiettivi con il Piano Sanitario Piemontese, nei quali si ribadisce l'importanza del contributo infermieristico all'assistenza.

Destinatari principali

Infermieri operanti sul Territorio del Distretto 1 di Biella e del Distretto 2 di Cossato

Descrizione dell'esperienza

La Regione Piemonte, facendo propri i principi dell'OMS, ha fissato degli obiettivi con il Piano Sanitario Piemontese, nei quali si ribadisce l'importanza del contributo infermieristico all'assistenza. A tal fine la medesima Regione, in collaborazione con il CESPI di Torino, ha istituito dei corsi di formazione continua, rivolti al personale operante nei Servizi Territoriali attivo nelle cure domiciliari.

La nostra Azienda, dal 2000 ad oggi, ha offerto l'opportunità agli Infermieri di Territorio di accedere ai corsi di formazione tenuti a Torino in regime di aggiornamento obbligatorio. La durata delle attività formative, suddivise in moduli, è di duecento ore complessive distribuite su 27 giornate – dal mese di ottobre al marzo successivo. Ad oggi sono stati formati complessivamente 14 Infermieri, uno all'anno per ciascuno dei due distretti (Biella e Cossato). Il percorso formativo ha sottolineato l'importanza dell'ambiente per la salute della famiglia e della comunità, determinando uno spostamento di attenzione dalla malattia alla salute, da azione a risultato, dall'individualismo professionale alla collaborazione tra operatori; l'utilizzo di una pratica basata sull'evidenza scientifica; l'impegno verso l'efficienza e l'efficacia. È riconosciuto all'infermiere di famiglia il ruolo chiave per il counselling. Viene dato nuovo impulso al lavoro multidisciplinare ed interdisciplinare, oltre all'approccio intrasettoriale. L'evoluzione dei sistemi sanitari sta comportando degli importanti cambiamenti che pongono al centro l'efficienza dei servizi e l'efficacia delle prestazioni, mirate alla soddisfazione dei bisogni del paziente nel contesto della comunità in cui vive. I tre fattori fondamentali che condizionano l'assistenza sono il contenimento dei costi, i nuovi orientamenti del mercato e l'incremento della domanda e delle aspettative da parte della popolazione e l'infermiere è parte attiva in questo processo.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Benetazzo Donatella	
Ente di appartenenza	Coordinatrice Infermieristica Distretto 1 - Biella	
Luogo e CAP	Gaglianico (BI) - 13894	
Via/C.so/P.zza	Via Repubblica, 4	
Tel.	015/3503629	Fax 015/3503623
E – Mail	donatella.benetazzo@asl12.piemonte.it	

Riconoscere la formazione

Massimo Bocchio Ramazio, Elena Anzola

Azienda Sanitaria Locale BI – Biella

All'interno delle realtà aziendali sanitarie negli ultimi anni la formazione ha assunto la connotazione "continua" con lo scopo di riqualificare, ri – professionalizzare le persone con corsi di formazione "dedicati". Concettualmente la "Formazione" è passaggio di idee, di pensiero, di cultura, di conoscenza, di contenuti, di capacità, di modi di pensare, di modi di essere, in ambito pedagogico è un processo complesso di trasferimento di contenuti e metodi per fare acquisire alle persone livelli intellettuali, culturali e spirituali sempre maggiori. Nel contesto lavorativo quotidiano invece, la formazione spesso viene erroneamente riconosciuta come tale solo se riveste le caratteristiche della didattica nella veste formale dell'evento o progetto formativo accreditato ECM. Nella nostra Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa, l'esperienza formativa "continua", è riconducibile ed è riconoscibile nella nascita di gruppi di lavoro che sulla spinta di specifici interessi professionali hanno confrontato e condiviso delle conoscenze, con l'obiettivo sia di creare dei protocolli specifici per la presa in carico riabilitativo di alcune disabilità, sia di fornire consigli utili ai pazienti attraverso la stesura di opuscoli, sia di individuare le strategie più razionali e nello stesso tempo efficaci per contenere l'elevata domanda di interventi rieducativi.

Quest'esperienza è connotabile come un vero e proprio processo dalla valenza formativa che ha coinvolto gran parte degli operatori del servizio, valorizzandone l'impegno e la competenza professionale. Nello stesso tempo la normativa relativa alla necessità di acquisire Crediti Formativi E.C.M. induce a ripensare ad ogni azione caratterizzata dalla ricerca e sviluppo di linee guida, studio e discussione di casi clinici – riabilitativi etc., in termini di accreditamento, risultato non sempre raggiungibile, per le difficoltà che derivano dalla normativa ministeriale.

Quindi nella nostra esperienza, spesso l'organizzazione dell'Evento o Progetto Formativo accreditato è stato solo l'atto formale finale, la parte più visibile, in continuità con il processo precedentemente descritto. Esempi paradigmatici sono stati la realizzazione dell'Evento Formativo "Fisiopatologia dei Contenuti di Coscienza" e del Progetto Formativo "Mobilizzazione del Sistema Nervoso".

Nel primo caso l'organizzazione dell'evento formativo, è nato dall'esigenza del team riabilitativo di approfondire le conoscenze circa la valutazione e il trattamento di un aspetto specifico delle lesioni cerebro vascolari e nello stesso tempo di divulgare approcci e metodi adottati dalla nostra S.C. di Medicina Riabilitativa. Il coinvolgimento diretto di diversi professionisti dipendenti dell'Azienda, come docenti/relatori, alcuni di loro appartenenti ai gruppi di lavoro per lo sviluppo delle procedure riabilitative, ha caratterizzato l'evento, e a decretarne la buona riuscita è stata la partecipazione sia dei dipendenti che dei professionisti extra aziendali.

Nel secondo caso, i criteri adottati per la realizzazione del progetto formativo, sono stati sostanzialmente diversi, l'esigenza palesata nello specifico da parte dei fisioterapisti, è stata di apprendere una particolare tecnica valutativa per il trattamento riabilitativo di disabilità dell'apparato muscolo scheletrico. L'utilizzo di un questionario proposto a tutti gli operatori, è stato lo strumento che ha permesso di condividere l'esigenza di un corso formativo ad elevato contenuto didattico, con il coinvolgimento di un esperto docente esterno.

Descrivendo, in sintesi, l'organizzazione dei percorsi formativi all'interno della nostra realtà, ho ritenuto inutile evidenziare, seppur presenti, le difficoltà e la complessità di integrare l'attività lavorativa quotidiana con la continuità del processo formativo, ma mi sento di affermare con determinatezza l'importanza centrale del ruolo del "Facilitatore Aziendale" per il superamento delle stesse attraverso una continua e fondamentale collaborazione con la S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Bocchio Ramazio Massimo	
Ente di appartenenza	ASL BI	
Luogo e CAP	Biella - 13900	
Via/C.so/P.zza	Via Caraccio 5/a	
Tel.	015/3503800 - 3342 - 3026	Fax 015/3503824
E – Mail	massimo.bocchio@aslbi.piemonte.it	Cell. 3474401290

Le comunità di Prometeo per lo scambio e la condivisione delle conoscenze sul campo: S.C. Nefrologia e Dialisi ASL BI

Barbara Carisio, Cesarina Prandi, Roberto Quarisa, Daniela Resta, Alberto Dal Molin

Associazione Cespi Torino; ASO S. Giovanni Battista IRV Torino; ASL BI

Progetto Prometeo inizia a Torino il 2 Marzo 2007, nasce da un'idea del Centro Studi Professioni Sanitarie di Torino, in collaborazione con la Società Goaling ed è finanziato ed approvato dalla rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta. Prometeo è una modalità nuova di utilizzo di internet che permette attraverso la piattaforma on line Thinktag la pubblicazione di materiale proveniente da fonti autorevoli, di elaborati dei singoli o dei gruppi prodotti durante l'operatività quotidiana nati quindi dell'esperienza, dall'aggiornamento e dallo studio al fine di migliorare l'assistenza.

La pubblicazione permette così lo sviluppo della conoscenza collettiva attraverso lo scambio e la condivisione dei materiali facilmente reperibili e fruibili. Nel contesto del Progetto avviato attraverso diverse fasi sono stati formati alcuni tutor per favorire la conoscenza del Progetto, la disseminazione e la contaminazione degli infermieri e di tutto il personale sanitario. Nel contesto della nostra azienda i tutor locali hanno realizzato incontri informativi e formativi in collaborazione con lo staff OSRU. In questo poster sono stati presentati i dati sulle comunità, ovvero i gruppi di lavoro formati in seno al progetto per un totale di 28 comunità al mese di Febbraio 2008 e nello specifico la comunità Infermieri di Dialisi e Trapianto di Biella. Le comunità che sorgono attraverso Prometeo adoperano una particolare funzione dello strumento Thinktag chiamato appunto "Comunità" risultando un ambiente protetto per l'elaborazione di materiale, anche in modalità riservata o selettiva ai componenti di essa. In Comunità vengono prodotte risorse con il fine di migliorare l'assistenza al paziente e alla famiglia, tesi, protocolli, materiale di docenza, materiale corsi di formazione e congressi, archivio bibliografico, guide, etc. Le immagini del poster propongono l'esempio di alcune risorse contenute nella comunità Dialisi visualizzando gli "scaffali" (lo scaffale in Thinktag è un contenitore virtuale per le risorse) con i principali argomenti trattati dal personale come: Aspetti legislativi della professione infermieristica, aspetto psico-sociale del paziente dializzato, gestione cateteri venosi centrali, risk management, operatori socio sanitari, corsi di aggiornamento, tutoraggio studenti laurea scienze infermieristiche, guide, revisione protocolli, tutoraggio ed addestramento nuovi infermieri, dialisi peritoneale ed addestramento emodialisi, storie e immagini di vita in dialisi, alimentazione in dialisi, terapie complementari, assistenza al paziente sottoposto a trattamento dialitico, link interessanti, dolore, biblioteca on line di reparto, etc. Il poster poi presenta l'esempio di un elaborato della comunità, la "**piccola guida all'utente portatore di trapianto renale**" e la metodica pratica per riuscire a leggere una pubblicazione di Thinktag, collegandosi al sito www.thinktag.org e digitando il titolo di questa risorsa nel motore di ricerca potrete visualizzarla. Cliccando sul titolo si entra nella guida, alla destra del titolo compaiono le tags o etichette definite dall'utente (che ha inserito una risorsa o un commento) che permettono di organizzare o rintracciare la risorsa, in basso il **commento o recensione** all'elaborato e il **memorabilia** che ricorda parte del contenuto.

L'aspetto più interessante è che la guida è completamente consultabile e scaricabile dall'icona del **dischetto** o dalla dicitura **file** e che è pronta per essere condivisa e commentata con i colleghi.

Prometeo e le comunità di pratica in rete rappresentano quindi un grande esempio di formazione sul campo ed un'opportunità di crescita della professione infermieristica integrata dalla multidisciplinarietà degli utenti, che in pochi mesi di diffusione ha visto più di 600 iscritti e 8.000 risorse inserite in un anno.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Carisio Barbara
Ente di appartenenza	Associazione Cespi Torino
Luogo e CAP	Biella - 139000
Via/C.so/P.zza	Via Gallo Ditzer, 29
Tel.	015/8462050
E – Mail	barbara.carisio@cespi-centrostudi.it Cell. 347/8847147

La continuità assistenziale del paziente critico: responsabilità infermieristica in ambito domiciliare

F. Casile, G. Daniele, G. Giordano, A. Monzeglio

Azienda Sanitaria Locale TO 3 – Torino

Razionale

Nell'ultimo decennio le Cure Domiciliari hanno subito un importante incremento, sia in termini quantitativi sia in rapporto alla complessità assistenziale presentata dagli utenti. In particolare gli anziani rappresentano il target assistenziale prioritario nella domanda di cura: infatti, all'incremento demografico di questa fascia di popolazione si aggiunge l'aumento della prevalenza di malattie croniche gravi, non suscettibili di trattamenti risolutivi che richiedono assistenza continuativa e programmata.

- La D.G.R n. 41-5952 del 07.05.2002 ha definito le linee guida regionali per la realizzazione del nuovo modello integrato del servizio di Cure Domiciliari;
- La D.G.R n. 51- 1389 del 23.12.2003 ha individuato un'articolazione graduale e progressiva della risposta domiciliare riferita all'area della post-acuzia (fase intensiva e/o estensiva);
- La Regione Piemonte ha pubblicato le "Linee Guida per la ventilazione meccanica domiciliare e le dimissioni protette del paziente pediatrico con insufficienza respiratoria cronica" (Allegato A - D.G.R. 13-14538 del 10.1.2005) che codifica la prassi operativa del follow up del bambino con disfunzione respiratoria, della sua presa in carico e del suo follow-up quando è ventilato a domicilio.

La normativa vigente ed i progetti di continuità assistenziale richiedono sempre più un sistema che garantisca la condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e della complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute che devono essere garantiti.

Metodi

Il corso era finalizzato a fare acquisire agli operatori percorsi formativi utili e mirati, che producessero uno sviluppo delle competenze nella gestione a domicilio anche dei casi complessi, quale l'assistenza al neonato critico e al paziente adulto in ventilazione assistita attraverso lezioni teoriche di ristematizzazione delle conoscenze e stages di apprendimento sul campo nelle U.O. di Neonatologia e Rianimazione.

Il corso si è svolto in due edizioni che ha visto il coinvolgimento di tutti gli infermieri operanti nei servizi di cure domiciliari dei due distretti della ex ASL 3 di Torino ed è stato articolato come segue:

- una giornata di formazione d'aula, con lezioni magistrali e discussioni in gruppo per il recupero delle nozioni teoriche;
- due stages formativi sul campo, condotti nell'U.O. di Terapia Intensiva Neonatale e nell'U.O. di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Maria Vittoria – ASL 3 – Torino, utilizzando quindi le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali, per un totale di 40 ore di apprendimento pro capite;
- una mattinata conclusiva per la rielaborazione dell'esperienza condotta sul campo;
- due prove di verifica dell'apprendimento: questionario e prova pratica.

Conclusioni

A seguito del percorso formativo proposto e dei relativi stages, gli Infermieri hanno *approfondito le loro conoscenze teoriche ed applicato nella realtà operativa ospedaliera quanto appreso*, gestendo poi al domicilio 11 pazienti adulti e 4 pediatriche, permettendo dimissioni precoci, diminuendo il numero di ricoveri successivi e le chiamate all'emergenza territoriale.

L'aver affrontato e condiviso con altri professionisti tali aspetti ha fornito un bagaglio di conoscenze che ha permesso loro di acquisire maggiore *sicurezza nella gestione di problematiche assistenziali complesse*, rivolte alle differenti fasce di età.

L'affiancamento che gli infermieri hanno effettuato con i colleghi ospedalieri ha altresì favorito la reciproca conoscenza sul piano delle competenze e degli ambiti di intervento, creando un clima di *collaborazione* che si è mantenuto anche dopo la conclusione del percorso formativo, andando a colmare quel distacco che storicamente esiste tra realtà ospedaliera e realtà territoriale.

La reciproca conoscenza "sul campo" ha inoltre incrementato *l'attivazione di percorsi di continuità assistenziale* che, originando dall'ospedale, devono necessariamente inserirsi in una rete di servizi territoriali che ancora oggi è a volte poco nota.

Gli infermieri hanno espresso la volontà e l'interesse nel partecipare a gruppi di lavoro che consentano di definire *protocolli operativi* per l'attivazione di percorsi volti ad accompagnare l'utente e la sua famiglia, dal momento del ricovero al rientro al domicilio, garantendo la risoluzione delle problematiche assistenziali espresse.

Il corso effettuato ha messo in luce quanto sia indispensabile il collegamento ospedale-territorio e quanto una precoce e valida organizzazione della dimissione in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta e i servizi di Cure Domiciliari, possa rappresentare l'elemento che incide profondamente sulla riduzione degli accessi al DEA e dei ricoveri impropri.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Casile Francesco	
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale TO 2 di Torino	
Luogo e CAP	Torino - 10142	
Via/C.so/P.zza	Corso Svizzera, 164	
Tel.	011/4393778	Fax 011/4393779
E – Mail	francesco.casile@unito.it	Cell. 339/6105231

L'operatore sanitario in sala settoria

F. Casile, S. Taraglio

Azienda Sanitaria Locale TO 3 – Torino

L'attività autoptica di Sala Anatomica vede coinvolte più figure professionali con diverse attribuzioni funzionali. Le norme legislative vigenti, in ordine alla organizzazione funzionale del Personale di Sala Settoria, nelle loro varie articolazioni giuridico- funzionali e professionali, non prevedono un profilo specifico di "Operatore di Sala Settoria". Negli anni passati per sopperire alla necessità di operatori che potessero affiancare l'Anatomo-Patologo, spesso venivano addestrati operatori senza una specifica formazione. All'interno del Presidio ospedaliero Maria Vittoria, verificata l'assenza di operatori con una specifica competenza e vista la peculiarità e complessità degli interventi richiesti in sala settoria, nell'ambito dell'attività Autoptica per conto della Anatomia Patologica e della Medicina legale, si è reso necessario formare persone con conoscenze e competenze specifiche per dare una risposta qualitativa ad un problema organizzativo.

Scopo del corso

Il corso è finalizzato a chiarire il ruolo del Tecnico di Laboratorio come assistente del medico Settore all'interno della Sala nelle varie fasi di riscontro autoptico. Per il raggiungimento dell'obiettivo sono state previste alcune lezioni teoriche incentrate sul recupero delle conoscenze degli aspetti biologici, approfondimenti sulla legislazione di riferimento, sugli strumenti in uso nelle Sale Settoria e sull'esecuzione dell'autopsia. A questo percorso è stato associato uno stages presso la sala settoria dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino.

Metodologie didattiche

Il corso si è svolto in un'edizione ed ha visto coinvolti 7 tecnici di laboratorio biomedico, e due infermieri già operanti nelle sale operatorie:

- due giornate di formazione d'aula, con lezioni magistrali e discussioni in gruppo per recupero delle nozioni teoriche;
- uno stage formativo sul campo condotto nell'U.O. Anatomia Patologica dell'Ospedale M. Vittoria, ex ASL 3 per un totale di 3 autopsie pro capite per ogni discente.

I docenti coinvolti sono stati: Dirigente Medico di anatomia patologica, dirigente medico della sorveglianza sanitaria, psicologo, dirigente infermieristico, infermiere addetto alle infezioni ospedaliere, capo tecnico di anatomia patologica. Il Dirigente Medico di Anatomia Patologica ha svolto funzioni di docente teorico e tutor nella pratica.

Risultati

Dalla aprile 2002, data di conclusione del corso, al 2007 presso l'U.O. Anatomia Patologica dell'Ospedale Maria Vittoria, sono state effettuate n°144 autopsie in gran parte eseguite con l'assistenza degli operatori formati. È stata riscontrata un'implementazione delle capacità operative ed assenza di infortuni o contaminazione degli operatori.

Conclusioni

Il percorso formativo proposto e lo stages presso l'U.O. Anatomia Patologica ha permesso ai partecipanti di acquisire ed approfondire argomenti scarsamente conosciuti riducendo l'ansia e la paura dell'operare in questo particolare settore. Attraverso il confronto fra i partecipanti e i docenti sono state affrontate alcune tematiche: con la psicologa è stato possibile confrontarsi sul vissuto e le emozioni relative alla gestione della salma, con il medico competente e l'infermiere addetto al controllo delle infezioni (ICI) si sono costruiti protocolli e linee guida, ma soprattutto sono state chiarite ed affrontate le paure legate al rischio biologico. Tali aspetti hanno fornito un bagaglio di conoscenze che ha permesso loro di acquisire maggiore sicurezza nella gestione di problematiche operative nel settore di anatomia patologica.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Casile Francesco	
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale TO 2 di Torino	
Luogo e CAP	Torino - 10142	
Via/C.so/P.zza	Corso Svizzera, 164	
Tel.	011/4393778	Fax 011/4393779
E – Mail	francesco.casile@unito.it	Cell. 339/6105231

La Formazione sul Campo come strumento di Clinical Governance per migliorare i comportamenti organizzativi

M. R. Cavallo, M. Condò, E. Richetta, R. Somma

Azienda Sanitaria Locale TO 3 – Torino

Nell'ambito del Sistema Qualità dell'ASL TO3 la formazione è ritenuta strumento indispensabile per governare il cambiamento organizzativo.

La formazione per il miglioramento e la gestione del rischio clinico deve utilizzare metodi e tecniche didattiche con elevato grado di interattività e coinvolgimento diretto. Sulla base di questi presupposti la SS Area Qualità ha promosso ed organizzato iniziative formative sia a livello aziendale sia di singola struttura nei seguenti campi:

- Audit integrato
- Partecipazione e progetti di miglioramento organizzativo
- Partecipazione e progetti di gestione del rischio clinico

Le principali esperienze sono le tre seguenti:

1) Corso di formazione per auditors interni

Obiettivo formativo: sviluppare competenze per gestire audit integrati di sistema, clinici e documentali

Metodi di apprendimento: imparare facendo, esecuzione pratica di attività

Documenti utilizzati: linee guida UNI EN ISO 19011

Periodo di tempo: 6 mesi

Valutazione dell'appropriatezza: questionario e conduzione di un audit

2) Corso di formazione per facilitatori dello sviluppo dei PDTA

Obiettivo formativo: sviluppare insieme un percorso assistenziale

Metodi di apprendimento: imparare facendo, esecuzione pratica di attività

Documenti utilizzati: linee guida EBM, linee di indirizzo regionale

Periodo di tempo: 6 mesi

Valutazione dell'appropriatezza: produzione PDTA e sua attivazione

3) Corso di formazione La gestione del Laboratorio

Obiettivo formativo: analizzare e modificare insieme l'organizzazione ottimizzando le risorse

Metodi di apprendimento: imparare facendo, esecuzione pratica di attività

Documenti utilizzati: Norme ISO 15189

Periodo di tempo: 1 anno

Valutazione dell'appropriatezza: produzione di procedure di Sistema di Gestione per la Qualità

Le maggiori criticità riscontrate sono le seguenti:

- Non sufficiente riconoscimento di crediti ECM rispetto all'impegno in progettazione ed erogazione
- Difficoltà di isolare il momento formativo dalla routine quotidiana
- Difficoltà nella definizione di criteri di valutazione

I principali vantaggi che abbiamo riscontrato sono stati:

- Valorizzazione delle esperienze di apprendimento sul campo
- Modulità dell'intervento formativo
- Valorizzazione del tutor
- Possibilità di affrontare temi di carattere specifico e pratico più connessi all'attività quotidiana
- Maggior possibilità di misurare l'efficacia formativa

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Cavallo Maria Rita	
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale TO 3 di Pinerolo	
Luogo e CAP	Pinerolo (TO) - 10064	
Via/C.so/P.zza	Str.le Finestrelle n. 72	
Tel.	0121/235230	Fax 0121/233034
E – Mail	mrcavallo@asl10.piemonte.it	Cell. 335/7472291

Percorso CVC: Percorso dalla Criticità verso il Cambiamento

B. Chiapusso, E. Tosco, L. Laurenti, P. Lomello, P. Ricca, S. Licata, S. Ballari

Azienda Sanitaria Locale To 3 – Torino

A seguito di criticità quotidianamente percepite, il gruppo infermieristico della rianimazione dell'Ospedale di Pinerolo (ASL TO 3) ha focalizzato la propria attenzione sulla gestione del catetere venoso centrale, primariamente verificando la situazione reale. In effetti la "fotografia dell'esistente" ha permesso di rilevare numerosi problemi: dagli operatori territoriali che chiedevano delucidazioni sui diversi tipi di presidi, a pazienti che tornavano in ospedale per problemi che insorgevano dopo il posizionamento del CVC e non da ultimo, informazioni sulla gestione non uniformi. Un gruppo di infermieri ha deciso quindi di approfondire la problematica come proprio obiettivo in grado di apportare un miglioramento all'interno del servizio e/o azienda; per i partecipanti al gruppo a questo obiettivo è stato collegato il conseguimento della parte variabile degli incentivi.

Il procedimento di lavoro è stato svolto in più fasi di cui solo alcune ad oggi sono state completate e altre ancora in itinere. Si è partiti dalla definizione del percorso del paziente che deve posizionare una CVC (definizione del tipo di CVC da posizionare, esami da effettuare, chi fa che cosa.....etc.) per arrivare a standardizzare le modalità di registrazione dell'attività, passando attraverso la revisione del protocollo sulla gestione dei dispositivi intravascolari già presente all'interno del Sistema Qualità aziendale. A ciò è conseguito l'organizzazione di un corso di formazione sulle CVC rivolto sia al personale dell'azienda che ad eventuali interessati esterni.

Sono invece ancora in itinere la costituzione di un gruppo infermieristico interdipartimentale per la gestione unitaria dei CVC dal posizionamento alla loro rimozione.

Al di là del gradimento da parte degli operatori coinvolti, l'esperienza è stata sicuramente positiva poiché l'intero gruppo di infermieri della rianimazione ha dimostrato un notevole progresso in termini di conoscenze e sensibilità nell'approccio al presidio CVC.

Viceversa, una valutazione oggettiva dell'efficacia del lavoro svolto sarà possibile soltanto nel momento in cui una buona parte degli operatori ospedalieri e territoriali sarà formato.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Chiapusso Barbara
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale TO 3 (Pinerolo)
Luogo e CAP	Pinerolo (TO) - 10064
Via/C.so/P.zza	Piazza Garibaldi, 24
Tel.	0121/71302
E – Mail	barbara.chiapusso@tiscali.it Cell. 347 4834791

Utilizzo del Carrello dell’Emergenza: farmaci, strumenti, presidi – Anno 2005/2006 –

A. Chiattonne, L. Audisio, M. Bosticco, F. Berruto, V. Damiano, D. Di Frischia, R. Lippolis, R. Napolitano, M. Pastorelli, S. Ribet

Azienda Sanitaria Locale To 3 – Torino

La gestione delle situazioni di emergenza cardio-respiratoria richiede una competenza professionale che garantisca interventi tempestivi e sicuri. A partire dalle difficoltà emerse dai gruppi di lavoro, si è progettato questo corso di formazione con la finalità di approfondire e sperimentare direttamente sul campo materiali, procedure, presidi che sono utilizzati nelle situazioni di arresto cardio-circolatorio e respiratorio. Dalla riflessione sullo scarto tra competenze professionali attese e dati di realtà, le principali criticità segnalate sono state: la disomogeneità nella dotazione dei carrello, farmaci, strumenti e presidi per l'emergenza, le insufficienti conoscenze sui farmaci e presidi e lo scarso addestramento nell'attuazione delle procedure inerenti queste situazioni.

Gli obiettivi del corso sono stati quelli di Migliorare la competenza degli infermieri nella gestione delle emergenze cardio-respiratorie, di uniformare il contenuto dei farmaci e dei presidi utilizzabili in situazioni d'emergenza, di predisporre procedure condivise per garantire un approccio tempestivo ed efficace e di facilitare l'integrazione fra gli attori che intervengono in una situazione d'emergenza intra-ospedaliera.

Il percorso formativo ha previsto le seguenti fasi:

- Lezione frontale (approccio al paziente critico, farmaci del carrello: dotazione e utilizzo, descrizione del defibrillatore: funzioni, impiego, controllo)
- Addestramento pratico ai Formatori (esercitazione sull'utilizzo presidi per l'assistenza ventilatoria e l'aspirazione tracheo-bronchiale)
- Addestramento pratico nei Servizi a cura dei Formatori, rivolto a tutte le figure assistenziali
- Lezione teorica conclusiva.
- Simulazione arresto cardio-circolatorio nei reparti.

I risultati ottenuti sono stati positivi sia in termini di gradibilità dell'evento formativo, sia per il suo significato rispetto alla competenza professionale. Sono state effettuate 10 edizioni, hanno partecipato 175 infermieri, 40 infermieri (formatori) hanno curato l'addestramento nei vari servizi dell'Ospedale. Sono stati addestrati 70 OSS e predisposte procedure standardizzate specifiche. In seguito all'evento formativo si è attivato un programma di monitoraggio con controlli periodici sui carrelli di emergenza e simulazioni nei vari servizi ospedalieri.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Chiattonne Anna
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale TO3
Luogo e CAP	Pinerolo (TO) - 10064
Via/C.so/P.zza	Via Valmaggi, 38
Tel.	0121/201682
E – Mail	achiattonne@asl10.piemonte.it Cell. 331 5764442

Studio dei Casi Clinici: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria

G. Chilin, A. Alessio, D. Costa

AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria

Keywords: Formazione sul Campo, Didattica Universitaria, Organizzazione Ospedaliera

Introduzione

Il *caso clinico* è una delle metodologie attive in uso da parecchi anni presso il Corso di Laurea in Infermieristica di Alessandria, Università del Piemonte Orientale; essa individua come focus di apprendimento i problemi assistenziali, ed individua nel tutor, il facilitatore di detto apprendimento.

Il problema assistenziale viene analizzato da discente e tutor, vengono prese in considerazione le conoscenze che lo studente ha già e quelle non ancora apprese sia dal punto di vista del "sapere" (conoscenze scientifiche) e del "saper fare" (conoscenze tecnico gestuali), si analizzano quali strategie assistenziali sono state adottate dall'équipe infermieristica e di queste quali hanno seguito l'evidenza scientifica per una best practice, infine con utilizzo di griglia di analisi quali le azioni corrette e quali quelle scorrette.

Il tutto avviene in due settings distinti: in corsia ed in aula dando avvio ad un breafing e debriefing.

Obiettivo

Traslare la metodologia didattica dei "casi clinici" in ambiente organizzativo/assistenziale, attribuendogli la funzione di strumento per la *valutazione delle performance assistenziali* inserendolo insieme a precisi indicatori di risultato all'interno di un percorso di clinical audit.

Metodi – Strumenti

- Incontro tra dirigente Infermieristico SITRePO dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria e tutors del Corso di Laurea in Infermieristica, esperti in metodologia didattica, per individuare le SSOCC su cui avviare il progetto;
- Progettazione ed esecuzione di un corso di formazione da parte dei tutors a tutto il personale infermieristico e tecnico operante nelle SSOCC individuate per fornire le conoscenze per un buon utilizzo della metodologia didattica "casi clinici". Il corso accreditato ECM ha la durata di 24 ore suddiviso in 3 giornate di 8 ore. Valutazione al termine delle conoscenze apprese.
- Riunioni (almeno 3) tra coordinatore e personale infermieristico/tecnico nella quale vengono fissati gli indicatori di valutazione delle performance e i periodi di monitoraggio degli indicatori tramite audit.
Costruzione di una tabella degli indicatori con criteri e standard. A questa riunione potrebbe essere utile la partecipazione del tutor come osservatore e coach.
- Avvio degli audit a cadenza mensile con utilizzo della tabella creata nella fase riunione e compilazione dei risultati raggiunti. Costruzione di diagrammi di trend per la valutazione delle performance. Audit accreditati secondo sistema ECM. Presenza del tutor con funzioni di coaching.

Risultati attesi

- *Condivisione* tra formazione e organizzazione di strumenti adattabili ed utilizzabili nelle due aree
- *Condivisione* di un linguaggio comune
- *Riduzione* della dicotomia tra formazione ed organizzazione
- *Condivisione* di strategie tra formazione di base e formazione sul campo
- *Individuazione* dell'autovalutazione o valutazione tra pari come strumento per il miglioramento continuo delle performance
- *Attività assistenziale* fondata sulla best practice

Tempi

- Incontro tra dirigente Infermieristico SITRePO dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria e tutors del Corso di Laurea in Infermieristica entro i primi 15 giorni del mese di maggio

- Progettazione ed esecuzione di un corso di formazione da parte dei tutors entro l'ultima settimana di maggio
- Riunioni tra coordinatore infermieristico/tecnico e personale infermieristico /tecnico entro i primi 15 giorni di giugno
- Avvio degli audit dal mese di settembre

Studio pilota da concludersi entro Dicembre 2008

Riferimenti bibliografici

Gallini, R.

1991 *Schola Medici, basi e tecniche dell'apprendimento formativo*, La Nuova Italia Scientifica, Urbino

Sasso, L.

2003 *Infermieristica generale e clinica per problemi prioritari di salute*, McGraw-Hill, Milano

Robertson, I. T. e Smith, M.

2008 *La motivazione e la progettazione delle mansioni*, Franco Angeli, Milano

Levati, W.

2008 *L'analisi e la valutazione delle risorse umane*, Franco Angeli, Milano

Guilbert, J. J.

2001 *Guida Pedagogica*, Edizioni dal Sud, Bari

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Chilin Giovanna
Ente di appartenenza	AO SS Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria
Luogo e CAP	Alessandria - 15100
Via/C.so/P.zza	Via Venezia, 16
Tel.	0131/206111 Fax 338/2978433
E – Mail	giovanni.chilin@ospedale.al.it

Accoglienza, comunicazione interna ed esterna: la ricerca intervento con il personale di front line di un poliambulatorio

D. Converso, M. S. Grosso, E. Giusti, C. Romano

Dipartimento di Psicologia – Università degli Studi di Torino

Il lavoro di ricerca – formazione – intervento (Alastra, 2007; Morelli e Weber 1996; Kaneklin, 2006) che presenteremo è scaturito dalla riflessione sull'importanza che la comunicazione interna ed esterna assume all'interno di un servizio sanitario, e in particolare all'interno di un poliambulatorio. Il vertice di osservazione privilegiato del nostro lavoro è quello del personale di front line, amministrativo ed infermieristico, caratterizzato da un'elevata problematicità della relazione utente/operatore. All'interno di questi servizi, aree di "frontiera" delle Aziende Sanitarie che costituiscono un importante "biglietto da visita" dell'organizzazione tutta, operano soggetti con professionalità diverse e con diverse forme di appartenenza all'organizzazione (infermieristico ed amministrativo, medico convenzionato e non). L'organico è inoltre quasi sempre approdato a un servizio territoriale di questa natura per ragioni dettate dalla necessità di conciliare con la propria vita privata o dall'impossibilità (inidoneità psico-fisica) di prestare la propria opera entro reparti ospedalieri che richiedono una turnazione sulle 24 ore. La complessità interna generata dalle multi appartenenze, dalla "rigidità" di orari o dalla limitazione alla prestazione del servizio rappresenta una criticità organizzativa spesso difficile da governare.

L'attività di ricerca – formazione – intervento intrapresa ha preso avvio dal presupposto che ciascun soggetto debba sentirsi ascoltato, sostenuto e valorizzato dalla propria organizzazione (dai vertici di questa e dai propri responsabili diretti) per poter prestare a sua volta ascolto ai propri utenti, per poter individuare strategie di coping proattive e non difensive nella relazione con l'utenza.

Il nostro lavoro si è quindi sviluppato secondo tre fasi: nella prima sono state condotte le interviste individuali rivolte a tutti gli operatori coinvolti nel processo (personale amministrativo e infermieristico del poliambulatorio, responsabili diretti e dirigenti), due interviste di gruppo entro i due presidi del distretto, un'attività di osservazione in luoghi ed in orari diversi del poliambulatorio ed i sopralluoghi sull'attività lavorativa, per poter meglio fare una fotografia del servizio. In una seconda fase questo materiale ha costituito il focus della riflessione entro alcuni incontri di piccolo gruppo con amministrativi e infermieri, mentre nella terza fase le ricercatrici-consulenti hanno presentato i risultati di tutto il lavoro al personale e ai dirigenti cercando di individuare congiuntamente le criticità e le potenzialità auspicabili per lo sviluppo organizzativo, e ragionevolmente possibili per questo servizio.

Riferimenti bibliografici

Alastra, V.

2007 *La ricerca partecipata sul tema del benessere organizzativo in Sanità*. In Converso, D. e Falchetta, R., *Burnout e non solo*, Centro Scientifico Editore, Torino

Kaneklin, C.

2006 *La ricerca-azione e il suo sviluppo in Italia*. In *Risorsa Uomo*, n. 2/3

Morelli, U. e Weber, C.

1996 *Passione e apprendimento*, Cortina, Milano

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Converso Daniela
Ente di appartenenza	Dipartimento Di Psicologia - Università degli Studi di Torino
Luogo e CAP	Torino - 10124
Via/C.so/P.zza	Via Verdi, 10
Tel.	011/6702044
E – Mail	converso@psych.unito.it

Formarsi per non cadere

Paola Costantino, Donatella Pascal

Azienda Sanitaria Locale TO3 – Sede di Pinerolo

Il progetto formativo illustrato nasce all'interno di un evento formativo rivolto ai coordinatori per l'adeguamento delle competenze manageriali. L'argomento del corso, un problema organizzativo con ricadute assistenziali, identificato è rappresentato dalle cadute. Le cadute rappresentano un problema di significativa importanza nell'ambito del ricovero in Ospedale dei pazienti, soprattutto anziani. La letteratura riporta infatti che per gli anziani che vivono a domicilio il rischio è del 5%, per gli anziani ospedalizzati è del 20%, mentre per gli anziani che vivono in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) il rischio sale al 55 – 60%.

La realizzazione del progetto formativo – accreditato ECM – programmata in due fasi, ha la duplice finalità di elaborare strumenti condivisi per la valutazione e gestione dei rischi di caduta dei pazienti ricoverati nelle S.C. del Dipartimento Post – Acuzie da parte di un'équipe multidisciplinare e successivamente condividere con tutti gli operatori del Dipartimento il progetto di Prevenzione e Sorveglianza delle cadute

La prima fase del progetto formativo, guidata dai coordinatori ideatori e progettisti del corso e iniziato nel 2006, ha condotto all'individuazione di un gruppo multiprofessionale (infermieri e fisioterapisti) del Dipartimento i quali durante un percorso formativo della durata di cinque giornate hanno elaborato i seguenti documenti: protocollo per la prevenzione delle cadute; scheda di valutazione del rischio (scala di Coonley); scheda di segnalazione caduta; libretto informativo utente/famiglia.

La seconda fase, tutt'ora in corso, ha già visto la realizzazione di cinque edizioni, condotte da alcuni componenti del gruppo di lavoro della prima fase. La metodologia utilizzata prevede lavori a piccoli gruppi su problemi/casi clinici, lezioni magistrali con presentazione dei documenti elaborati e loro discussione in plenaria.

L'iniziativa formativa è caratterizzata dalla "formazione sul campo" ovvero dall'individuazione di un problema assistenziale, un gruppo di operatori implicati nell'assistenza diretta, ha elaborato gli strumenti valutativi e gestionali e a sua volta provvede alla formazione dei colleghi. Questa modalità formativa ha favorito il confronto multiprofessionale su di un problema complesso quale le cadute facilitando la condivisione dei documenti elaborati e motivando i partecipanti alla ricerca ed aggiornamento di soluzioni a problemi organizzativi con ricadute assistenziali.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Costantino Paola	
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale TO3	
Luogo e CAP	Pinerolo (TO) - 10060	
Via/C.so/P.zza	Via Maggiore Ribet, 2	
Tel.	0121/233437	Fax 0121/233438
E – Mail	pcostantino@asl10.piemonte.it	Cell. 335/7027247

La Continuità Assistenziale: finalmente a casa. Un'esperienza sul campo tra ospedale e territorio

Luca De Marchi, Maurizio Cavalli

Azienda ULSS n. 8 – Asolo

L'Azienda ULSS n. 8 è ricorsa alla formazione sul campo per realizzare un progetto di miglioramento in tema di "continuità assistenziale" tra ospedale e territorio. La scelta di tale metodologia è stata valutata la più appropriata per la peculiarità di tale progetto in quanto permette di coinvolgere la globalità delle competenze, responsabilizzare tutte le parti coinvolte, promuovere atteggiamenti collaborativi, potenziare le risposte dell'Azienda Sanitaria rispetto ai fabbisogni formativi del proprio personale, realizzare formazione on the job, ovvero valorizzare le competenze professionali, le risorse locali e le occasioni di apprendimento contestualizzate all'interno dell'attività lavorativa.

Il progetto dell'ULSS n° 8 dal titolo "Continuità assistenziale: finalmente a casa!" riguarda la presa in carico globale del paziente, attraverso la creazione e il potenziamento della rete dei servizi volti a garantire un'efficiente pianificazione delle dimissioni del paziente in vista di una permanenza a domicilio assistita.

Un'adeguata organizzazione della presa in carico del paziente, presuppone che la pianificazione delle dimissioni dall'Ospedale debba arrivare a costituire un processo che includa l'identificazione dei bisogni da soddisfare a livello domiciliare, un'approfondita conoscenza della rete dei servizi erogati dall'ULSS e dai Comuni, nonché una loro corretta attivazione in modo integrato. Presuppone, inoltre, l'effettuazione e un'appropriata valutazione dell'insieme delle caratteristiche del paziente e del suo nucleo familiare e l'individuazione del caregiver (gli input), nonché la soddisfazione del paziente e della sua famiglia rispetto alla continuità e alla qualità dell'assistenza (gli output).

Il progetto ha quindi considerato la rete dei servizi, l'analisi di ogni singolo caso, la continuità assistenziale, l'integrazione ospedale-territorio.

Nella strutturazione del percorso formativo il primo aspetto preso in considerazione è stata l'analisi del fabbisogno formativo attraverso la valutazione degli strumenti adottati:

- 50 schede di trasferimento (schede atte a valutare il trasferimento del paziente dall'ospedale a casa) compilate dal personale dei reparti e inviate ai servizi di assistenza domiciliare;
- 80 schede compilate dal personale dell'ULSS n° 8 finalizzate a verificare il possesso della documentazione medica e infermieristica completa da parte dei pazienti in dimissione oltre che l'effettuazione della terapia farmacologia nelle 48 ore successive alla dimissione;
- interviste a campione con personale che opera sul territorio.

Inoltre, la realizzazione di tale progetto ha previsto:

- l'acquisizione di informazioni sulla rete dei servizi territoriali attraverso la somministrazione di un questionario di autoapprendimento ai partecipanti;
- l'analisi della modalità di dimissione in uso presso in ciascuna unità operativa attraverso delle schede operative;
- la realizzazione di momenti formativi d'aula;
- l'effettuazione di visite guidate a strutture residenziali;
- la realizzazione di incontri con MMG e operatori dei servizi territoriali;
- la revisione degli strumenti in uso presso ciascuna unità operativa in relazione all'analisi di criticità dei punti di forza riscontrate.

La formazione è rivolta al personale infermieristico, compresi i coordinatori infermieristici, di 12 unità operative ospedaliere, per un totale di 180 operatori coinvolti. La scelta delle unità operative è stata fatta in base alla tipologia degli utenti.

Per tale attività la Regione del Veneto ha tra l'altro riconosciuto i crediti ECM. Il progetto, attivato a giugno del 2007, è giunto ormai alla conclusione.

Per quanto riguarda i partecipanti al progetto sono stati definiti preliminarmente i seguenti obiettivi formativi:

- l'acquisizione delle capacità di analisi organizzativa in merito alla rete dei servizi, alle articolazioni e alle relazioni interne;

- l'acquisizione delle capacità di individuare iter personalizzati e ottimali affinché il paziente sia inserito nella rete dei servizi erogati dall'ULSS nel migliore modo possibile secondo le sue necessità;
- l'acquisizione delle capacità di codificare le nuove modalità risolutive individuate durante la gestione di problematiche inizialmente non previste.

Il risultato atteso dall'Azienda a conclusione questo processo formativo è l'individuazione del percorso assistenziale più idoneo alle reali esigenze sanitarie e sociali del paziente e della sua famiglia dal momento delle dimissioni ospedaliere alla presa in carico nel territorio.

I partecipanti dell'attività hanno ricevuto oltre che una formazione specifica, una metodologia per risolvere i problemi legati a tutto ciò che deve prevedere un piano di dimissione adeguato.

Hanno acquisito la consapevolezza delle conseguenze delle dimissioni non gestite, la conoscenza della situazione dei pazienti "fragili" o "a rischio", la capacità di identificazione precoce delle problematiche correlate.

Hanno avuto a disposizione strumenti utili, efficaci e specifici del contributo professionale dell'infermiere.

In ultima analisi sono oggi in grado di definire i vantaggi derivanti da una dimissione ben gestita per il paziente, per la comunità, nonché per il Servizio Sanitario Nazionale.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	De Marchi Luca	
Ente di appartenenza	Azienda ULSS n°8 Asolo	
Luogo e CAP	Asolo - 31011	
Via/C.so/P.zza	Via Forestuzzo	
Tel.	0423/526013-526015	Fax 0423/526008
E – Mail	tutoring@ulssasolo.ven.it	

Supervisione e discussione casi come Formazione sul Campo

Alberto Dovana, Vincenzo Alastra

Azienda Sanitaria Locale BI – Biella

Dal 2002 è stato attivato presso l'ASL Bi un corso di Formazione al test di Rorschach, rivolto a psicologi, psichiatri e neuropsichiatri infantili, sia dipendenti che esterni. Il docente è il Dottor Pier Luigi Bolmida, psicologo e psicoterapeuta, vicedirettore della scuola di Micropsicoanalisi e formatore a livello della regione Piemonte per la tecnica Rorschach. Il corso dell'ASL BI si articola su 4 livelli: un livello di base in cui sono dati i fondamenti per la somministrazione, la siglatura e l'interpretazione del test, un secondo livello in cui si prende in esame l'applicazione del test in età evolutiva, un terzo livello in cui si studiano protocolli applicati su casi concreti ed un quarto in cui si approfondisce in particolar modo il ritestaggio.

I primi due livelli hanno anche la funzione di creare un linguaggio e una modalità operativa comuni, nel terzo e soprattutto nel quarto livello si crea un apprendimento che nasce, oltre che dall'affinarsi della tecnica specifica in sé, anche dal confronto tra professionisti che operano in realtà diverse, che hanno formazioni specialistiche e psicoterapeutiche diverse e che applicano lo strumento del Rorschach nella loro pratica clinica quotidiana.

Il gruppo del quarto livello ha ormai raggiunto una padronanza tale dello strumento clinico del test di Rorschach da potersi confrontare con linguaggio e metodologia comune sia per quanto riguarda gli aspetti diagnostici che prognostici del test. Il test di Rorschach consente di ottenere un quadro diagnostico molto preciso ed indicazioni prognostiche molto utili, sia in campo clinico che nel campo della psicologia giuridica. Fin qui quanto lo strumento, di per sé molto raffinato e potente, può offrire, la plusvalenza formativa nasce a questo punto proprio dal confronto sull'operatività clinica comune e al tempo stesso affrontata con strumenti e modalità diverse che discendono direttamente, oltre che dalle diverse formazioni scientifiche dei partecipanti, anche e, direi, soprattutto dalle diverse modalità operative e dai diversi punti di vista che derivano dall'esperienza dei singoli e che varia a seconda che la realtà lavorativa sia quella di un servizio pubblico, quella di uno studio privato, quella di un servizio per gli adulti o di un servizio per l'età evolutiva, che le patologie prevalentemente affrontate riguardino la salute mentale o la dipendenza da sostanze.

È proprio la possibilità di vivere e sperimentare uno strumento oggetto di formazione nella propria esperienza lavorativa quotidiana e la possibilità di avere una riflessione multiprofessionale in seguito che permette una sorta di meta esperienza formativa, non più solamente basata su insegnamenti teorici, ma anche sul confronto con realtà lavorative diverse.

Fondamentale è l'azione catalizzatrice del formatore, che in questo caso ha la funzione di facilitatore della comunicazione all'interno del gruppo, con il compito di raccordare i diversi punti di vista in una conclusione diagnostica e talvolta operativa che diventa una nuova esperienza in quanto somma di più professionalità e di più formazioni. In questi casi il formatore non è più solo il portatore della conoscenza di una tecnica specifica, ma il punto di unione di approcci alla clinica attraverso uno strumento comune. Il suo ruolo diviene quello di valorizzare le risorse esistenti all'interno dell'unità operativa nella quale il membro del gruppo lavora, spingere alla riflessione comune su come queste risorse possono essere utilizzate nel caso in questione. Tale riflessione ha un triplice risultato: da una parte permette di valutare con occhi diversi la propria realtà esperienziale, dall'altra permette il confronto con realtà esperienziali diverse ed infine permette di fare alcune generalizzazioni operative in campo clinico. Questo permette anche il crearsi di un circolo virtuoso in cui l'esperienza altrui migliora le modalità operative di altri soggetti, la cui esperienza andrà arricchire ulteriormente le modalità di lavoro. L'esperienza formativa in questione si è rivelata, grazie a questi processi, un'ulteriore fonte di apprendimento, non solo teorica ma anche operativa.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Dovana Alberto
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale BI
Luogo e CAP	Biella - 13900
Via/C.so/P.zza	Via Caraccio, 5
Tel.	015/3503965
E – Mail	albycat@libero.it Cell. 335/5650452

Processo di addestramento specifico per il personale da inserire nelle sale operatorie. Un esempio di formazione sul campo

G. Giambone, L. Gambarini

Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria

Premessa

Le aziende sanitarie, intese come comunità di pratica professionale all'interno delle quali i professionisti condividono in modo non occasionale valori, linguaggi, modelli di cura e di salute, rappresentano anche un contesto predisponente alla formazione, perché sedi di un continuo processo di interiorizzazione delle conoscenze. Ogni professionista ha uno specifico bagaglio di saperi e un proprio stile professionale derivanti da percorsi formativi formali (apprendimento strutturato scolastico, aggiornamento professionale) ed informali (esempio l'apprendimento che deriva dallo studio e analisi delle esperienze di colleghi o l'apprendimento tramite simulazione). Nel contesto lavorativo di tipo sanitario sono altresì presenti gli elementi necessari alla formazione dell'adulto, come dimostrato dagli studi sull'apprendimento in età adulta, quali l'esistenza di problemi da risolvere, la possibilità di interagire attivamente tra discente e formatore e un'organizzazione favorevole alla formazione perché fattore positivo di cambiamento e di miglioramento. All'interno delle organizzazioni sanitarie inoltre esiste la possibilità di fruire delle competenze degli operatori impegnati nella cura e nell'assistenza, i quali diventano facilitatori di apprendimento, valorizzati e motivati da questo ruolo.

Il progetto

Nel percorso di Certificazione ISO 9000-2001, il Servizio Infermieristico Tecnico della Riabilitazione e della professione Ostetrica dell'AO SS Antonio e Biagio e C. Arrigo ha implementato dei programmi di addestramento specifici e dei progetti di miglioramento, al fine di formare gli operatori di determinati settori e rispondere ai requisiti richiesti dal Sistema Qualità.

Il progetto che presentiamo è il "Processo di addestramento specifico per il personale da inserire nelle sale operatorie", il cui obiettivo è l'acquisizione di conoscenze, abilità e comportamenti necessari all'assistenza in sala operatoria. Si tratta in realtà di percorsi differenziati ma raccolti nello stesso progetto, finalizzati alla formazione degli infermieri strumentisti e operatori di sala, nonché alla formazione degli infermieri di assistenza anestesilogica.

Responsabili

Dirigente Infermieristico SITRePO, Coordinatrice del Blocco Operatorio, Infermieri affiancatori

Strumenti e metodi

- Per ogni percorso di addestramento la Dirigente del SITRePO e la Coordinatrice del Blocco Operatorio individuano gli infermieri affiancatori sulla base di alcuni specifici requisiti, indispensabili all'ottimizzazione del periodo di apprendimento: continuità di presenza in servizio, esperienza di sala operatoria (anzianità di servizio), predisposizione e motivazione a svolgere un ruolo di tutoraggio.
- In un incontro preliminare tra Dirigente SITRePO, Coordinatrice del Blocco Operatorio, Infermiere affiancatore e Infermiere da inserire, si condividono gli obiettivi formativi da raggiungere secondo i tempi e le modalità previste nella "Scheda di affiancamento e valutazione". La scheda è infatti strutturata secondo precisi step di valutazione, per il superamento dei quali ed il relativo passaggio alla fase successiva, è previsto il raggiungimento di determinati obiettivi.
- Durante il periodo di addestramento (30 giorni operatore di sala + 90 giorni per strumentista, 30 giorni per assistenza anestesilogica) sono previsti momenti di verifica e valutazione intermedia per analizzare eventuali problematiche.
- La valutazione finale del processo può concludersi con la collocazione del nuovo infermiere, con la ripetizione o il prolungamento del periodo di addestramento, con una nuova destinazione

Costi

Tempo lavoro dell'infermiere affiancatore e dell'infermiere in inserimento, opportunamente registrati in una sezione della *Scheda di affiancamento e valutazione*

Indicatori di processo

- Percentuale di infermieri inseriti che dichiarano efficacia del percorso
- Percentuale di riassegnazioni
- Grado di coinvolgimento degli infermieri affiancatori e conferma della loro disponibilità al ruolo richiesto
- N° di procedure eseguite correttamente

Conclusioni

Un buon inserimento determina:

- motivazione professionale sia dell'infermiere inserito sia dell'affiancatore
- senso di appartenenza all'azienda nel nuovo infermiere
- verifica degli obiettivi tecnico-assistenziali del gruppo infermieristico
- acquisizione di nuove conoscenze, abilità e comportamenti non posseduti in precedenza ed in tempi ridotti.

Riferimenti bibliografici

De Mennato, P. e Cunti, A.

2007 *Formare al lavoro sociale*, Guerini Scientifica, Milano

Orefice, P.

2007 *Formazione e processo formativo – Ipotesi interpretative*, Franco Angeli, Milano

Pontecorvo et al.

1995 *I contesti sociali dell'apprendimento*, Casa Editrice Ambrosiana Zanichelli, Milano

Vignoti, E. e Bruni, P

2003 *Organizzazione per processi in sanità*, Franco Angeli, Milano

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Giambone Graziella
Ente di appartenenza	AO SS Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria
Luogo e CAP	Alessandria - 15100
Via/C.so/P.zza	Via Venezia, 16
Tel.	0131/206450
E – Mail	ggiambone@ospedale.al.it o gambarini@ospedale.al.it

Valutazione della soddisfazione dei famigliari in un programma di Cure Palliative Domiciliari: analisi qualitativa dei risultati

Sergio Grubich, Luca Masiero, Carlo Peruselli

S.C. Cure Palliative ASL BI – Biella; Corso di laurea in Scienze Infermieristiche: Università del Piemonte Orientale, Direttore UOCP ASL BI - Biella

Premessa

Una delle caratteristiche essenziali delle Cure Palliative è quella di essere in grado di accompagnare il paziente ed i famigliari durante il percorso di fine vita: non sempre essi esplicitano chiaramente i propri bisogni e non sempre i professionisti sono pienamente consapevoli dei problemi presenti sul campo. Le tracce fornite dalla letteratura e riferibili ad altri contesti, a volte non sono adeguate alla nostra realtà. L'analisi retrospettiva quali-quantitativa basata sui questionari di gradimento, a domanda aperta e chiusa rivolti ai famigliari, è in grado di orientare il processo di "decision-making" degli operatori?

Scopo

- 1) individuare alcune tematiche ricorrenti e correlabili alla qualità dell'outcome in un programma di Cure Palliative domiciliari, al fine di orientare progetti di miglioramento della qualità;
- 2) comparare i risultati ottenuti con alcuni modelli anglosassoni esistenti.

Materiale e metodi

Revisione dei questionari di soddisfazione inviati ai famigliari di pazienti presi in carico da UOCP ASL 12 – Biella, dal 17/12/2003 al 08/06/2007.

Risultati

Dall'analisi qualitativa dei dati a disposizione si sono individuate 5 macroaree relative ai bisogni dei famigliari:

- 1) comfort fisico del paziente, controllo dei sintomi fisici;
- 2) comunicazione e condivisione del progetto terapeutico di cura;
- 3) supporto alle necessità della famiglia;
- 4) continuità assistenziale fra "setting" diversi, problemi organizzativi;
- 5) competenze del "team" dei professionisti.

Conclusioni

Si sono evidenziate analogie di fondo con valutazioni simili eseguite in paesi anglosassoni, tuttavia abbiamo rilevato anche differenze significative, soprattutto nell'agire della relazione con i familiari: in particolare l'aspetto della comunicazione della diagnosi/prognosi e quindi del grado di consapevolezza del paziente.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Grubich Sergio	
Ente di appartenenza	ASL BI	
Luogo e CAP	Biella - 13900	
Via/C.so/P.zza	Via Caraccio 5/a	
Tel.	015/3503928	Fax 015/3503928
E – Mail	sergio.grubich@asl12.piemonte.it	Cell. 335/5863055

Aiutarsi per aiutare il paziente depresso in Oncologia

Linda Guerretta, Mario Clerico, Andrea Cianchini, Patrizia Tempia

Azienda Sanitaria Locale di Biella

Secondo l'organizzazione mondiale della sanità, la depressione è avviata a raggiungere, nel 2020, il secondo posto nella scala delle malattie che causano la disabilità.

Dalla letteratura internazionale sappiamo che dal 20% al 30% dei pazienti affetti da cancro presenta una depressione; di questi, normalmente, solo il 5% è riconosciuto e trattato.

Medici e Infermieri dell'Oncologia di Biella hanno espresso il bisogno di avere momenti di condivisione e rielaborazione di esperienze, vissute come problematiche nella relazione con il paziente difficile. Si è quindi pianificato e strutturato un percorso formativo per lo staff di oncologia, con i seguenti obiettivi:

- migliorare le conoscenze di base per il riconoscimento e la valutazione della depressione clinica e per l'utilizzo di approcci terapeutici e relazionali efficaci;
- migliorare le capacità relazionali e comunicative;
- migliorare la capacità di rielaborazione dell'esperienza professionale per la tutela del proprio benessere.

La formazione si è svolta in 5 incontri di 3 ore.

Formatori: uno psichiatra del D.S.M. e uno psicologo del Polo Oncologico.

Agli incontri hanno partecipato i medici e gli infermieri dell'Oncologia.

Gli incontri di formazione sono stati progettati sul modello dei gruppi Balint.

Gli operatori hanno potuto fare esperienza di una riflessione condivisa e partecipata sulle proprie modalità comunicative, individuali e di gruppo, e di gestione dei propri conflitti emotivi.

L'esperienza formativa sul campo lavorativo ed emotivo ha prodotto la capacità di riconoscere situazioni complesse, determinate da comorbidità oncologica e depressiva, con effetti talora devastanti per i pazienti e per i loro famigliari.

Tale complessità assistenziale influisce non solo sulla capacità relazionale dell'operatore ma anche sulla propria stabilità emotiva.

Questa esperienza formativa sul campo diventa pertanto una reale possibilità di conoscenze "altre" da utilizzare nella pratica, confronto e rielaborazione, con l'obiettivo di prendersi cura dei pazienti, dei loro famigliari ma con la consapevolezza dei propri vissuti emotivi per evitare situazioni di logoramento ed atteggiamenti "falsamente" difensivi.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Guerretta Linda	
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale di Biella	
Luogo e CAP	Biella - 13900	
Via/C.so/P.zza	Via Caraccio, 5	
Tel.	015.3503705	Fax 015.3503919
E – Mail	linda.guerretta@aslbi.piemonte	

Le diagnosi infermieristiche in Cure Palliative: due gruppi "correlati" e a confronto

E. Malinverni, M. Rivetti, G. Franchini, R. Botto, N. Macario, S. Grubich, G. Badà, C. Bider, P. Borgna, D. Crevola, E. Mortasino, R. Ruffa, C. Scalise

LUCE PER LA VITA Onlus – Rivalta (To), UOCP ASL BI – Biella

Introduzione

Due gruppi di infermieri, vicini tra loro per modalità operative e filosofia nella conduzione della cura si incontrano, distanza territoriale a parte, per lavorare congiuntamente e condividere così un linguaggio ancora da acquisire e da rendere di facile utilizzo. Due gruppi a confronto per individuare la modalità per scrivere di aspetti relazionali che talvolta sono tralasciati nonostante siano la parte preponderante e riconosciuta tale da tutti coloro che operano in équipe di Cure Palliative.

Obiettivi

Possono le diagnosi infermieristiche rispondere ai bisogni mutevoli del paziente in fase avanzata a domicilio? Possono essere utilizzate in ambito domiciliare, dove la cartella è a disposizione del paziente e dei familiari, per illustrare aspetti della relazione d'aiuto? Il lavoro che è svolto congiuntamente dai due gruppi è rivolto a identificare le diagnosi di maggiore utilizzo in cure palliative e a favorire l'acquisizione del linguaggio utilizzato dalla NANDA. Si vuole altresì esplorare la possibilità che:

- 1) il "dire tecnico" delle diagnosi possa rendere maggiormente omogenei gli interventi all'interno del gruppo di lavoro e tra le due équipe
- 2) la comunicazione tra gli operatori coinvolti nel passaggio di informazioni dopo la presa in carico e dopo la valutazione effettuata grazie alle diagnosi sia più chiara ed efficace
- 3) le diagnosi possano rendere più semplice la registrazione di aspetti relazionali all'interno del contesto di cura.

Metodi

Il gruppo di Biella, dopo un lavoro di approfondimento sulla possibilità di utilizzare le diagnosi infermieristiche, si allinea al gruppo di liberi professionisti della non-profit per confronto e incremento della modalità di registrazione. Seguono la diffusione di linguaggio e struttura delle diagnosi all'interno di entrambi i gruppi, l'analisi delle diagnosi di maggior riscontro in palliazione e il loro adattamento al percorso di cura. I due gruppi si confrontano sull'osservato che appare.

Risultati

Ci proponiamo di verificare l'efficacia e l'adattabilità delle diagnosi in ambito di cure palliative domiciliari e di potenziare un'effettiva rete di lavoro tra gli infermieri coinvolti sul campo.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Malinverni Eugenia	
Ente di appartenenza	Associazione Luce per la Vita - O.n.l.u.s.	
Luogo e CAP	Rivalta di Torino (TO) - 10040	
Via/C.so/P.zza	Via Orsini, 1	
Tel.	011/9092292	Fax 011/9092292
E – Mail	info@luceperlavita.it	Cell. 338/6960231

Un'esperienza di Audit Clinico in Medicina d'Urgenza: dolore toracico sospetto per sindrome coronarica acuta e sincope

M. Marengo, S. Ferrillo, G. M. Santamaria, P. Trucco, I. Casagranda

Medicina d'Urgenza – ASO "Santi Antonio e Biagio e C. Arrigo" Alessandria

Lo strumento dell'audit clinico è stato utilizzato presso il reparto di Medicina d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria per migliorare la gestione del dolore toracico non traumatico sospetto per sindrome coronarica acuta (SCA) e della sincope in Pronto Soccorso.

Questo progetto è nato nel 2006 dalla volontà di uniformare e migliorare il comportamento clinico dei medici d'urgenza nella gestione di due sintomi, dolore toracico e sincope, che possono essere espressione di quadri patologici pericolosi per la vita e che rivestono un forte impatto organizzativo.

Si è partiti costituendo il gruppo di lavoro composto dagli stessi medici d'urgenza divisi, per ragioni di turnazione, in due gruppi.

Il percorso è stato articolato in quattro incontri di quattro ore ciascuno, ed è stato preceduto da un lavoro retrospettivo di analisi condotto utilizzando la precedente documentazione clinica dopo aver definito i criteri, gli indicatori e gli standard. Questa attività di formazione è stata accreditata come corso ECM.

Durante il 2007 si è deciso, in base alle linee guida di riferimento ed ai dati emersi dalla verifica delle cartelle di Pronto Soccorso, di intraprendere concretamente un percorso mirato al miglioramento dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica, e di verificarlo con l'utilizzo dei seguenti criteri su cui sono stati costruiti i rispettivi indicatori e standard.

Dolore toracico

- somministrazione dell'acido acetil salicilico (ASA) ai pazienti con dolore toracico sospetto per sindrome coronarica acuta (standard $\geq 95\%$)
- utilizzo della troponina I come unico marker di necrosi miocardica in questi pazienti (standard $\geq 90\%$)

Sincope

- misurazione della pressione in clino ed ortostatismo (standard $\geq 90\%$)
- anamnesi farmacologia orientata (standard $\geq 90\%$)
- diagnosi causale della sincope per i pazienti dimessi da Pronto Soccorso (standard $\geq 90\%$)

L'elemento positivo è il raggiungimento dello standard per quanto riguarda la diagnosi causale di sincope all'atto della dimissione.

La misurazione della pressione in ortostatismo ha risentito della difficoltà a far assumere la posizione eretta in un numero significativo di pazienti a causa del contesto clinico (frequente coesistenza di trauma, età avanzata, etc). Questo problema è stato oggetto di discussione all'interno del gruppo di lavoro, perciò verosimilmente lo standard posto risulta eccessivamente elevato.

L'anamnesi farmacologica è ancora lontana dallo standard prefissato, probabilmente, almeno in alcuni casi, per la difficoltà a raccogliere l'anamnesi in pazienti privi di documentazione.

Comunque il miglioramento conseguito è considerevole, in particolare per quanto riguarda la diagnosi causale alla dimissione del paziente. Infatti nello studio retrospettivo del 2006 la diagnosi era posta in accordo con le linee guida nel 66% dei casi, mentre la misurazione della pressione in ortostatismo era effettuata nel 40% e la raccolta dell'anamnesi farmacologica orientata nell'84% dei pazienti.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Marengo Mauro	
Ente di appartenenza	ASO "Santi Antonio e Biagio e C. Arrigo"	
Luogo e CAP	Alessandria - 15100	
Via/C.so/P.zza	Via Venezia, 16	
Tel.	0131/206687	Fax 0131/206227
E – Mail	marenma@libero.it	

Migliorare l'autoefficacia dei professionisti del team. Discussione di casi clinico – assistenziali in ambito diabetologico

A. Ozzello, D. Gaia, A. Cosola, S. Gouchon

*S.S.D. Diabetologia e Malattie Metaboliche,
S. S.S. Formazione – Ospedali Riuniti di Pinerolo ASL TO 3*

Nel I semestre 2007 la S.S.D. Diabetologia e Malattie Metaboliche dell'ASL TO 3, ha realizzato un corso di Formazione per gli operatori del Servizio per rispondere a bisogni formativi ritenuti necessari per migliorare la qualità delle prestazioni.

Per valorizzare l'esperienza vissuta sul campo lavorativo quotidiano si è scelto una metodologia attiva – interattiva, guidata da tutors qualificati¹, per la discussione di casi clinici, estratti dalla casistica del Servizio, ed elaborati in ottica di processo decisionale sulla base degli elementi che orientano la scelta della strategia terapeutica consigliata dalle linee guida (variabili biologiche e comportamentali, obiettivi e risultati terapeutici).

Il progetto del corso di formazione è stato fondato sull'assunto che:

1. Il senso di autoefficacia corrisponde alle convinzioni circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie per produrre determinati risultati²
2. L'integrazione multiprofessionale, multidisciplinari migliora la qualità dell'assistenza, riducendone i costi³
3. La gestione della malattia diabetica include non solo la dieta e l'attività fisica, ma anche l'uso "combinato" di farmaci ipoglicemizzanti, insieme a farmaci ipolipemizzanti, antipertensivi e antiaggreganti.⁴
4. Il 30-40% dei pazienti non riceve cure in accordo con le attuali evidenze scientifiche, il 25% delle terapie non è necessaria o è potenzialmente dannosa⁵

Gli obiettivi formativi dichiarati sono stati:

1. Migliorare l'integrazione multiprofessionale in tema di: lavoro di squadra e promozione all'autogestione della persona con diabete
2. Lavorare per targets
3. Aggiornamento delle conoscenze in tema di terapia farmacologia, nutrizionale, stile di vita nel diabete di tipo 2

Il corso è stato erogato nella stessa sede di lavoro al di fuori dell'orario di servizio, ed è stato articolato in 6 moduli di 2 ore ciascuno suddivisi in:

30' = Esposizione del caso clinico: Presentazione. ppt;

60' = Lavoro di gruppo (metodologia interattiva: Metaplan⁶) con tutor;

30' = Discussione guidata in plenaria con produzione di relazione finale in tema di:

- a) elementi di valutazione per la scelta terapeutica (contesto clinico: variabili biologiche, antropometriche, obiettivi e risultati terapeutici, attività di organizzazione);
- b) bisogni della persona che devono essere soddisfatti per sostenere la scelta terapeutica (contesto socio-assistenziale: variabili comportamentali, educazione terapeutica).

Risultati

La revisione collettiva di "casi vissuti sul campo" ha favorito la condivisione del ruolo di ciascun operatore nel promuovere le attività del team.

La metodologia interattiva: ha permesso l'esplicitazione del punto di vista di ogni operatore sugli elementi del processo decisionale e la condivisione del rationale del trattamento nel promuovere un risultato clinico e gestionale; ha migliorato la consapevolezza dei singoli professionisti circa la propria competenza, responsabilità e autorità nel concorrere alla programmazione di obiettivi e attività cliniche e assistenziali pianificate con la partecipazione del paziente.

Criticità

Mancata valorizzazione del lavoro. Tempo da recuperare per l'assistenza.

Riferimenti bibliografici

¹Scuola Permanente di Formazione Continua, Associazione Medici Diabetologi certificata UNI EN ISO 9001/00

²Bandura, A.
2003 *Autoefficacia (Teoria e applicazioni)*, Erickson

³Ed. Wagner
2004 www.improvingchroniccare.org

⁴Stumvoll, M.
2005 *The Lancet*

⁵Grol, R.
2001 *Med Care*

⁶Metaplan, http://www.12manage.com/methods_schnelle_metaplan_it.html

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE			
Cognome e Nome	Ozzello Alessandro		
Ente di appartenenza	ASL TO 03 - Ospedali Riuniti di Pinerolo		
Luogo e CAP	Pinerolo (TO) - 10064		
Via/C.so/P.zza	Stradale Finestrelle, 72		
Tel.	0121.235373	Fax	0121.235373
E – Mail	aozzello@asl10.piemonte.it		

Un'esperienza di Formazione sul Campo presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Azienda Ospedaliera Nazionale di Alessandria

E. Piantato, V. Barbera

Azienda Ospedaliera Nazionale SS Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria

Introduzione

Nel nostro servizio si è realizzata soprattutto una formazione residenziale costituita dall'acquisizione di crediti formativi quale premio per avere partecipato a attività formative tipo conferenze, lezioni, seminari, convegni. Col tempo è nata negli operatori la necessità di un approfondimento riguardante la propria pratica professionale e una disamina dei problemi e delle criticità posti nello specifico contesto di lavoro. Nel 2007 si è pertanto optato per una formazione sul campo, cioè un approccio basato su problemi concreti e specifici da risolvere utilizzando tecniche didattiche incentrate sulla interattività e sul diretto coinvolgimento degli operatori con applicabilità immediata degli elementi appresi alla prassi operativa quotidiana. La formazione è intesa non come "in-formazione", ma come "dare una forma insieme", costruire una realtà condivisa riguardo ad un argomento, il caso clinico per noi. Benché esista un supervisore la comunicazione non è unidirezionale "da chi sa a chi non sa" bensì bidirezionale, interattiva in quanto tutti gli operatori sono portatori di un sapere maturato sul campo con il paziente. La formazione diviene pertanto anche educativa, favorendo il cambiamento (cognitivo, emotivo, comportamentale).

Metodologia

Il direttore della SOC, per due anni essendo distaccato in qualità di direttore del dipartimento interaziendale di salute mentale e alla luce della sua formazione, ha assunto il ruolo di supervisore. Gli operatori in gruppo preparano una relazione scritta (una gli Infermieri e una i Medici) sul caso che intendono portare in discussione. La relazione descrive l'attuale condizione clinica del paziente, una breve storia personale con gli elementi significativi, i vissuti degli operatori nella relazione con il paziente. La formazione è articolata in più incontri di due ore ciascuno ed è composta da esposizione del caso, discussione-interazione, restituzione da parte del supervisore. Egli facilita e promuove l'intervento di tutti, fa domande ove lo ritenga opportuno, non per interrogare ma con lo scopo di chiarire alcuni passaggi della relazione (quelli ritenuti meno chiari a tutti) oppure per sostenere gli operatori nel racconto dei loro vissuti emozionali nell'interazione con il paziente. I vissuti sono accettati e non giudicati. Propone anche una visione più ampia/alternativa rispetto a coloro che sono parte del contesto di cura e quindi maggiormente coinvolti. Provoca dubbi su ciò che è considerato troppo scontato. Rassicura gli operatori che necessitano di "feedback" (non continui) in riferimento al loro operato, fa anche eventuali proposte per un migliore utilizzo delle energie. Il supervisore chiarisce i termini ambigui e promuove un linguaggio comune e condiviso da tutti, talora propone letture di approfondimento. L'oggetto della formazione è un caso singolo intorno al quale medici e infermieri redigono una relazione.

La formazione ha anche una funzione di socializzazione tra operatori di diversa professionalità e di facilitazione nello scambio delle informazioni.

La riunione avviene intorno a un tavolo, si evita l'uso di scrivanie per facilitare l'intervento di tutti. Il clima sociale è improntato al calore e alla stima reciproca, non mancano generi di comfort (caffè e biscotti).

Risultati

Sentiti i partecipanti è emerso quanto segue:

- 1) la partecipazione è stata attiva
- 2) la formazione ha svolto un importante stimolo alla ricerca mirata e all'osservazione
- 3) vi è stata condivisione e sintesi delle diverse modalità dell'agire infermieristico
- 4) si è assistito a una standardizzazione del linguaggio infermieristico con arricchimento e uniformità tassonomica
- 5) si è arrivati a una sintesi e integrazione delle diverse interpretazioni

- 6) si è avuta una buona socializzazione del gruppo medico e infermieristico
- 7) si è ottenuto un arricchimento professionale fondato sulla ricerca personale e l'applicazione dei principi sul campo
- 8) si è giunti ad una visione olistica del paziente con riflessioni su come ci si è rapportati con lui
- 9) richiesta di proseguire la formazione sul campo.

Conclusioni

Alla luce dell'esperienza svoltasi presso il nostro reparto e dei risultati su esposti si può ritenere la stessa valida e degna di essere continuata nel tempo: la FSC ha rappresentato una piacevole novità nell'ambito della formazione inducendo l'approfondimento e la discussione di problematiche concrete e pratiche vissute dagli operatori in prima persona. Importante è stata l'attività di ricerca che ha visto impegnati tutti gli operatori con la produzione finale di relazioni mediche e infermieristiche di ottimo livello da un lato e dall'altro l'attenzione posta nella relazione interpersonale con i pazienti improntata al calore, alla fiducia e alla chiarezza elementi che permettono un'atmosfera rilassata all'interno del reparto che permette molto spesso di tenere la porta aperta.

Riferimenti bibliografici

Assessorato alla Sanità, Regione Emilia-Romagna

2003 *L'accreditamento delle attività di formazione sul campo nei programmi di educazione continua in medicina*, Marzo

Assessorato alle Politiche Sanitarie, Regione del Veneto

2006 *Formazione sul Campo, linee guida – revisione 2*, Settembre

Belleri, G.

2007 *L'acquisizione delle competenze assistenziali privilegia la pratica*. Occhio Clinico, 8.30

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Piantato Ennio	
Ente di appartenenza	Azienda Ospedaliera Nazionale SS Antonio e Biagio e C. Arrigo – SOC Psichiatria	
Luogo e CAP	Alessandria - 15100	
Via/C.so/P.zza	Via Venezia 16	
Tel.	0131/206410	Fax 0131/206616
E – Mail	epiantato@ospedale.al.it	Cell. 338/6437087

Un percorso di ricerca può essere un'occasione di formazione? Due esperienze presso la S.S. Neonatologia degli Ospedali Riuniti di Pinerolo

Amabile Picotto, Silvia Gouchon, Luigi Codipietro, Marco Nangeroni, Giuseppe Grazia

Azienda Sanitaria Locale TO 3 – Dipartimento Materno Infantile – SS Neonatologia – Ospedali Riuniti di Pinerolo

Nell'anno 2007, nella S.S. Neonatologia degli Ospedali Riuniti di Pinerolo, sono stati condotti due studi sperimentali che avevano lo scopo di valutare l'efficacia di modalità assistenziali innovative.

Uno studio, "Il contatto pelle-pelle con la madre nei neonati da parto cesareo" aveva l'obiettivo di valutare l'efficacia, la sostenibilità e l'assenza di rischio nella promozione del contatto pelle a pelle con le mamme dopo il parto cesareo, all'arrivo dalla Sala Operatoria.

L'altro studio, "Analgesia per lo screening neonatale" aveva l'obiettivo di verificare l'efficacia dell'allattamento al seno per l'analgesia durante la puntura del tallone nel neonato.

Entrambi gli studi hanno previsto il coinvolgimento degli operatori della struttura nelle diverse fasi della ricerca: nel disegno dello studio, nella richiesta di consenso alle donne, nella raccolta dati e nell'analisi dei risultati.

Tale coinvolgimento ci ha fatto riflettere sulla possibilità che una ricerca potesse rappresentare un'occasione di formazione per il gruppo di lavoro.

Durante il percorso sono emerse alcune criticità che hanno suggerito una serie di interrogativi legati alla complessità di realizzare progetti articolati e duraturi nel tempo (che richiedono un impegno che va ben oltre al distacco per una giornata di formazione in aula!) e quindi ad auspicare a ricadute formative, qualora non sia pianificato e preparato adeguatamente il percorso. Si è cercato di rispondere a queste domande per trovare una soluzione adeguata:

- *Come inserire il percorso di ricerca nello svolgimento delle attività quotidiane? Come sostenere un impegno gravoso e continuativo nel tempo?* Il punto nascita dove si sono svolti i progetti ha visto aumentare nel corso degli anni il numero di parti, con conseguente incremento del carico di lavoro. In questa realtà organizzativa complessa è necessario progettare interventi di ricerca che non abbiano un eccessivo impatto sull'organizzazione, pena la difficoltà a realizzarli.
- *Come il personale può appropriarsi del percorso?* È necessario governare l'eventualità che il progetto venga percepito dal gruppo di lavoro come "esterno" all'attività e senza ricadute immediate per gli utenti ed il personale.
- *Come quantificare l'impegno individuale?* Rispetto ai corsi di formazione residenziale è difficile quantificare l'impegno che ogni operatore dedica al progetto ed anche le ricadute sui singoli professionisti.

Nella riflessione sulle ricadute formative che quest'esperienza ha prodotto sono emerse alcune considerazioni positive che ci hanno confermato che i risultati ottenuti con uno studio vanno al di là degli obiettivi della ricerca, ma producono degli effetti significativi su tutto il gruppo, sui processi di miglioramento e quindi consentono di acquisire una competenza collettiva:

- *Coinvolgimento dell'intero gruppo e occasione di confronto sulle pratiche assistenziali:* i progetti hanno visto la partecipazione dell'intero gruppo, dopo una fase iniziale che ha coinvolto dapprima gli operatori più disponibili al cambiamento, ha ravvisato successivamente la partecipazione anche degli operatori più resistenti al cambiamento.

L'avvio degli studi ha inoltre sollecitato il gruppo ad interrogarsi sulle modalità assistenziali di dimostrata efficacia e sulle possibilità applicative attraverso un confronto continuo e costruttivo multiprofessionale.

- *Occasione di miglioramento delle pratiche assistenziali:* entrambi i progetti hanno permesso l'introduzione di nuove pratiche assistenziali, già conosciute dagli operatori, ma che non avevano trovato fin'ora una possibilità di applicazione operativa. La conduzione delle ricerche ha permesso di sperimentarne sul campo la fattibilità, evidenziandone gli aspetti positivi e le difficoltà e consentendo un continuo processo di ricerca di nuove soluzioni e adattamenti alla realtà in un'ottica di miglioramento della qualità assistenziale.

- *Strumento di valutazione delle pratiche introdotte e conferma dell'efficacia*: entrambi i risultati degli studi hanno permesso di valutare l'efficacia clinica delle pratiche assistenziali consentendo, attraverso l'analisi dei dati di verificarne le ricadute sulle mamme e sui neonati.

In conclusione possiamo quindi affermare che, pur senza nascondere le difficoltà e le criticità, l'avvio di un percorso di ricerca in una realtà lavorativa mette in moto una serie di "processi", di "azioni" e di "pensieri" che producono degli apprendimenti, sviluppando non solo nei singoli, ma soprattutto nel gruppo, visto nel suo insieme, elementi di crescita.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Picotto Amabile	
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale TO 3 – Dipartimento Materno Infantile – SS Neonatologia – Ospedali Riuniti di Pinerolo	
Luogo e CAP	Pinerolo (TO) - 10064	
E – Mail	apicotto@asl10.piemonte.it	Cell. 335/5805695

Formazione sul Campo nel Dipartimento di Medicina Trasfusionale dell'Azienda ASL 18 Rovigo: aferesi terapeutica

R. Potenza, D. Mazzetti, R. Ammendola, F. Chiavilli, F. Gavioli, G. Lobue, L. Milan, C. Scipioni, M. Tocchetto, M. G. Vaccari

Azienda Sanitaria Locale n. 18 Rovigo

La formazione sul campo in una struttura organizzativa complessa come il Dipartimento di Medicina Trasfusionale è un processo finalizzato ad aumentare le conoscenze teorico – pratiche di tutti gli operatori.

Il processo di formazione nel DIMT ha dovuto tener conto:

1. dell'organizzazione plurisede a respiro provinciale (IV Piano Sangue Regione Veneto): n. 2 ASL e n. 3 Ospedali;
2. della riorganizzazione del lavoro conseguente anche a risorse economiche limitate che ha comportato un'esasperazione dei processi di accentramento della maggior parte delle attività produttive;
3. degli accordi sanciti dai contratti collettivi di lavoro che di fatto ingessano il personale per sede impedendo una continua rotazione del medesimo;
4. dalle inevitabili influenze campanilistiche;
5. dalla necessità di una continuità assistenziale.

Si è sfruttata la formazione sul campo quale processo risolutivo ai vari problemi in quanto consente:

1. di attuare processi operativi uniformi così da garantire analoghe opportunità di salute a tutti i pazienti della varie sedi;
2. di far accettare la movimentazione del personale presso la sede di istruzione;
3. di rendere immediatamente operativo il personale dedicato garantendo continuità assistenziale;
4. di integrare maggiormente il personale che acquisisce l'appartenenza ad un unico gruppo;
5. di motivare anche i TUTOR e la Dirigenza ad una revisione critica dei processi operativi.

Quale primo campo di applicazione si è scelto l'aferesi terapeutica conseguentemente all'aumentato volume negli ultimi anni.

TABELLA 1 – Grado di Formazione

Medico	7 UNITÀ	Infermieri prof. li	10 UNITÀ
N.1 RESPONSABILE ALTA SPECIALITÀ		N. 2 ADDESTRATI	+++
N.3 ADDESTRATI	+++	N. 1 PARZ. ADDESTRATO	++
N.2 MOD. ADDESTRATI	+	N. 7 MOD. ADDESTRATI	+/-
N.1 NON ADDESTRATO	-		

TABELLA 2 – Fasi della Formazione e Tempo dedicato

FASE DI AMBIENTAMENTO (LEZIONI + APPRENDIMENTO PERSONALE)	Tempo dedicato	10 ore
FASE DI LAVORO AFFIANCATO DAL TUTOR	Tempo dedicato	10 ore
FASE DI LAVORO AUTONOMO	Tempo dedicato	10 ore

Il corso è in fase di attuazione, ed ha trovato quale maggior difficoltà far coincidere i momenti formativi programmati, con la presenza dei pazienti (dato il carattere di urgenza del processo terapeutico oggetto di studio).

Obiettivo fondamentale è stato quello di portare tutto il personale ad un livello di conoscenza teorico – pratica superiore così da sapere anche affrontare problematiche improvvise di carattere tecnico o clinico.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Potenza Rocco
Ente di appartenenza	ASL 18 Rovigo
Luogo e CAP	Rovigo 45100
Via/C.so/P.zza	Viale Tre Martiri
Tel.	0425/393408 Fax 0425/394377
E – Mail	potenza.rocco@azisanrovigo.it

Prometeo

Cesarina Prandi, Linda Guerretta, Daniela Resta, Alberto Dal Molin, Roberto Quarisa

Azienda Sanitaria Locale di Biella

Il Centro Studi "Cespi" con la collaborazione della Società Gooling ha ideato e attivato il Progetto Prometeo con i seguenti obiettivi:

- creare un *contesto di confronto* dei diversi sistemi di conoscenze che caratterizzano l'ambito oncologico
- supportare un processo per una *valorizzazione delle conoscenze "tacite"* sia dei professionisti, sia delle professioni non sanitarie
- creare un *sistema di scambio e condivisione* tra professionisti e tra le professioni.

Il progetto, che si è sviluppato all'interno della Rete Oncologica Piemontese e della Valle D'Aosta, è stato rivolto principalmente agli infermieri che operavano sul campo, portandoli a diventare detentori di un patrimonio di conoscenze e cercando di creare un sistema di scambio e condivisione all'interno della professione e tra le professioni.

Il progetto ha utilizzato, come strumento di lavoro e scambio la piattaforma ThinkTag (www.thinktag.it) che ha permesso di: catalogare, pubblicare, consultare, condividere e disseminare le conoscenze.

Il progetto, strutturato in tre fasi si è svolto da marzo 2007 a marzo 2008.

- Prometeo informa: obiettivo di questa prima fase è stato quello di formare un gruppo di e-Tutor in grado di disseminare il progetto all'interno della Regione Piemonte e della Valle D'Aosta.
- Prometeo dissemina: in questa fase i 28 e-Tutor formati hanno attivato, presso le loro strutture di appartenenza, momenti di confronto, di informazione o di formazione sull'utilizzo della piattaforma informatica.
- Prometeo fortifica: in questa fase si è dato possibilità ai vari e-Tutor di consolidare il loro bagaglio di conoscenze.

Durante tutta la fase del progetto si sono prodotte delle valutazioni che hanno permesso di documentare il progressivo incremento delle risorse e dello scambio di documentazione che è avvenuta all'interno della "rete".

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Prandi Cesarina
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale di Biella
Luogo e CAP	Biella 13900
Via/C.so/P.zza	Via Caraccio, 5
Tel.	015/3503705
E – Mail	prandice@alice.it

Prometeo e la Comunità di Pratica della rete oncologica Piemonte e Valle D'Aosta

Cesarina Prandi, Linda Guerretta, Daniela Resta, Roberto Quarisa, Alberto Dal Molin

Associazione Cespi Torino, Azienda Sanitaria Locale di Biella, ASO S. Giovanni Battista IRV Torino, ASL TO 4

Le comunità di pratica, definite da Wenger nel 2006 sono delle organizzazioni, che hanno come obiettivo finale il generare conoscenza organizzata e di qualità cui ogni individuo può avere libero accesso.

Queste comunità nascono come un'aggregazione informale di attori che, nell'ambito di lavoro, si costituiscono spontaneamente attorno a pratiche di lavoro e solidarietà sui problemi. Sono tenute insieme dalla libertà di fondo, libertà da parte dei vincoli organizzativi e di tipo gerarchico. Durano fino a quando persistono gli interessi comuni e fino a quando l'energia che alimenta l'insieme riesce a riprodursi.

Le caratteristiche della comunità di pratica sono: condivisione dell'esperienza, prossimità comunicativa, spontaneità ed informalità delle relazioni, cooperazione, improvvisazione e narrazione.

Nel corso di Edizione Terapeutica realizzato da Cespi in collaborazione con la Rete Oncologica Piemontese e Valle d'Aosta (da settembre 2007 a maggio 2008) si è concretizzata un'esperienza di comunità di pratica, che ha avuto come fattore caratterizzante l'utilizzo di una piattaforma informatica (www.thinktag.org).

Alla comunità hanno partecipato 23 operatori, provenienti da tutte le province piemontesi, che hanno comunicato tra di loro utilizzando scaffali virtuali per mettere in comunità il materiale prodotto. Nella comunità di pratica di ET, erano presenti 7 scaffali virtuali contenenti in totale 180 risorse.

Attraverso l'analisi dell'attività della Comunità di Pratica è stato possibile individuare le mappe concettuali che si costituiscono a livello individuale e cooperativo. Questo fenomeno rende nota e meglio evidente la possibilità di estendere i collegamenti, di svolgere degli approfondimenti e di co-costruire dei sistemi di significato condiviso.

Il coordinatore della comunità di Pratica ha svolto un ruolo di animatore e facilitatore. Nell'ambito della comunità è stata utilizzata una metafora per costruire l'albero degli scaffali che contengono i materiali (frutti, che tempo fa, clorofilla, fertilizzante, panorami).

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Prandi Cesarina
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale di Biella
Luogo e CAP	Biella - 13900
Via/C.so/P.zza	Via Caraccio, 5
Tel.	015/3503705
E – Mail	prandice@alice.it

Prometeo in un anno ...

Cesarina Prandi, Linda Guerretta, Daniela Resta, Roberto Quarisa, Alberto Dal Molin

Associazione Cespi Torino, Azienda Sanitaria Locale di Biella, ASO S. Giovanni Battista IRV Torino, ASL TO 4

Tra marzo 2007 a marzo 2008 all'interno della Rete Oncologica Piemontese e della Valle D'Aosta si è sviluppato il progetto Prometeo, realizzato dal Centro Studi "Cespi" con la collaborazione della Società Gooling.

Il progetto ha consentito di creare un "ambiente" di scambio di informazioni e documentazioni tra professionisti.

I risultati del progetto sono stati buoni in quanto alla piattaforma ThinkTag (www.thinktag.it) si sono iscritti nel canale Prometo 598 utenti, che hanno inserito 3522 risorse (oggettivo), 2912 recensioni (soggettivo; rappresentano l'espressione di un soggetto attivo arricchendo la risorsa), per un totale di 6434 risorse messe a disposizione.

Per ogni risorsa inserita è stato possibile inserire Tag che rappresentano:

- il linguaggio utilizzato dagli infermieri (o altre professioni);
- il collegamento che gli utenti fanno rispetto ai loro ragionamenti.

In totale sono state inserite 11632 tags.

Nella piattaforma è stato inoltre possibile organizzare il proprio materiale in scaffali virtuali (modalità con cui i professionisti raccolgono, ordinano, organizzano i loro materiali), in totale risultano presenti 473 scaffali.

La piattaforma ha dato la possibilità agli operatori di riunirsi ed organizzarsi all'interno di comunità, che hanno permesso di:

- frequentare un ambiente in cui si condivide l'interesse per lo stesso argomento o tema;
- rendere privata la propria produzione per lavorare in maniera cooperativa;
- organizzare in maniera condivisa.

La piattaforma, in generale ha permesso di:

- Recensire
- Raccogliere e ordinare
- Essere soggetto attivo
- Organizzare il proprio modo di pensare
- Raccogliere informazioni
- Attribuire parole chiave
- Arricchire le recensioni
- Organizzare in maniera condivisa
- Garantire la pubblicazione a la diffusione anche di materiale grigio.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Prandi Cesarina
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale di Biella
Luogo e CAP	Biella - 13900
Via/C.so/P.zza	Via Caraccio 5
Tel.	015/3503705
E – Mail	prandice@alice.it

La teoria dell'apprendimento degli adulti secondo Knowles e la Formazione sul Campo: il progetto "Cambiare perché..." del Centro Formazione di Ivrea

R. Quarisa, L. Cestonaro, M. Grossio, E. Signaroldi, D. Targhetta Dür

Azienda Sanitaria Locale TO 4 – Centro Formazione di Ivrea

La pianificazione assistenziale è il principale specifico infermieristico, ma la sua documentazione continua ad essere una delle maggiori problematiche professionali. La difficoltà di esplicitazione degli obiettivi assistenziali e della pianificazione si accompagna spesso alla scarsa standardizzazione della terminologia utilizzata, che rende difficoltosa la trasmissione delle informazioni tra i servizi ripercuotendosi sulla qualità della continuità assistenziale.

Un'azione mirata alla documentazione della pianificazione non si può quindi limitare alla trasformazione degli strumenti in uso, ma deve prevedere contemporaneamente un'azione sul linguaggio e sulle strategie organizzative, mettendo in discussione una parte determinante degli assunti di base della comunità professionale e proponendo un nuovo paradigma.

Il target dell'azione formativa intrapresa sono stati gli infermieri operanti nelle strutture, con un'anzianità di servizio molto variabile.

Il progetto si è sviluppato in tre fasi principali:

- la motivazione al cambiamento
- una formazione in aula sulle diagnosi infermieristiche e sui modelli organizzativi
- la produzione di esercitazioni sul campo di pianificazione assistenziale.

Per la valutazione e la sperimentazione di un nuovo sistema documentale è stata fornita ai discenti l'opportunità di crearsi strumenti *ad hoc* che mantengono un riferimento preciso con il modello di riferimento scelto a priori.

La documentazione elaborata nei reparti è stata costantemente resa disponibile a tutti i partecipanti attraverso la rete intranet aziendale, in linea con i principi dell'*open source*.

Tutta la fase pratica della formazione è stata supervisionata da tutor che hanno garantito la contestualizzazione dei mandati rispettando la coerenza con il mandato del progetto.

I principi della teoria dell'apprendimento degli adulti di Knowles sono stati il punto di riferimento nell'elaborazione del progetto formativo.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Quarisa Roberto
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale TO 4
Luogo e CAP	Cascinette d'Ivrea - 10010
Via/C.so/P.zza	Via Chiaverano, 20
E – Mail	roberto.quarisa@cespi-centrostudi.it Cell. 346 0913066

Modelli di tutorato clinico nella formazione infermieristica e percezione degli studenti. Indagine esplorativa

V. Romano, V. Dimonte, A. Bevilacqua

Azienda Ospedaliero Universitaria San Luigi Gonzaga, Università degli Studi di Torino,
Università degli Studi di Trento

Obiettivi dell'indagine

Questa indagine si propone in generale di raccogliere il livello di percezione degli studenti rispetto al modello di tutorato clinico proposto presso il CdL di infermieristica di Torino. In particolare: *Qual è il punto di vista e la percezione degli studenti circa le modalità e le strategie attivate dai Tutor delle diverse sedi formative di tirocinio? Quali possono essere i punti di forza e di qualità dell'affiancamento attuale garantito nel tirocinio agli studenti del CdL di Torino? Quali gli eventuali limiti o aree di miglioramento percepite dagli studenti?*

Il campione

L'indagine è stata condotta su un campione di convenienza. Il giorno della distribuzione dei questionari gli studenti partecipavano ad un'attività seminariale; sono stati raccolti 130 questionari.

Materiali e metodi

Per condurre l'indagine è stato utilizzato il *Nursing Clinical Teacher Effectiveness Inventory* (NCTEI) (Mogan e Knox, 1983). Questo strumento è stato elaborato originariamente in Canada. Gli autori definiscono le caratteristiche che un tutor dovrebbe possedere in cinque categorie che prevedono abilità d'insegnamento, relazioni interpersonali, competenze infermieristiche, attitudini personali e abilità valutative. Il questionario è costituito da 48 item e gli studenti lo hanno compilato ripensando alla loro ultima esperienza di tirocinio.

Risultati

Il campione è costituito da 41 maschi e 89 femmine. L'età media è di 26 anni. 63 studenti (48%) hanno svolto il tirocinio in aree di base, medicina e chirurgia, 34 (26%) in area territoriale in particolare area di cure domiciliari; 28 (22%) in area critica; infine 5 studenti (4%) non hanno indicato l'area di tirocinio. 37 (28%) sono stati affiancati dal tutor di sede, 32 (25%) da un unico infermiere, 61 (47%) da più infermieri di reparto. Dall'indagine condotta emerge che la figura guida di riferimento durante l'esperienza è rappresentata da uno o, per la maggior parte, più infermieri, solo in parte dal tutor della sede di tirocinio. Se da una parte è positivo che gli studenti abbiano più infermieri di reparto come figure di riferimento, in quanto permette allo studente di potersi confrontare con più persone, dall'altra rappresenta anche un limite. Infatti, gli studenti affiancati da più infermieri potrebbero essere ostacolati dal fatto che la continuità e la coerenza risulti difficile da garantire, rispetto al contratto di tirocinio e agli obiettivi prefissati all'inizio dell'esperienza. I risultati dello studio sono presentati secondo la classificazione delle cinque categorie.

Conclusioni

Diversi sono i punti di forza emersi e quelli suscettibili di miglioramento: innanzitutto gli studenti sottolineano le competenze e le abilità cliniche dei loro tutor, anche se mettono in evidenza la forte necessità di creare momenti e spazi dedicati alla riflessione, in modo da aumentare la consapevolezza del proprio percorso di tirocinio e la coerenza tra gli obiettivi da raggiungere e l'offerta formativa. Questo sembra il bisogno più forte percepito dagli studenti, soprattutto in alcune aree come quelle di base medico/chirurgiche.

L'area del dare feedback e l'organizzazione della valutazione sembrano emergere come quelle che necessitano di essere analizzate e studiate più a fondo; i risultati, pur essendo soddisfacenti sembrano far emergere differenze tra le aree o contesti di tirocinio. Considerando anche le osservazioni riportate dagli studenti, le aree di base sembrano soffrire in termini di spazi e momenti strutturati e di confronto tra le sedi di tirocinio e la sede didattica; più favorevole sembra invece la situazione per le sedi di area territoriale e critica.

Quanto questi effetti dipendono effettivamente dalla qualità del tutorato o da altre variabili più legate ai contesti, rimane un punto aperto.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Romano Viviana
Ente di appartenenza	Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga
Luogo e CAP	Orbassano (TO) - 10043
Via/C.so/P.zza	Regione Gondole, 10
Tel.	011/9026815
E – Mail	viviroma78@yahoo.it

L'addestramento alla dialisi peritoneale in residenze per anziani come esempio di Formazione sul Campo

*S. Selinunte, P. Gherardo, L. Grosso, Vaudano, C. Zublena, R. Bergia, B. Agostini,
M. Grosso, L. Bardone*

S.C. di Nefrologia e Dialisi – S.S. di Dialisi Peritoneale - ASL BI

L'esigenza primaria di una persona quando si ammala è di essere curata, di avere a disposizione strutture, operatori, mezzi diagnostici e terapeutici. Le malattie renali hanno un andamento cronico, progressivo sino alla completa perdita della funzione renale, con elevato impatto sociale ed hanno portato ad una rapida espansione della popolazione dialitica, soprattutto di quella anziana.

La Dialisi Peritoneale (DP), quale terapia dell'IRC, ha nell'autogestione della cura, nella domiciliarità, nella semplicità della tecnica, nella elevata tollerabilità i suoi fondamenti e viene quindi proposta come trattamento sostitutivo di prima scelta nei pazienti anziani. Purtroppo però la possibilità di utilizzare la DP nell'anziano è spesso limitata dall'assenza di idoneità attitudinale ad un trattamento autogestito, associata alla mancanza di un partner disponibile o di un domicilio adeguato.

In questo panorama il ricorso alla DP in Residenza per Anziani (RA) può rappresentare una possibile alternativa al trattamento sostitutivo mediante emodialisi ospedaliera; la RA diviene la struttura intermedia tra ospedale e famiglia necessaria ad erogare cure assistenziali e terapeutiche specifiche.

Scopo del lavoro

- Garantire una continuità assistenziale
- Migliorare la collaborazione tra strutture sanitarie diverse

Tali finalità sono descritte nel Codice Deontologico – rapporti con la persona assistita, punto 4.12:

- l'infermiera si impegna a promuovere la tutela delle persone in condizioni che ne limitano lo sviluppo di sé, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai bisogni

Persone coinvolte

Nel nostro Centro Dialisi, dal giugno 1997 ad oggi, abbiamo gestito la DP in RA in 21 pazienti (9 maschi e 12 femmine) di età compresa tra i 63-88 anni (media 76.1). Si trattava di pazienti molto compromessi con un numero elevato di comorbidità associate; nessuno era in grado di gestire in modo autonomo il trattamento e soltanto 4 erano in grado di soddisfare ai propri bisogni di base autonomamente. Dodici le RA coinvolte, distribuite su tutto il territorio della nostra Azienda.

Metodologia

Il percorso formativo è stato così strutturato:

- individuazione del paziente
- scelta del tipo di trattamento (manuale o automatizzata)
- visita domiciliare presso la RA per la verifica dei requisiti minimi richiesti
- addestramento delle figure professionali in organico (infermieri, ADEST, OSS)

Sono stati avviati addestramenti singoli e/o di gruppo prima presso il Centro e poi in RA, in base ai modelli organizzativi di entrambe le strutture, portando così la formazione nel contesto lavorativo. La durata media di ogni addestramento è stata di 7 giorni circa con un tempo dedicato di 10-12 ore.

Cinque le infermiere esperte responsabili del progetto formativo; di queste, due referenti e coinvolte nella conduzione di ogni addestramento.

La formazione si è resa necessaria ogni qual volta un nuovo paziente veniva avviato al trattamento dialitico. La didattica comprende:

- lezioni frontali per la parte teorica
- partecipazione attiva per la parte pratica
- simulazioni in vitro
- verifica dell'apprendimento
- consegna dei protocolli

Il programma è completato da:

- gestione di criticità tecniche e/o assistenziali

- reperibilità del medico nefrologo e del personale infermieristico esperto 24 su 24 (già attiva nel Centro)
- addestramento di nuovo personale
- verifica periodica dell'esecuzione delle tecniche
- riaddestramento

Discussione

Ad oggi l'esperienza ha evidenziato:

- la possibilità di scelta o di prosecuzione della terapia in pazienti clinicamente compromessi e privi di un idoneo supporto domiciliare
- il miglioramento della collaborazione fra strutture socio sanitarie diverse
- risultati clinici buoni (bassa ospedalizzazione, basso numero di complicanze infettive) con diminuzione dei costi

- soddisfazione di paziente-famiglia-operatori

Sono state evidenziate comunque criticità quali:

- elevato numero di RA coinvolte
- elevato turn over degli operatori delle RA, figure con formazione e competenze diverse e delle aree di miglioramento quali:
- individuazione di una sola struttura assistenziale
- individuazione di referente in RA (massimo 2)
- revisione della cartella di comunicazione tra Centro ed RA attualmente in uso
- revisione del percorso formativo

Conclusioni

L'esperienza è stata molto incoraggiante sia sul piano della qualità delle prestazioni erogate che sul piano della collaborazione con altri operatori.

Ha dimostrato come la formazione sul campo abbia permesso di utilizzare, per l'apprendimento, direttamente le strutture sanitarie e le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali; come coinvolga direttamente i discenti favorendone la partecipazione attiva; stimoli i professionisti ad interrogarsi su problemi non risolti o mal gestiti; fornisca la possibilità di riflettere sugli errori e sulle criticità della pratica.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Selinunte Sandra
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale 12 di Biella
Luogo e CAP	Ponderano (BI) - 13875
Via/C.so/P.zza	Via Albereti 3
Tel.	015/2471550 Fax 015/22335
E – Mail	sandra.selinunte@asl12.piemonte.it

“Approccio all’audit clinico nel percorso nascita” Formazione sul Campo per l’implementazione della Good Practice

*P. Serafini, A. Monzeglio, G. Guala, F. Armellino, A. Mondelli, R. Zizzo, S. Cantoira,
P. Ghiotti, E. Mollo, T. Todros*

ASL TO 2 – Corso di Laurea in Ostetricia - UniTO

Razionale

Tra gli obiettivi del Dipartimento Materno Infantile (DMI) dell’ASL TO2, vi è quello della promozione del miglioramento della qualità dell’assistenza. Tenuto conto della necessità di adeguamento e di implementazione della buona pratica clinica derivata:

- dalla recente pubblicazione da parte del National Institute for Clinical Excellence della linea guida “Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth”;
- dall’emanazione del Decreto di Legge Turco “Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato”;
- dall’entrata in vigore del Piano Socio-Sanitario della Regione Piemonte 2007-2010;
- si è deciso di intraprendere un percorso di miglioramento della qualità dell’assistenza per l’elaborazione di un protocollo assistenziale evidence based obstetrics, condiviso e contestualizzato alla precisa realtà.

Per raggiungere tale obiettivo, considerato il contesto e la letteratura, si è deciso di utilizzare lo strumento dell’audit, e del feedback individuato dall’OMS come il migliore per l’implementazione della best practice in ambito ostetrico.

Scopo del corso

Il percorso di audit è finalizzato al miglioramento della qualità dell’assistenza che viene erogata alle donne durante il travaglio/parto a basso rischio, attraverso la promozione e di modelli assistenziali basati sulle migliori prove di efficacia disponibili.

Metodi didattici

Si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare, multiprofessionale e multiistituzionale* che ha progettato e condotto il ciclo di audit, tenuto conto dei principi dell’audit e delle regole della formazione sul campo dell’ECM.

Risultati

Il percorso formativo si è concluso con l’elaborazione, da parte del gruppo di lavoro di un protocollo assistenziale basato su prove di efficacia ed adattato al contesto specifico.

Conclusioni

Il ciclo di audit clinico, all’interno del DMI, ha favorito lo sviluppo di nuove competenze metodologiche nei professionisti coinvolti ed ha offerto loro un valido strumento per l’analisi, la valutazione e l’eventuale riprogrammazione delle attività assistenziali. Alla base del percorso vi è la convinzione che l’appropriatezza e la sicurezza durante la gestione della nascita a basso rischio risieda nella capacità di tutelare e promuovere le risorse della donna e del feto per mantenerla normale e nel saper individuare precocemente ogni deviazione dalla fisiologia che modifichi la condizione di basso rischio; per l’Università, ha favorito la riduzione del gap tra teoria e pratica, promuovendo l’omogeneizzazione tra i contenuti teorici e i protocolli operativi che ritrovano nelle sedi di tirocinio.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Serafini Paola
Ente di appartenenza	Aso Oirm – S. Anna Torino
Luogo e CAP	Torino 10126
Via/C.so/P.zza	Corso Spezia 60
Tel.	011/3135673 Fax 011/3134408
E – Mail	paola.serafini@unito.it

Gruppo di lavoro sulla Tutorship

I. Vaggelli, S. Zucchi, B. Tiranti

ASL TO3

Contesto

Nell'ultimo quinquennio, sono stati realizzati dal Servizio di Psicologia ASL TO 3, alcuni interventi formativi per unità operative e dipartimenti interni all'azienda in cui è stata prevista una funzione di tutorship, figura recentemente introdotta anche nel nuovo sistema di accreditamento regionale E.C.M. La figura del tutor si è dimostrata centrale nella cura del processo di apprendimento, in particolare nella fase di contestualizzazione nella realtà lavorativa. Nel 2007 il Servizio di Psicologia ha avviato, un gruppo di lavoro di psicologi tutor, con l'obiettivo di riflettere sull'esperienze maturate e implementare competenze a sostegno dei percorsi di formazione aziendale dell'ASL TO 3. Il percorso prevede il coinvolgimento della Facoltà di Psicologia, Università di Torino, Corso di Scienze e tecniche psicologiche: Organizzazione e Lavoro.

End Point

Il Gruppo di lavoro ha l'obiettivo di redigere e validare delle Linee-Guida sulla funzione di tutorship nei percorsi formativi dell'ASL TO3.

Fasi del lavoro

Il lavoro si articolerà in tre fasi e si articolerà nel semestre dicembre 2007 a settembre 2008, coinvolge cinque psicologi, un coordinatore senior e un formatore interno al Servizio di Psicologia ASL To 3.

- 1) un percorso di training on the job;
- 2) un percorso di confronto e di formazione seminariale;
- 3) un percorso di redazione di un documento delle linee guida.

Risultati

Il gruppo di lavoro ha costruito una sorta di "caleidoscopio concettuale" attraverso cui rileggere le esperienze nelle sue varie sfaccettature. La tutorship è stato scomposto in tre fasi temporali (progettazione, gestione d'aula, valutazione) e in quattro funzioni specifiche da presidiare (strumentale, raccordo, mediazione, facilitazione) come in esempi riportati in Tabella 1.

Conclusioni

L'esito del lavoro consisterà nella redazione di linee-guida sulla funzione di tutorship nei percorsi formativi. La redazione dello stesso vede l'interessamento e la collaborazione dell'Università di Torino e potrà rendersi disponibile come materiale di lavoro per il Gruppo Regionale del Sistema di Accreditamento.

	Fase I Progettazione	Fase II Gestione d'aula	Fase III Valutazione
Livello I Strumentale	Moduli e aspetti procedurali della progettazione scelta e prenotazione spazi e luoghi	Cura del setting fisico, della strumentazione tecnica, delle esercitazioni, dei materiali didattici	Questionari di valutazione, relazioni conclusive, raccolta dei materiali
Livello II di Raccordo	Contatti con committente, docente, Osru e eventualmente animatori di formazione	Osservazione e aiuto nelle relazioni dell'aula (docente - gruppo)	Feedback con le figure del processo
Livello III di Mediazione	Contrattazione del proprio ruolo attraverso l'azione	Scambio opinioni e gestione degli eventuali conflitti	Confronto e valutazione con le figure chiave
Livello IV di Facilitazione	Monitorare l'obiettivo della formazione	Connessioni fra contenuti, saperi, applicazioni, contesti diversi, metafore, rielaborazioni di sintesi, filo rosso fra i momenti, gestione delle esercitazioni	Confronto e valutazione dei contenuti

Tab. 1 Matrice Fasi temporali – Livelli funzionali

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE		
Cognome e Nome	Vaggelli Iacopo	
Ente di appartenenza	Azienda Asl To3	
Luogo e CAP	Collegno (TO) - 10093	
Via/C.so/P.zza	Via Martiri del XXX Aprile, 30	
Tel.	011/4017257 328	Fax 011/4017208
E – Mail	psicologia.salute@asl5.piemonte.it	Cell. 3283516360

Sicurezza sul campo. Prevenzione partecipata per gli operatori della cucina

Valerio Vecchiè

Azienda Sanitaria Locale To 3 di Pinerolo

Dall'analisi dei dati sugli infortuni accaduti nell'Azienda Sanitaria Locale n°10 di Pinerolo (ora ASL TO 3) era emersa che la cucina era una situazione critica sia per numero di eventi che come indice di rischio (rapporto tra eventi infortunistici e ore lavorate da tutto il personale).

Si decise di attivare un momento informativo specifico al fine di individuare le cause di tali eventi traumatici ed attivare miglioramenti sia del punto di vista tecnico che procedurale.

Per migliorare l'efficacia formativa decidemmo di allestire il corso in cucina in modo da:

- a) Poter ricostruire sul posto le dinamiche dell'infortunio
- b) Poter verificare immediatamente le ipotesi di miglioramento

Come metodologia didattica è stata utilizzata analisi delle situazioni di rischio partendo dalla valutazione di alcuni casi di infortuni ed identificando gli aspetti tecnici e/o procedurali che hanno causato l'evento traumatico e gli interventi di prevenzione che si potevano ipotizzare per ridurre i rischi.

Tali ipotesi di intervento venivano discusse e verificate e poi inserite nel piano di miglioramento. Gli ambiti di intervento del corso sono stati definiti in relazione alla tipologia di eventi di accadimento più frequente ed in specifico:

- Tagli
- Ustioni
- Cadute

Si è stato utilizzato come strumento di analisi e miglioramento, la valutazione di casi reali di infortuni attraverso i lavori di gruppo misti, di cui facevano parte sia cuochi che personale ausiliario, guidati da una scheda di orientamento.

I risultati del lavoro formativo sono stati ampi ed articolati:

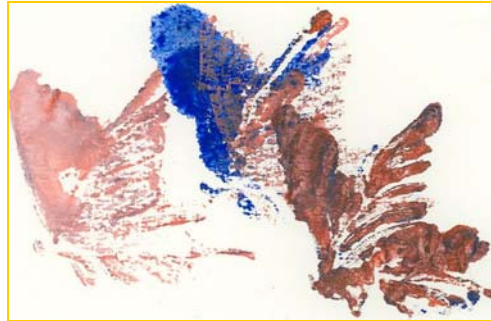
- Sono stati definiti procedure di sicurezza su alcune attività più pericolose (uso affettatrice, forno, uso sostanze chimiche);
- Sono state posizionate avvertenze in aree critiche;
- Sono stati individuati controlli da effettuare sui prodotti in ingresso per evitare l'uso di sostanze pericolose od incompatibili;
- Sono stati individuati i Dispositivi di Protezione individuale necessari per le diverse lavorazioni;
- È stato definito un piano di miglioramento complessivo della struttura.

Ogni procedura o intervento è stato verificata o se non attuabile sono state acquisite valutazioni alternative per attivare misure di miglioramento

Questo corso è stato basato sulla partecipazione dei lavoratori facendo leva sulla loro esperienza e capacità per individuare le cause degli eventi critici, sulla sperimentazione sul campo ed ha portato a miglioramenti concreti della sicurezza attestati da una riduzione degli infortuni nel periodo successivo all'evento formativo.

INDIRIZZO COMPLETO DEL PRIMO AUTORE	
Cognome e Nome	Vecchiè Valerio
Ente di appartenenza	Azienda Sanitaria Locale To 3 di Pinerolo
Luogo e CAP	Pinerolo (TO) - 10064
Via/C.so/P.zza	Str.le Fenestrelle n. 72
Tel.	0121/2331
E – Mail	vecchie@asl10.piemonte.it

Appendice



A.R.S. TEATRANDO

Associazione Ricerca e Spettacolo

L'Associazione Ricerca e Spettacolo Teatrando nasce legalmente nel marzo del 1988 con l'intento di promuovere la cultura, con particolare riferimento a quella inerente il teatro e lo spettacolo. La compagnia è composta esclusivamente da attori non professionisti il cui numero è andato crescendo nel corso degli anni, fino a formare un organico di oltre 40 persone. La formazione artistica del gruppo è avvenuta all'interno della compagnia stessa per mezzo di laboratori e stage organizzati nella sede di Biella, oppure grazie ad alcuni dei suoi componenti che, dopo aver ampliato il loro bagaglio frequentando corsi esterni, hanno portato la loro esperienza all'interno del gruppo.

In occasione del convegno promosso dall'Asl BI e dedicato al tema sulla formazione ed il lavoro in team, Teatrando, attingendo dal suo repertorio, ha scelto tre scene che, con il tono ironico e spesso giocato sul paradosso che contraddistingue la sua produzione, potessero offrire punti di contatto più o meno espliciti con il tema.

Le due regine

Tratto dallo spettacolo "AAA Alici cercasi nel parco delle meraviglie" (Castello di Zumaglia, Luglio 2006), ispirato ai testi di Lewis Carroll che vedono protagonista Alice, è stata proposta la scena "Le due regine", in cui i due pezzi della scacchiera cercano di impartire alla bimba lezioni di buona educazione e nozioni base di matematica e altre discipline. Ne risulta un percorso formativo senza né capo né coda, bizzarro e strampalato e, proprio per questo, curioso e divertente, in cui il buonsenso di Alice s'infrange contro le conoscenze bislacche e fantasiose delle due saccenti regine.

INTERPRETI: Luisella Gracis, Mariella Moschetto e Annalisa Perino.

Personaggi

B Regina Bianca (Mariella)
R Regina Rossa (Luisella)
A Alice (Annalisa)

- B** Apertura di sgambetto... voglio proprio vedere come resti in piedi...
- R** Muovo il pedone in C4 ed è forchetta. Ti mangio il cavallo! Se ti mangiassi l'alfiere potrei essere accusata di cannibalismo...
- B** Tu attacchi con pedone cavallo ed alfiere e potrai anche salire al potere, ma io con il mio re ed un po' di tatto, cercherò di darti matto...
- R** Cerca di essere una regina e non un pezzo sulla scacchiera... e poi matto a chi?
- A** *(timidamente)* Scusate, potreste indicarmi la strada che porta al castello?
- R** *(bruscamente)* Parla quando ti s'interroga!
- A** Ma se tutti ubbidissero a questa regola e se Voi parlaste quando vi si rivolge la parola e basta, e le altre persone aspettavano fosse Voi a parlare, capirete che nessuno direbbe mai nulla, cosicché...
- B** Sciocchezze! Non vedi bambina... *(interrompendosi aggrotta le ciglia e dopo aver pensato per un istante cambia il soggetto della conversazione)* Che intendi con la strada che porta al Castello?
- Le due regine si guardano*
- R** *(la regina rossa con un piccolo brivido)* Tutte le strade portano al Castello! Ma da dove vieni???... E fai l'inchino mentre pensi a ciò che devi dire. Si risparmia tempo!
- B** E, cara fanciulla, rispondi dicendo la verità, pensando prima di rispondere e parlando dopo aver pensato, senza dimenticare di ripetere sempre Vostra Maestà!
- A** Calma...!
- R** Un brutto odioso carattere! Alza gli occhi, tira su il mento e non accavallare continuamente le dita...

- B** Sicuramente non hai seguito molte lezioni di buona educazione! Impara però a far l'inchino quando ti rivolgi a noi!
- A** La buona educazione non s'insegna a scuola Vostra Maestà! Le lezioni insegnano a fare le quattro operazioni o cose simili!
- R** Sai fare l'addizione? Quanto fa uno più uno più uno più uno più uno più uno più uno più uno più uno più uno più uno...
- A** Non so, ho perso il conto Vostra Maestà!
- B** E quanto fa uno stramilione di biliardoni più un ottone di millantoni più un meravigliardo di meraviglioni?
- A** Ma è troppo difficile...
- R** Non sa fare l'addizione! Sai fare la sottrazione? Fai 8 meno 9...
- A** 8 meno 9 non si può fare, lo saprete Vostra Maestà...
- B** Ma come... mia piccola Alice... E se ad uno che pesca togli due lenze e a quattro ciliegie sottrai i vermetti cosa ottieni?
- A** Non so...
- R** Male come al solito! E, dimmi, se togli un osso ad un cane che rimane?
- A** L'osso se lo tolgo naturalmente non rimane... ed il cane non vorrebbe rimanere... vorrebbe mordermi... ed io di sicuro non dovrei rimanere!!!
- B** Quindi tu pensi che non rimarrebbe nulla?
- A** Credo che il risultato sarebbe questo vostra Maestà!
- R** Sbagliato come sempre! Rimarrebbe la collera del cane!
- A** Ma non vedo come... Vostra Maestà...
- B** Suvvia bambina, fai un poco di attenzione! Il cane se ne andrebbe in collera, giusto?
- A** Forse sì...
- R** Quindi se il cane se ne va, la sua collera rimarrebbe!
- A** Potrebbero prendere strade diverse... (*Pensa*) ...ma di quali tremende insensatezze stiamo parlando!!!
- R** È chiaro! Non sa fare la sottrazione neanche un po'...
- B** Sai fare la divisione? Dividi un pane con un coltello che hai?
- A** Io credo...
- B** Pane e burro naturalmente!
- R** Non sa fare le operazioni! Hai imparato almeno le nozioni utili? Come si fa il pane?
- A** Questo lo so! Si prende del fior di farina...
- B** Dove cogli il fiore? In un giardino o nelle siepi?
- A** Ma non si coglie affatto! Lo si macina...
- R** Con quanti macinini? Non devi trascurare i particolari...
- A** ...per fare la pasta...
- R** Pasta frolla o pasta sfoglia?
- A** Vostra Maestà mi confondete....
- B** A proposito di pasta... quando un topo appare sazio cosa dici?
- A** Cosa...
- R** Noi diciamo che è un topazio! E quando un topo è ad incastro?
- B** Noi diciamo che è un topastro! Ed un topo suicida, lo sai?
- A** Veramente...
- R** Noi diciamo un topicida!
- B** A che serve lo spennello?
- A** Lo spenne... che Vostra Maestà?
- R** Serve a disfare un quadro non bello!

- B** Rinfrescale la testa col ventaglio! Col tanto pensare le verrà la febbre povera piccola!
- R** Ora si sente bene! Vediamo se di scienze te ne intendi... Cosa fa un pesciolino rosso in una bottiglia di acqua gasata?
- A** Nuota?
- B** Fa lo squalo, perché si gasa! Riprova con questa: qual è la causa del lampo?
- A** La causa del lampo... è il tuono... no, no! (*si corregge*)
- R** È troppo tardi per correggersi, quando dici una cosa è così e ne devi subire le conseguenze.
- B** A tal proposito, ricordi la tempesta di martedì scorso? Era tale da non potersi immaginare... parte del tetto si scoperchiò, entrò il tuono e cominciò a rotolare per la stanza, sbattendo sulle tavole e sui mobili, le chiavi non aprivano più, l'ippopotamo saltellava impazzito alla ricerca del suo tè!
- A** Un ippopotamo in casa, Vostra Maestà?
- R** Certo era giovedì, la giraffa la trovi solo il martedì! Ma smettila di interrompere e non cambiare discorso... Conosci le lingue? Come si dice in inglese cicciopolletto??
- A** Ma non è una parola italiana, Vostra Maestà!
- B** Chi mai ha detto che non lo sia?
- A** Se mi dite il significato, io vi dirò come si dice in inglese!
- R** Le Regine non scendono mai a patti!
- A** (*sottovoce rivolta al pubblico*) Ed io vorrei che non facessero neanche le domande!
- R** Impertinente fanciulla... dimentichi regolarmente di fare l'inchino... fai la riverenza o fai la penitenza, guarda in su, guarda in giù... ed adesso è ora che tu risponda...
- A** Non so tradurlo se non so cosa vuol dire...è impossibile!
- B** Devi concentrarti di più, quando io avevo la tua età facevo pratica per un'ora e mezzo al giorno: certe volte sono anche riuscita a rispondere a 6 cose impossibili prima di colazione!
- A** Ma a scuola nessuno fa tali domande... Vostra Maestà!
- R** Ridicolo! Apri la bocca solo per dire sciocchezze, dimentichi regolarmente di rivolgerti a noi Regine come si conviene... continuo a domandarmi da dove sei sbucata! E quante parole... Mi hai fatto venire un sonno...
- La regina rossa sospira e appoggia la testa sul grembo di Alice*
- B** È esausta poveretta! Accarezzale la testa e con gentilezza canta una bella ninna nanna... mi riposerò un poco anch'io...
- A** Che devo fare??? Non credo sia mai successo a nessuno di dover badare a due regine addormentate insieme! Non mi resta che accontentarle...
- Cento stelline tutte le sere
tante zanzare allegre e sincere
con due regine un po' strampalate
ed un'Alice con dolci patate
stanno per cedere ad un sonno fatato
che le ristori da tanto parlato
e porti voi tutti a proseguire
senza attardarsi e star qui a dormire!

II Professor Franz

Tratto dallo spettacolo "L'amore è una scienza esatta?" (Castello di Zumaglia, Luglio 2002) costellato da dialoghi amorosi inframmezzati da esperimenti scientifici, è stato presentato "II professor Franz", uno scienziato teutonico, caratterizzato da lievi segni di squilibrio, che svela semplici principi fisici attraverso buffi giochi che prevedono il coinvolgimento del pubblico.

INTERPRETI: Mariella Moschetto e Achille Pozzo.

Personaggi

A Assistente
F Professor Franz

Il Professor Franz sta dormendo. L'Assistente ha un'aria di circostanza. Quando tutto il pubblico è sistemato, quasi imbarazzata, usando un tono di voce che manifesti l'intenzione di non svegliare il professore...

A Buonasera! Ufficialmente io dovrei essere l'assistente del Professor Franz, che, come vedete, sta recuperando energia, fra un esperimento e l'altro... ma vaglielo a spiegare... non è il mio ruolo questo... io sono un'attrice... e non mi sento portata per questo... UFFA! Avrei voluto mettermi un costume di scena come si deve, che so io, Mirandolina, Cleopatra, Irina... e invece... vebbe' lasciamo perdere...

(Verificando che Franz continui a sonnecchiare) Sentite, visto che il professore tarda a riaversi, mi permettete, bel frattempo, di interpretarvi almeno... che so io... un pezzo... di Galileo Galilei, visto che si parla di scienza?

(Preparandosi di buona lena)

TITOLO: "La favola del ricercatore di suoni".

SENTENZA: "Quanto più l'uomo comprende e conosce della realtà naturale, tanto più prende coscienza della pochezza delle sue cognizioni!"

Procedo con il racconto: fate attenzione.

In un luogo assai solitario nacque un uomo dotato di un ingegno perspicacissimo e di una curiosità straordinaria, il quale, per suo trastullo, allevava uccelli. Infinito era il piacere che provava ascoltando il loro canto, così come infinita era la meraviglia con cui andava osservando come, con la stessa aria con la quale respiravano, riuscivano a produrre canti diversi e tutti soavissimi. Una notte, vicino a casa sua, udì un delicato suono e, credendo che si trattasse di un uccelletto, uscì per prenderlo. Ma, giunto sulla strada, vi trovò un pastorello che, soffiando in un pezzetto di legno forato, ora chiudendo ed ora aprendo certi piccoli fori, ne traeva quelle diverse voci, in tutto simili a quelle di un uccello. Stupefatto e spinto dalla sua naturale curiosità donò al pastore un vitello in cambio di quello zufolo e, dopo aver riflettuto tra sé e sé, comprendendo che se non fosse passato quel pastorello egli non avrebbe mai imparato che esistevano in natura due modi per formare voci e canti soavi, decise di allontanarsi da casa alla ricerca di nuove avventure sonore! Il giorno seguente, passando davanti ad un piccolo tugurio, sentì risuonarvi dentro una voce simile alle precedenti. Per verificare se si trattasse di uno zufolo o di un merlo, entrò nel tugurio e vi trovò un fanciullo che, con un archetto tenuto con la mano destra, andava segando alcuni nervi tesi sopra un pezzo di legno concavo, mentre con la mano sinistra vi muoveva sopra le dita. Così, senza utilizzare il fiato, traeva voci diverse e suoni soavi. Quale fu il suo stupore potrà ben comprendere chi tra voi possiede la stessa curiosità che aveva lui! Avendo così scoperto due nuovi modi per formar la voce ed il canto, pensò che ne potessero esistere molti altri e incominciò a cercarli. Grande e nuova meraviglia provò quando, entrato in un'osteria attirato da un suono e credendo di vedere qualcuno che toccasse leggermente le corde di un violino, vide invece un uomo anziano e pensieroso che, fregando il polpastrello di un dito sopra l'orlo di un bicchiere, ne cavava soavissimo suono. Quando poi gli capitò di osservare che le vespe, le zanzare e i mosconi, non con il respiro, come i suoi uccelli, bensì col velocissimo sbatter delle ali creavano un suono perpetuo... tanto crebbe il suo stupore quanto scemò l'idea che egli si era fatta sui modi in cui si generi un suono. Ma quando egli, dopo aver osservato tanti organi, trombe, pifferi e strumenti da corda di tante forme e dimensioni produrre suoni, credette che non esistessero altri modi di formar voci... Quando, dico, egli credeva di aver ormai veduto tutto, precipitò più che mai nell'ignoranza e nello stupore trovandosi tra le mani una cicala. Si accorse allora che né chiudendole la bocca, né femandole le ali riusciva a

diminuire il suo altissimo stridore. Eppure non la vedeva muovere squame o altra parte del suo corpo. Alla fine, scoprendo sotto il suo petto alcune cartilagini dure ma sottili e credendo che lo strepito derivasse dallo scuotere di quelle, decise di romperle per farla zittire. Ma anche questo fu vano, tutto fu vano, fino a quando, trafiggendola con un ago, non le tolse, con la voce, la vita.

Questo fatto lo spinse a diffidare a tal punto del suo sapere che, se qualcuno gli domandava come si generano i suoni, con franchezza rispondeva di conoscere alcuni modi, ma di ritenere che ne potessero esistere cento altri sconosciuti e imprevedibili.

(Guardando Franz e sussurrando) Hemm, si sveglia!

- F** *(tossendo sulla chiusura dell'Assistente e risvegliandosi, cercando di mettersi un po' in sesto, guardandosi allo specchio)* Salve Franz. Ti sei addormentato un'altra volta, eh? *(Accorgendosi del pubblico)* Ah, scusate. Mi saluto davanti allo specchio, è vero. Ma solo per correttezza, non per narcisismo, eh... Assistente, sono pronti gli esperimenti per questo pubblico?
- A** Certo, Professore!
- F** Sono già al corrente che per accedere alla postazione finale e quindi all'uscita dovranno assistere e provare alcuni esperimenti?
- A** Non ho ancora fatto in tempo a...
- F** *(interrompendola con severità)* Che cos'hai fatto finora?
- A** Veramente...
- F** Non hai neanche verificato se hanno coraggio? La pratica scientifica non può essere disgiunta dal coraggio! Essa tratta il sapere, che è un prodotto del dubbio; e con il procacciare sapere a tutti e su ogni cosa, tende a destare il dubbio in tutti. Chiaro? Forza! Scegli un coraggioso ora per il primo esperimento!

Etc. etc. etc.

A proposito delle Repubbliche Marinare

Tratto dallo spettacolo "Garibaldi fu ferito?" (Castello di Zumaglia, Luglio 1997), dedicato alla storia d'Italia, dall'Antica Roma all'Unità, è stato scelto "A proposito delle Repubbliche Marinare", un racconto-lezione affidato a un uomo di parte (un Pisano), dedicato in particolare agli scontri tra Genovesi, Pisani e Veneziani.

INTERPRETE: Paolo Zanone.

Dice: Bella città Pisa, eh?

Dico: Ao! (che in toscano sta per sì)

Dice: Bella davvero!

Dico: Ao! (che in toscano sta per sì)

Dice: Eh, l'è bella, ma...

Dico: Ma... icché?

Dice: No, dicevo così, tanto per pparlare, via... Bella, ma... e i' pporto?

Dico: Che porto?

Dice: I' pporto!

Dico: 'Un c'è!

Maaa... dice ...o unn'era 'na Repubblica Marinara?

Dico: Ao! (che in toscano sta per sì)

Eh! – dice – sell'era 'na Repubblica Marinara... ogni Repubblica Marinara la ci deve ave' 'l ssu porto, via, siamo seri!

T'ha ragione, t'ha proprio ragione, t'ha veramente di morta ragione...

Dice: Eh!

Dico: Ma allora te tu 'sse proprio tronato! Ma dico, ma la storia? Ma un tu l'ha ma' studiata a scuola?

Dice: C'avevo la Pieraccini...

Dico: Ma tu c'avevi la Pieraccini? Tutt'e tre gli anni? Ma allora dillo subito, eh! Vie' qua, te la spiego io la storia!

Allora, partiamo "abbove": te tu devi sapere che 'nn'i Mmedioevo, in Italia, c'erano quattro Repubbliche Marinare: Genova, Pisa, Amalfi e Venezia. Tre su i Tirreno, una (Venezia) sull'Adriatico. La geografia tull'avrà studiata a scuola... o tu c'avevi sempre la Pieraccini?

La storia, che ll'è magistra delle viti, c'informa che i' 6 agosto di i' 1135 (6 agosto, giorno di San Sisto, protettore di Pisa) la prospera città d'Amalfi vide improvvisamente comparire nelle su' acque la flotta pisana. Furon botte da orbi. Amalfi fu assediata, saccheggiata, incendiata, ma non completamente distrutta.

Ora, du anni dopo, i' 6 agosto (giorno di San Sisto, protettore di Pisa) la flotta pisana la tornò ad Amalfi ("E dagli", dissero gli Amalfitani), l'assedì, la saccheggiò, la incendiò e stavolta la distrusse completamente.

Dice: Ma non si parlava di' pporto di Pisa? E te tu mi porti a i' porto d'Amalfi!

Dico: O sta buono, o sta diaccio: ora ci s'arriva. Circa 150 anni dopo, n'i 1284, i' 6 agosto (giorno di San Sisto, protettore di Pisa) presso gli scogli della Meloria – la Meloria l'è un'isoletta piccina davanti a Livorno dove i Pisani ci avevano costruito una torre fortificata – presso la Meloria la flotta pisana, ai comandi d'i Conte Ugolino della Gherardesca, vide l'armata genovese capeggiata da Oberto Doria. Allora i' Conte Ugolino fece a' Pisani: "Icché si fa, ragazzi? Secondo me l'è meglio fa' battaglia! Oggi l'è San Sisto... c'ha sempre protetti... e poi via – pena poco – facciam la conta: noi s'ha 103 galere, loro quante ce n'hanno? 1, 2, 3, 4... 63! 'Ndo 'll'è i' problema? Via, via, andiamo a fa' la guerra, che pe' ccena siamo a casa!"

I' un so come i Pisani l'eran rimasti d'accordo con San Sisto: so solo che qui' ggiorno un li aiutò. E neanche la matematica! Perché i' Genovese Oberto Doria aveva fatto nascondere altre 25 galere dietro lo scoglio della Meloria, agli ordini dell'abilissimo capitano Benedetto Zaccaria. A metà battaglia ecco che spuntano queste 25 galere e pe' Pisani è stata la fine. Furon fatti più di 11.000 prigionieri pisani,

che vennero internati in quella zona di Genova che ancora oggi porta il nome di Campo Pisano. A i' Conte Ugolino della Gherardesca, che quella sera invece l'era tornato a cena, i Pisani gli dissero: "Te da stasera sarti pasto: t'ha detto troppe bischerate. Ora ti si chiude nella torre dei Gualandi co' tuoi figlioli e vu' morite di fame!"

E così fecero. Ne parla anche Dante, eh!... "La bocca sollevò da i' ffiero pasto..."

Dice: L'è nova!

Dico: Ma gli è un canto dei più belli!

"Qui' peccato' forbendola a' capelli di ccapo ch'egli avea di dreto guasto!"

Insomma: distrutta Amalfi, distrutta Pisa, ormai pe' Genovesi un c'era artro che battere Venezia. Infatti, l'8 settembre di i' 1298, presso l'isola veneziana di Curzola, il capitano genovese Lamba Doria – che unn'è quello di prima – fece nascondere 25 galere dietro l'isola, al comando di Benedetto Zaccaria – che invece l'è quello di prima – e col solito trucco sconfisse la flotta veneziana guidata dall'Ammiraglio Andrea Dandolo.

Dice: Certo che uno che si chima Dandolo, l'ha finito per chimarsi Prendendolo.

Dico: Tu ha ragione! Si dice che Andrea Dandolo l'è morto per le ferite riportate in battaglia, ma c'è anche chi sostiene che Dandolo – vergognoso per la sconfitta – l'è morto perché l'ha tirato delle gran capocciate contro l'albero maestro della nave a cui era stato legato prigioniero.

Dice: Ma, o pallino, a me di Venezia m'importa poco.

Dico: Mannò, questo l'era per dirti che tra i prigionieri ch'arrivarono a Genova c'era anche i' veneziano Marco Polo e che in cella fece amicizia co i' grande scrittore medievale e pisano Rustichello da Pisa. Marco Polo racconta i su' viaggi e Rustichello scrive. E così nasce "Il Milione". Chi l'ha scritto il Milione?

Dice: Marco Polo.

No! Rustichello da Pisa, cignale!

E ssai icché ti dico? Che se in Liguria un sacco di gente la si chiama Pisano o Pisani gli è perché di queglili 11.000 prigionieri alcuni son sopravvissuti. E quindi smettiamola di dare addosso a' Pisani: "meglio un morto in casa che un Pisano all'uscio..." Macché! 'E siamo i meglio, altro che storie!

Dice: Ma tu m'ha detto un sacco di cose, belle eh! Ma un tu m'ha mica detto perché a Pisa un c'è i pporto!

Dico: Ma allora un c'ha colpa la Pieraccini! Tu se te che tu se bucellato n'i cervello. Se tu distruggi una città marinara, se tu gli togli i ccommercio e la flotta, se tu riduci la gente alla fame, che fine farà i' ssu porto? E va a bischero sciolto, ovvia!

Dice: Ah...

Dico: L'ha capito o un l'ha capito perché Pisa un c'ha più i' porto?

Dice: Ao (che in toscano sta per sì)

E voi? Se ve lo chiedono? Icché rispondete?



© Regione Piemonte
Assessorato Tutela della Salute e Sanità
Direzione 20-Sanità
Settore Organizzazione, Personale e Formazione delle Risorse Umane

Novembre 2008