

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento di Scienze Igienistiche, Microbiologiche, Biostatistiche

Direttore: Prof. G. Vivoli

1° Master in Management

per Infermieri, Ostetriche e Tecnici Sanitari per le funzioni di
Coordinatore

**RUOLO DEL COORDINATORE NEL GESTIRE LE RICADUTE
ORGANIZZATIVE DOVUTE ALL'INTRODUZIONE
DELL'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA
IN UNA UNITÀ OPERATIVA DI PRONTO SOCCORSO**

Relatore:

DDSI Paola Ferri

Correlatore:

Inf. Cristina Boschetti

Studente

Stefania Valgimigli

Anno accademico 2002/2004

Un pensiero speciale a
Claudio, Enrico e Vanessa
per la pazienza dimostrata
in questi due anni di studio

Grazie !
Stefania

INDICE

INTRODUZIONE

GLOSSARIO

PARTE PRIMA

L'AMBITO NORMATIVO DI RIFERIMENTO DELLA FORMAZIONE CONTINUA

Normativa di riferimento per la formazione nel periodo antecedente all'introduzione della legge 229/99 (Riforma Bindi)

La normativa sull'Educazione Continua in Medicina

Gli istituti contrattuali previsti per l'aggiornamento

PARTE SECONDA

LA REALTA' DEI DATI STATISTICI

Ricadute organizzative sopravvenute nell'anno 1998 nelle unità operative di Pronto Soccorso di Faenza, Lugo e Ravenna (dati aziendali).

Ricadute organizzative sopravvenute dopo l'introduzione dei crediti formativi nell'anno 2003 nelle unità operative di Pronto Soccorso di Faenza, Lugo e Ravenna (dati aziendali).

Ricadute organizzative in termini di applicazione dei contenuti formativi sono sopravvenuti negli anni o sono programmate per l'anno in corso (questionario per gli infermieri)

Il questionario del Collegio IPASVI: considerazioni sui risultati (questionario WEB).

Elaborazione dei dati.

PARTE TERZA

PROPOSTE PER LA GESTIONE DELLA FORMAZIONE NELL'UNITA' OPERATIVA ALLA LUCE DELL'ELABORAZIONE DEI DATI E DEL QUADRO NORMATIVO

Dai dati statistici alla realtà:

le conseguenze dell'Educazione Continua in Medicina che emergono nell'unità operativa esaminata.

Le nuove tendenze: l'aggiornamento organizzato all'interno del servizio e l'educazione agli adulti.

La proposta operativa per il Pronto Soccorso di Faenza.

ELENCO ALLEGATI

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO PER INFERMIERI

ALLEGATO 2

RISULTATI SONDAGGIO DEL COLLEGIO IPASVI

ALLEGATO 3

ELENCO ARGOMENTI RITENUTI PREFERENZIALI DAL MINISTERO PER LA FORMAZIONE ECM

BIBLIOGRAFIA GENERALE

- ? C. Calamandrei *La dirigenza infermieristica* (McGrow-Hill)
- ? D.L.vo n° 502/1992
- ? D.L.vo n° 229/1999
- ? Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Sanità 1998-2001
- ? Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Sanità 1994-1997
- ? Ipotesi di accordo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Sanità 2002-2005 alla firma della Corte dei Conti nell'Aprile del 2004.
- ? Autori Vari *Guida all'esercizio delle Professione Infermiere* (Edizioni medico scientifiche III edizione)
- ? Regolamento di attuazione dei dipartimenti dell'AUSL di Ravenna (28/11/03 atto n°972)
- ? Regolamento di attuazione del Servizio Infermieristico tecnico e ostetrico dell'AUSL di Ravenna (28/11/03 atto n°971)
- ? Rivista: L'infermiere, organo ufficiale del Collegio IPASVI n°2/2004
- ? Rivista: L'infermiere, organo ufficiale del Collegio IPASVI n°7-8/2002
- ? Rivista: L'infermiere, organo ufficiale del Collegio IPASVI n°7/2003
- ? Rivista: L'infermiere, organo ufficiale del Collegio IPASVI n°1/2004
- ? M. Spadola-G.Naldi *La formazione permanente in sanità: struttura e organizzazione aziendale* (Auls Ravenna Unità operativa Linee editoriali - Agenzia di comunicazione)[testo aziendale ad uso interno].

- ? CeRGAS Milano – a cura di A. Massei
Dirigere i servizi infermieristici (CUSL Edizioni 1991)
- ? Rivista *Emergency oggi* (Key Communication sas) n° 9 / 2003

CONSULTAZIONE SITI WEB

<http://ecm.sanita.it>

<http://ecm.regione.emilia-romagna.it>

<http://ecm.regione.emilia-romagna.it/link/index.html>

<http://www.nursesarea.it>

<http://www.ipasvi.it/ecm/faq>

http://www.ipasvi.it/sondaggi/s_ecm.htm

<http://www.brunellalongo.it>

<http://www.formatori.it>

<http://www.ausl.ra.it>

<http://www.cestor.it/home.htm>

INTRODUZIONE

L'idea di questa tesi nasce dalla volontà di rilevare se vi sono state delle ricadute organizzative legate alla formazione per il personale dell'unità operativa di Pronto Soccorso di Faenza, dopo l'introduzione dell'obbligatorietà dei crediti formativi.

Quella che poteva essere un semplice sensazione, un rilievo soggettivo nel panorama globale di crescita delle ore di straordinario o ferie, necessitava di fatto di un sostegno oggettivo ottenuto dalla raccolta e analisi dei dati statistici aziendali e dalle esperienze degli infermieri assegnati a questa unità operativa.

Quanto rilevato nei diversi capitoli di questo elaborato è pertanto legato alle esperienze documentabili per questo servizio all'interno della Azienda Ausl di Ravenna confrontati con le tendenze aziendali fornite dai dati ufficiali.

Si è proceduto nell'articolazione dell'elaborato simulando il percorso che un coordinatore potrebbe attuare per affrontare la stessa rilevazione soggettiva che ha dato origine a questa tesi quale fondamento delle previsioni da attuarsi in previsione di budget o di programmazione annuale degli obiettivi oltre che nella dotazione del personale o organizzazione degli spazi e dell'assistenza.

Nella prima parte si esaminano infatti i riferimenti normativi partendo dal codice deontologico e dal profilo professionale, per giungere poi al contratto nazionale del lavoro per il comparto. Vengono poi esplicitati quali sono gli istituti contrattuali per gli infermieri che permettono la frequenza degli aggiornamenti durante il rapporto di lavoro.

Infine si esamina brevemente la normativa sull'Educazione Continua in Medicina e sui cambiamenti normativi che ha portato per il personale infermieristico.

Nella seconda parte si esaminano i dati ricavati dal data-base aziendale dell'ufficio personale (presenze-assenze) e della Formazione Aziendale.

Per riferimento al prima e dopo ECM è stato scelto di norma il 1998 in quanto non ancora interessato alla raccolta dei crediti formativi, ma già informatizzato per quanto riguarda i dati sia al Personale che alla Formazione; in alcuni i casi la tendenza al rialzo o ribasso dei valori analizzati ha come punto di partenza il 1999, in quanto unico dato informatico disponibile in azienda: si è ritenuto valore validante poiché i dati trattati in tal senso non sono direttamente legati alla formazione, ma solo indicativi di una tendenza; l'anno 2003 invece, è stato scelto poiché già operativa l'attribuzione dei crediti a pieno regime e senza il disorientamento negli operatori dei primi anni di passaggio dalla sperimentazione al periodo a regime (2001 e 2002).

Parimenti ai dati aziendali è stato possibile ricavare alcuni dati direttamente dagli operatori mediante un piccolo questionario anonimo ed ad adesione volontaria legato all'applicazione dei contenuti dell'aggiornamento nell'unità operativa di appartenenza.

Nella terza parte si evidenziano invece quelle che possono essere le proposte organizzative ricavabili dall'elaborazione dei dati assunti dall'azienda e dai questionari.

Viene anche esplicitata una proposta operativa per l'unità operativa di Pronto Soccorso di Faenza per la gestione della formazione.

In essa si evidenziano gli obiettivi e le strategie da attuare per raggiungerli, nell'ambito di una proposta operativa per questa unità operativa.

GLOSSARIO

Prima di affrontare il quadro generale sull'attività formativa degli operatori sanitari, è doveroso fare un poco di chiarezza sulla terminologia utilizzata in questo elaborato. Durante la raccolta del materiale, specialmente sui siti web non ufficiali si è di fatto riscontrato un utilizzo dei termini utilizzati in formazione, non univoco ed a volte anche a discapito del loro reale significato.

Poiché a tutt'oggi si dà una certa importanza ai diversi significati dei vari termini, è bene specificarli senza accomunare tutto con "aggiornamento", come alcuni anni fa.

Formazione continua: "consiste nella attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche e private accreditate ai sensi del presente decreto" (D.Lgs 229/99).

Essa comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente (D.Lgs 502/92).

Aggiornamento professionale: è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, formazione complementare... diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali¹.

Formazione Permanente: comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità tecniche e manageriali degli operatori sanitari in base al progresso scientifico e tecnologico².

¹ Autori Vari Guida all'esercizio della Professione di Infermiere Ed. Medico Scientifiche

² idem

Educazione continua in medicina: insieme organizzato e controllato di tutte le attività formative finalizzate a mantenere aggiornata la professionalità degli operatori sanitari¹

Formazione di base: dall'emanazione del 502/92 che ha riunito nell'unica sede universitaria la formazione di base degli infermieri, essa comprende di fatto il percorso formativo universitario che porta al raggiungimento di obiettivi formativi specifici per una determinata professione, fino al delinarsi della laurea in infermieristica promossa dal DM 509/99 e definita dal DI 2/4/2002 come "i laureati... gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione ostetrica che svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché dagli specifici codici deontologici.." ².

Formazione post-base: con l'abolizione del mansionario (ex DPR 225/74) da parte della legge 42/99 si profila un ambito operativo basato sulle competenze acquisite con la formazione di base ed oltre. La formazione post-base comprende i percorsi formativi specialistici indicati anche come formazione complementare, quali sono i Master di I° e II° livello da attivarsi sempre in ambito universitario.³ Si tratta di percorsi formativi di specializzazione finalizzati a far acquisire agli infermieri un avanzamento nel livello di competenze professionali specifiche maturate nei settori assistenziali.⁴

¹ Autori Vari *Guida all'esercizio della Professione di Infermiere* Ed. Medico Scientifiche

² idem

³ idem

⁴ idem

PARTE PRIMA

L'AMBITO NORMATIVO DI RIFERIMENTO DELLA FORMAZIONE CONTINUA¹

Normativa di riferimento per la formazione nel periodo antecedente all'introduzione del Decreto Legislativo 229/99 (Riforma Bindi)

La normativa sull'Educazione Continua in Medicina

Gli istituti contrattuali previsti per l'aggiornamento²

¹ Si fa riferimento alla normativa in vigore all'Aprile 2004, quando il contratto 2002-2005 non è ancora stato registrato dalla Corte dei Conti per cui non applicabile.

² Si fa riferimento al contratto 1998-2001 in attesa della firma del nuovo contratto definito come sopra.

Normativa di riferimento per la formazione continua nel periodo antecedente all'introduzione della legge 229/99 (Riforma Bindi)

Nel periodo che precede l'anno 2000, è possibile trovare alcuni riferimenti normativi in relazione all'educazione continua per gli operatori sanitari, in alcune fonti normative specifiche per il settore:

si fa riferimento al Codice Deontologico, al Profilo professionale e al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Comparto Sanità 1998-2001, il precedente datato 1995 ed al D.P.R. n°761/79. In esse si possono trovare le indicazioni, alcune tutt'ora valide, sui modelli formativi che hanno guidato gli infermieri negli anni 90.

La prima fonte che lega il personale infermieristico è sicuramente il Codice Deontologico. Per gli operatori del settore tale Codice è un documento contenente norme atte a regolare, sotto il profilo etico, l'attività e il comportamento professionale di ogni singolo professionista. Nell'ambito di questo elaborato si è ritenuto corretto far riferimento al Codice approvato nel febbraio 99¹ in quanto espressione del fermento professionale degli ultimi anni del millennio scorso e non solo dell'anno di approvazione ufficiale (basti pensare che nel 1998 si era ritenuto opportuno modificare quello diffuso nel 1995).

Già agli albori della professione infermieristica, Florence Nightingale nel suo giuramento (adottato anche dagli allievi della sua scuola) si trovano riferimenti legati allo sviluppo della professione "...farò tutto ciò che è in mio potere per elevare il livello della mia professione..."².

Oltre che ad un risvolto etico, il Codice Deontologico assume una funzione normativa con il riordino delle professioni sanitarie, culminato

¹ Codice Deontologico Italiano approvato dal Comitato centrale nel febbraio 1999

² Florence Nightingale: il giuramento davanti alla commissione dell'Ospedale Harper di Detroit 1893

nel 1999 con l'abolizione del mansionario¹ datato ormai 1974². Viene infatti annoverato il codice deontologico, unitamente al profilo professionale ed al percorso formativo effettuato, per delimitare l'ambito di azione dell'infermiere.

Analizzando il documento emerge che si tratta di un progetto complesso che non si limita a dire ciò che si è autorizzati a fare, ma gli obiettivi che l'infermiere è tenuto a realizzare.³

Nelle *Norme Generali* si tracciano le linee operative della professione dando la massima importanza alle conoscenze anche richiamando la formazione permanente e alla competenza che deve costituire il limite all'operatività.

Anche non volendo far riferimento al Codice che ci accomuna in quanto infermieri italiani, leggendo altri codici deontologici della professione infermieristica, come quello del "Consiglio Internazionale delle infermiere"⁴ dove si evidenziano "... *mediante una educazione permanente si impegna a mantenere aggiornate le sue conoscenze professionali.*"

Allo stesso modo nel codice deontologico internazionale degli infermieri Cattolici si sottolinea l'importanza di "...*sviluppare la propria cultura generale e le cognizioni professionali...*".⁵

Dai riferimenti precedenti si desume quindi che il "mantenersi al passo coi tempi" dell'infermiere è un obbligo etico, un obiettivo da perseguire. Non vengono pertanto date indicazioni quantitative o qualitative, lasciando invece al singolo qualità e quantità degli aggiornamenti da effettuare.

¹ legge 42 / 1999

² legge 225 /1974

³ Guida all'esercizio della professione infermiere III edizione Ed. Medico Scientifiche Torino pag 91

⁴ Comitato dei Servizi professionali Città dei Messico approvato nel Maggio 1973

⁵ Consiglio delle Rappresentanti nazionali del consiglio internazionale delle infermiere, Singapore agosto 1975

L'infermiere che svolge la sua professione negli anni precedenti al cambio del millennio trova quindi nel codice deontologico un riferimento vincolante nel mantenersi aggiornato, per meglio svolgere il proprio lavoro, senza però trovare numeri o precise indicazioni sul cosa e quanto aggiornarsi.

Ricercando ulteriori informazioni si può fare riferimento anche al profilo professionale adottato nel 1994 dove viene individuata la figura dell'infermiere come il responsabile dell'assistenza generale infermieristica¹. Nell'art.1 c.4 si evidenzia come *"l'infermiere...concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca."*

Il profilo professionale, vincolante per l'esercizio della professione, è un certo riferimento legislativo ed anche in esso troviamo riferimenti legati alla formazione successiva a quella di base, evidenziando come egli vi debba *"concorrere direttamente"* senza per altro fornire ulteriori indicazioni sia qualitative che quantitative.

Più specifico invece il DPR 761/79 che agli articoli n°45-46 espone come l'aggiornamento professionale sia obbligatorio e come il personale sanitario e amministrativo vi sia tenuto con finalità migliorative sia della preparazione professionale, sia della qualità del servizio. In tale sede legislativa viene anche definito una sorta di vincolo numerico: il personale che non partecipi ad attività di aggiornamento per un periodo superiore a cinque anni va soggetto a riduzione del punteggio d'anzianità in caso di concorso o di altra progressione di carriera.

¹ Decreto del Ministro della Sanità n°739/94

Troviamo ulteriori indicazioni nel Contratto Collettivo Nazionale approvato nel 1999¹ che, per quanto riguarda i principi, ricalca in parte il precedente firmato nel 1995².

Un intero capitolo, il capo III, è dedicato alla formazione e all'aggiornamento professionale definendolo una *"leva strategica fondamentale per lo sviluppo dei dipendenti e per la realizzazione degli obiettivi programmati"*³. Si definiscono due grossi filoni formativi: uno da dedicare ai nuovi assunti ed uno ai dipendenti già attivi. L'aggiornamento viene distinto in Obbligatorio e Facoltativo, dove il primo viene organizzato dall'Azienda stessa e il personale è tenuto a parteciparvi considerandolo orario di servizio a tutti gli effetti, mentre a quello facoltativo partecipa utilizzando altri istituti contrattuali che si espliciteranno di seguito. I corsi obbligatori vengono organizzati in previsione di far conseguire agli operatori il più alto grado di autonomia in relazione alle funzioni assegnategli. Le aree riguardanti l'aggiornamento sono di fatto legate alle innovazioni tecnologiche ed organizzative, ai processi di ristrutturazione e riqualificazione di personale e servizi, alle discipline di organizzazione e gestione del personale in riferimento anche a quanto suggerito dal PSN.

Tra le particolarità si nota anche che se l'aggiornamento obbligatorio programmato dall'azienda lo prevede, può essere considerato tale anche l'utilizzo di testi o riviste scientifiche, oltre all'utilizzo di supporti audiovisivi ed informatici o la partecipazione a programmi di ricerca.

L'aggiornamento facoltativo prevede invece iniziative documentabili e selezionate direttamente dal personale stesso, riguardanti l'ambito

¹ Contratto Collettivo Nazionale del Comparto del personale del SSN 1998-2001 pubblicato in G.U nel 1999

² Contratto Collettivo Nazionale del Comparto del personale del SSN 1994-1997 pubblicato in G.U nel 1995

³ Contratto Collettivo Nazionale del Comparto del personale del SSN 1998-2001 pubblicato in G.U nel 1999

professionale alle quali si accede non in orario di servizio ed a proprio carico. Qualora l'Azienda valuti l'evento in linea con la propria programmazione o particolarmente rilevante, può concorrere alle spese sostenute per l'evento.

Si fanno riferimenti precisi anche all'attività di didattica svolta dal personale del comparto proponendola sia in orario di servizio che al di fuori dello stesso, per partecipare alla formazione di base e riqualificazione del personale, sia per i corsi di aggiornamento professionale obbligatori.

La programmazione dei corsi di aggiornamento obbligatori viene però lasciata alla contrattazione integrativa, divenendo così estremamente locale, con possibili variazioni da una Azienda e l'altra.

Il quadro che si ricava da questo panorama normativo è quello quindi di ottime linee di indirizzo dal punto di vista ideologico, lasciando la massima discrezionalità al singolo operatore sulla scelta, ad esempio, dell'aggiornamento facoltativo e della obbligatorietà di frequenza riguardo a quelli obbligatori. L'argomento dell'aggiornamento obbligatorio è ben definito nella art.29 del CCNL 1998-2001, ma divenendo dal punto di vista quantitativo, argomento di contrattazione integrativa, estremamente variabile per durata, numero e qualità dei contenuti in base all'azienda. Resta comunque almeno un riferimento, specie per gli argomenti "organizzativi" dato dal PSN.

La normativa sull'Educazione Continua in Medicina

Alla fine del secondo millennio si avevano quindi come riferimenti per la propria formazione solo dei principi teorici, ma ben pochi numeri per valutare la quantità di aggiornamento da effettuare, o ridotti

termini di paragone per la qualità del progetto formativo, se non la fama dei relatori presenti o degli organizzatori.

Le fonti normative analizzate fino ad ora sono in realtà tutt'ora attive e vincolanti per i professionisti del comparto. L'unica modifica che ci si può aspettare in tempi ragionevolmente brevi è quella del contratto che viene rinnovato ogni 4 anni, anche se spesso non radicalmente modificato se non in rari casi.

Che per le professioni sanitarie fosse necessario un continuo aggiornamento, capace di avvicinare gli operatori alle novità pratiche e teoriche, è sempre stata una consapevolezza diffusa, che molti professionisti colmavano con uno sforzo individuale o sfruttando le occasioni offerte dall'industria del settore sanità. Ora la formazione cambia, diventa un diritto-dovere e troviamo in pieno 1999 decisi cambiamenti anche per gli infermieri con l'emanazione del D.Lgs 229. Con la stesura della Riforma Bindi¹ e la sua applicazione in ambito sanitario, si trovano diverse modifiche nel mondo ospedaliero ed una di questa si trova nell'articolo 14 del questo decreto legislativo che va a modificare il D.L.vo 502/92 all'articolo 16 dove si tratta esclusivamente la formazione. Si evince un quadro normativo ove si esplicitano sia le modalità per aggiornarsi, sia un anticipo sulla qualità e quantità dell'aggiornamento.² Viene data una definizione di formazione continua e di credito formativo. Si gettano le basi della Commissione Nazionale per la formazione continua, presieduta dal Ministro della Salute supportato da quattro vice presidenti appartenenti al Ministero della Salute, Università e Ricerca, Conferenza dei rappresentanti delle regioni e delle province autonome e all'Ordine dei medici e Chirurghi. Ad essi si aggiungono 25 membri appartenenti agli ordinamenti già citati a cui seguono

¹ D.Lgs 229/99 detta Riforma Bindi dal nome del Ministro Rosy Bindi che lo promosse

² art 16-ter D.Lgs 502/92

l'ordine dei farmacisti, dei veterinari, l'IPASVI, la federazione nazionale delle ostetriche, la federazione nazionale dei fisioterapisti e dei tecnici sanitari, oltre che biologi, psicologi e chimici.

Lo scopo della Commissione è definire, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni, una programmazione pluriennale riguardante gli obiettivi formativi di interesse nazionale¹ ai quali devono tendere le iniziative formative del settore sanità, gli strumenti per la valutazione delle esperienze formative ed i criteri di accreditamento dei soggetti pubblici o privati [providers] che vogliono produrre eventi formativi².

Alla commissione spetta anche il compito di definire il numero di crediti formativi che il professionista deve maturare in un arco di tempo. E' prevista anche una sorta di decentramento dell'attività di valutazione degli eventi e dei providers alle regioni che, dopo aver elaborato degli obiettivi formativi regionali in sintonia con quelli nazionali, provvedono alla programmazione e valutazione degli eventi formativi dedicati ai professionisti attivi nei servizi sanitari della regione stessa.

Nell'articolo 16-quater si fa riferimento inoltre anche alle eventuali penalizzazioni di natura economica che i contratti di lavoro futuri possono avere qualora il professionista non si attenga alle indicazioni della Commissione. Tale indicazione, che non è stata colta dal CCNL del comparto firmato nel 1999, trova riscontri nell'ipotesi di intesa del nuovo contratto del comparto per il quadriennio 2002-2005.

Si evidenzia inoltre come la partecipazione alle attività formative costituisca un requisito indispensabile per svolgere l'attività professionale sia essa dipendente o in libera professione. La Commissione viene di fatto istituita nel 2000³ e attiva la sua funzione a

¹ allegato 3

² <http://www.ipasvi.it/ecm/norme.htm>

³ Decreto del Ministro della Salute 5/7/2000

<http://ecm.sanita.it/presentazione/commissione.htm>

livello nazionale con l'istituzione di un sito web¹ attraverso il quale è possibile non solo dialogare² con gli organizzatori, ma rilevare un elevato numero di informazioni e aggiornamenti sull'argomento Ecm. Dai dati della commissione sembra che più di un milione gli infermieri abbia contribuito con domande e suggerimenti all'elaborazione dell'attuale progetto.

Scorrendo il sito web del Ministero troviamo di fatto un'innumerabile quantità di informazioni atte a rendere chiaro e motivato il nuovo percorso formativo ai professionisti della sanità.

Dopo aver definito le tre aree del sapere di una professione (sapere, saper fare, saper essere), si evidenzia come lo sviluppo rapido della scienza medica porti a cambiamenti delle realtà operative sempre più rapidi e renda la necessità di aggiornamento incalzante nel tempo. Per ovviare a questi mutamenti ed al ritmo sempre più incalzante delle informazioni che è necessario sapere (fa riferimento anche al vincolo del Codice Deontologico), in diversi paesi europei, tra cui l'Italia, sono stati implementati programmi di Educazione Continua in Medicina, comunemente detti ECM. Questi programmi possono essere definiti come l'insieme di tutte quelle attività formative (teoriche e pratiche) che hanno lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della Sanità.³

Dopo una attenta consultazione si può desumere che le categorie interessate dalla formazione continua sono quelle del personale sanitario medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella sanità, sia privata che pubblica.⁴ I professionisti

¹ <http://ecm.sanita.it/presentazione/programma.htm>

² *l'infermiere* n°2/2004 pag 3

³ <http://ecm.sanita.it/presentazione/programma.htm>

⁴ Medico chirurgo Veterinario Odontoiatra Farmacista Biologo Chimico Fisico Psicologo Assistente sanitario Dietista Educatore professionale Fisioterapista Igienista dentale Infermiere Infermiere pediatrico Logopedista Ortottista/Assistente di oftalmologia Ostetrica/o Podologo Tecnico della riabilitazione psichiatrica Tecnico

possono partecipare a qualsivoglia riunione, congresso, corso, ecc... finalizzato all'aggiornamento e miglioramento della professione sanitaria. Tali eventi entrano a far parte del programma ECM qualora tendano al fine appena esposto e trattino gli argomenti ritenuti di interesse nazionale rispondendo a determinate caratteristiche identificabili liberamente attraverso una griglia di valutazione disponibile nel sito web stesso. Nel progetto di Educazione Continua in Medicina si propone anche una nuova modalità formativa che va ad affiancarsi alla formazione tradizionale: si tratta della formazione a distanza. Non si tratta di una novità per l'ambito formativo italiano in quanto già utilizzata in altri settori come quello universitario, nelle facoltà con corsi per via telematica, o nella formazione continua dei docenti scolastici, dei quali è possibile rintracciare diverse iniziative in rete¹ con tale finalità.

La F.a.d., come viene comunemente chiamata la formazione a distanza, prevede la possibilità di seguire corsi ed eventi per via telematica senza abbandonare la propria sede di lavoro, o dal proprio domicilio. Oltre a questo ci si può avvalere di testi tradizionali o supporti audiovisivi, infatti "*...la FAD è basata sulla preparazione di eventi formativi mediante l'utilizzo di materiali durevoli (cartacei, audio, video, informatici, elettronici, multimediali) che consentono la ripetitività illimitata della fruizione in tempi e luoghi diversi*"². La FAD, intuitivamente economica dal punti di vista del rapporto allievi - docente e per le trasferte, si ritiene comunque ben utilizzabile per gli

della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
Tecnico audiometrista
Tecnico audioprotesista
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Tecnico di neurofisiopatologia
Tecnico ortopedico
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
Tecnico sanitario di radiologia medica
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
Terapista occupazionale
Ottico
Odontotecnico

¹ World Wide Web

² Criteri e modalità per l'accREDITAMENTO dei provider alla formazione a distanza (Documento approvato dalla Commissione nazionale per la formazione continua nella seduta del 25 marzo 2003)

ambiti cognitivo – teorici (il“sapere”), mentre presenta maggiori difficoltà per trasmettere le competenze (“saper fare”) e gli stili di comportamento (“saper essere”)¹.

I corsi così organizzati mantengono comunque le stesse caratteristiche dei corsi accreditati e svolti in maniera tradizionale, con parte teorica o pratica interattiva ed esame o test finale. I programmi educativi, senza distinzione tra residenziale tradizionale o a distanza, devono infatti rispondere a determinati requisiti per poter essere accreditati, *“Tutte le informazioni, indicazioni, linee guida, commenti e quant’altro costituisce il contenuto di un programma ECM (residenziale o FAD) deve essere basato sull’evidenza scientifica comunemente accettata nell’ambito dell’operatività dei professionisti della Sanità e deve essere presentato in modo equilibrato, con le indicazioni e le controindicazioni opportune...”*² oltre che rispondere ai momenti di verifica come già trattato nelle pagine precedenti in riferimento alla formazione residenziale.

L’attività formativa deve essere organizzata con una pianificazione triennale tale da consentire il raggiungimento di 150 crediti nel triennio considerato, frequentando eventi formativi trattanti argomenti compresi negli obiettivi formativi specificati come di interesse nazionale³. Per questa prima fase si è scelto di spalmare la maturazione dei crediti formativi su 5 anni invece che sui 3 previsti dal D.Lgs 502/92 art 16-ter. Per l’anno 2002 erano infatti previsti 10 crediti formativi, per il 2003 si era tenuti a maturarne 20, fino ad arrivare ai 50 del 2006.⁴ A partire dalla data di attivazione del sistema di

¹ <http://www.ipasvi.it/ecm/fad.htm>

² Criteri e modalità per l’accreditamento dei provider a la formazione a distanza (Documento approvato dalla Commissione nazionale per la formazione continua nella seduta del 25 marzo 2003)

³ <http://ecm.sanita.it/Presentazione/obiettivi.htm>

⁴ <http://ecm.sanita.it/presentazione/programma.htm>

registrazione, i 150 crediti complessivi dovranno essere acquisiti da tutte le professioni, rispettando i seguenti criteri:

1. formazione a distanza: il debito formativo previsto nel triennio potrà essere soddisfatto fino all'80% del suo ammontare complessivo con crediti ottenuti attraverso la formazione a distanza.¹
2. obiettivi di rilievo regionale: i crediti ottenuti con programmi finalizzati ad obiettivi di rilievo regionale (accreditati dalle Commissioni regionali per la formazione continua o dagli appositi organismi indipendenti costituiti dalla Regione per i professionisti residenti nell'ambito della stessa Regione) potranno soddisfare il debito formativo fino al 30% del suo ammontare complessivo².
3. eventi residenziali: i crediti acquisiti in eventi residenziali di didattica frontale (seminari, relazioni) con oltre 200 partecipanti e quelli che non prevedono la verifica dell'apprendimento possono essere utilizzati fino al 10% dei crediti complessivi del triennio.
4. crediti relativi a materie affini: i crediti acquisiti su argomenti relativi a materie o discipline affini a quelle della specialità in cui opera il professionista, o su argomenti generali (come ad es. bioetica, legislazione, informatica, etc.) possono essere utilizzati fino al 25% del debito formativo del triennio. Pertanto almeno il 75% dei crediti devono essere acquisiti nel settore professionale e specialistico in cui il professionista della Sanità opera.
5. autoformazione: non oltre il 5% dei crediti possono essere acquisiti con processi di auto-apprendimento³.

¹⁻⁵ Tutti i punti sono tratti da: Criteri e modalità per l'accreditamento dei provider a la formazione a distanza (Documento approvato dalla Commissione nazionale per la formazione continua nella seduta del 25 marzo 2003)

³ Tutti i punti sono tratti da: Criteri e modalità per l'accreditamento dei provider a la formazione a distanza (Documento approvato dalla Commissione nazionale per la formazione continua nella seduta del 25 marzo 2003)

Il credito formativo, similmente alla valutazione scolastica superiore e universitaria attuale, è un indicatore di lavoro/studio impiegato in un certo ambito, o materia se parliamo di scuola. Per la formazione continua i crediti formativi stanno a quantificare non solo il tempo impiegato per aggiornarsi, ma anche il livello qualitativo del tempo impiegato poiché a parità di ore, eventi diversi possono avere valutazione in crediti differenti per l'attinenza ad un certo obiettivo formativo piuttosto che un altro; è possibile anche che all'interno dello stesso evento formativo vi sia una valutazione ECM diversa per i professionisti presenti, in base all'attinenza dell'argomento per quella categoria professionale.¹ Inoltre, le varie tipologie di evento formativo hanno diverse possibilità di trasmettere contenuti o di impegnare lo studente nell'attività di apprendimento. Congresso o corso pratico, rilevanza dei relatori, rapporto teorico-pratico presente, sono i fattori che influenzano fortemente l'attribuzione del punteggio che sarà attribuito ai diversi eventi nell'unità di tempo che resta l' "ora". Naturalmente, il "valore" in Crediti formativi E.C.M. non deve essere visto dagli organizzatori degli eventi formativi come elemento di "giudizio" sul valore scientifico globale della manifestazione; esso indicherà invece esclusivamente la rilevanza professionale (o la non rilevanza) di quella particolare manifestazione ai soli ed esclusivi fini del programma nazionale di E.C.M., anche alla luce degli obiettivi formativi d'interesse nazionale. La valutazione degli eventi viene effettuata facendo riferimento ad una griglia di valutazione che permette di evidenziarne le caratteristiche come consone al programma Ecm, quali l'aver uno scopo ed un obiettivo dichiarati oltre che misurabile attraverso degli indicatori ed un test finale, una prova orale, scritta oppure pratica che evidenzia il raggiungimento delle conoscenze acquisite durante il corso. La verifica

¹ <http://ecm.sanita.it/presentazione/programma.htm>

dell'apprendimento costituisce un momento essenziale dell'attività ECM. Consente infatti di valutare l'efficacia formativa complessiva del programma ed anche le singole aree in cui l'efficacia formativa è stata minore. Durante la giornata si attueranno diversi sistemi di controllo della presenza, dalla semplice firma in ingresso ed in uscita, al badge elettronico, per garantire la massima partecipazione ai contenuti dell'incontro; il problema della verifica di partecipazione attiva riguarda sia la FAD sia la formazione residenziale: la presenza in aula o nella sede formativa non costituisce di per sé documentazione di avvenuto apprendimento perché non assicura né l'attenzione del partecipante né l'efficacia formativa.

Per quanto riguarda il feed-back per gli organizzatori (verifica della qualità percepita) è previsto un questionario di valutazione dell'evento che permette di esprimere una valutazione sia sui contenuti rispetto al proprio ambito lavorativo, sia alle possibili ricadute sull'attività professionale e la propria necessità di aggiornamento. La qualità di ogni programma ECM deve essere valutata in base all'indice di gradimento ex-post manifestato dagli utilizzatori. Questo parametro deve essere rilevato obbligatoriamente e pervenire al Provider da parte di ogni utilizzatore insieme al questionario per la verifica di partecipazione e di apprendimento (in mancanza non verranno assegnati crediti).

Questo iter valutativo viene di fatto attuato dietro le quinte da esperti dei vari settori professionali detti "*referees*". Essi hanno il compito di valutare i progetti formativi presentati dai provider [produttori di formazione] e consentirne lo svolgimento attribuendo i crediti formativi da associare ad ogni singolo evento; per la professione infermieristica sono circa 105 i referees segnalati da Collegi e Associazioni

¹ <http://ecm.sanita.it/presentazione/programma.htm>

professionali al Ministero della Salute¹. Per snellire questo iter procedurale che ha caratterizzato i primi anni dell'educazione Continua in Medicina, garantendo una valutazione dei vari eventi su scala nazionale, si sta avviando l'accreditamento dei Provider [produttori di eventi formativi] in modo tale da non dover valutare le singole proposte, ma il produttore in toto con gli eventi che propone, riducendo notevolmente i tempi.²

Il programma formativo, proposto come individuale, prevede la creazione di un iter pluriennale di attività formative all'interno degli argomenti proposti dalla Commissione, che ogni operatore sanitario dovrebbe elaborare e perseguire, raggiungendo anche i crediti formativi previsti nel triennio o nel quinquennio. In questo progetto formativo individuale vanno inseriti anche le occasioni in cui da discenti ci si pone come docenti per le attività formative.

I crediti formativi sono attribuiti non solo ai discenti, ma anche ai formatori in quanto si è stabilito di maturare 2 crediti formativi per ogni ora di lezione effettiva. In questo modo si possono però acquisire solamente il 50% dei crediti previsti per l'anno in corso, lasciando una parte del tempo da dedicare alla formazione anche all'aggiornamento della propria cultura.³

Di norma tutti i professionisti della sanità sono tenuti a maturare i crediti proposti, ma esistono delle deroghe per il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza ⁴, oppure che usufruiscono delle

¹ L'infermiere n° 7-8/2002 pag 2

² <http://www.ipasvi.it/ecm/futuro.htm>

³ <http://ecm.sanita.it/opsan/faq.htm#cinque>

⁴ corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, corso di formazione specifica in medicina generale, formazione complementare, corsi di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) "Piano di interventi contro l'AIDS" di cui alla Legge 5 giugno 1990, n. 135, pubblicata nella G.U. n. 132 dell'8 giugno 1990 per tutto il periodo di formazione

disposizioni in materia di tutela della gravidanza¹, ed infine che usufruiscono delle disposizioni in materia di adempimento del servizio militare². L'esonero si applica all'anno di riferimento in cui viene richiesta l'astensione dal lavoro o durante il quale si frequenta la scuola e giustifica l'intero anno di riferimento.

La frequenza dei corsi porta alla maturazione dei crediti ECM assegnati ai vari eventi e questi sono dimostrabili attraverso gli attestati che vengono consegnati dai vari provider. Al momento l'unico depositario del numero dei crediti è il professionista. Sarà sua cura conservare i vari attestati per dimostrare il conseguimento dei crediti previsti. A tutt'oggi è in via di discussione la scelta di gestire il censimento dei crediti a livello di Ordini e Collegi o in altra istituzione.

Come già anticipato anche nell'art 16-ter del D.L.gs 502/92, la formazione continua e l'attribuzione dei crediti può avere anche un aspetto regionale. La regione Emilia Romagna ha colto per prima questa opportunità elaborando a sua volta degli obiettivi formativi regionali, in linea con quelli nazionali, oltre a provvedere alla gestione in proprio dei crediti formativi accreditando le proprie aziende come provider e attribuendo Ecm agli eventi che organizzano.

Oltre alla semplicità di gestione "locale" degli Ecm regionali, nella sede bolognese della Regione si è deciso di renderli gratuiti, non facendo cioè pagare la quota che, per gli accreditamenti nazionali, va da un minimo di 258,23 € ad un massimo di 774,69 € per evento o progetto formativo. A livello regionale si sono accreditati come provider tutte le Aziende Ospedaliere, gli Istituti di Ricerca e le Aziende Usl dell'Emilia Romagna³. Per il personale che frequenta i corsi

¹ legge 30 dicembre 1971, n. 1204 (astensione obbligatoria), e successive modificazioni;

² legge 24 dicembre 1986, n. 958, e successive modificazioni

³ <http://ecm.sanita.it/presentazione/ruoli.htm#> "aziende sanitarie (aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere), I.R.C.C.S. (istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), I.Z.S. (istituti zooprofilattici sperimentali), I.S.S. (Istituto superiore di sanità),

organizzati in queste sedi, non cambia nulla in quanto i crediti formativi acquisiti a livello regionale hanno la stessa valenza di quelli nazionali. La formula regionale con la gratuità dell'accREDITamento Ecm e l'obbligatorietà della maturazione dei crediti hanno portato ad uno sviluppo delle attività formative proposte all'interno delle aziende dai diversi professionisti in numero sempre maggiore rispetto al passato¹. Questa è una delle risorse disponibili per maturare crediti Ecm per raggiungere la quota prefissata dell'anno di riferimento non solo frequentando convegni o corsi d'aggiornamento.

Il decentramento a livello regionale dell'ECM ha fatto sì che il ruolo delle aziende e strutture sanitarie in questo settore divenisse sempre più di primo piano. Data l'obbligatorietà e le stime fatte a livello nazionale dove si ritiene che gli operatori interessati da programma siano circa 800.000 , di cui 320.000 infermieri [il restante suddiviso tra 2/3 medici e 1/3 tra le restanti figure professionali] ci si rende conto della quantità di operatori che si assenteranno progressivamente dal lavoro con finalità formative. Per non dilatare ulteriormente i tempi di assenza, aggiungendo anche quelli della trasferta il sistema ECM ha proposto due strategie: l'introduzione della FAD e la formazione intra-aziendale.

L'introduzione della FAD a breve, porterà all'incontro con nuove tecnologie, proponendo la possibilità di formarsi sia sul luogo di lavoro utilizzando supporti informatici o audiovisivi, oppure dei veri e propri corsi a distanza su internet.

Esistono già diverse esperienze in questo campo sia a livello universitario che a livello del mondo dell'istruzione scolastica. Gli

I.S.P.E.S.L.(Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro), Università, Policlinici universitari, enti pubblici, case di cura private accreditate, Società scientifiche nazionali ed internazionali, Ordini e Collegi professionali e Associazioni professionali delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione”

¹ tale riferimento trova riscontro nei dati aziendali proposti nella Seconda parte

ostacoli che possono limitare lo sviluppo di tale modalità possono individuarsi a livello della diffusione delle tecnologie informatiche e la scarsa abilità nell'utilizzarla dovuta ad un ritardo nell'informatizzazione del paese stesso¹. I vantaggi sono invece diversi e si riassumono fondamentalmente nella riduzione della spesa per il corso stesso oltre che nella scelta dei tempi durante l'arco della giornata se non la riduzione di tempi e costi dovuti ai trasferimenti di sede.

Per quanto riguarda la formazione interaziendale, ad essa ci si appoggia per le tipologie ordinarie di evento formativo, con il considerevole vantaggio legato alla gestione spesso in loco sia dei discenti che dei docenti, favorendo non solo la riduzione dei tempi, ma anche l'estensione del momento formativo in più incontri tale da soddisfare le esigenze delle unità operative partecipanti. Per una Azienda accreditare il proprio programma formativo, può avere diversi aspetti positivi quali la standardizzazione dei modelli formativi residenziali, valorizzare la capacità formativa degli operatori più esperti, garantire in tempi brevi un'offerta formativa adeguata alle necessità degli utenti, compromettendo in minima misura l'attività istituzionale delle Aziende, senza eccedere nell'utilizzo delle risorse disponibili.

Senza contare che gli eventi formativi prodotti possono essere utilizzati anche da diversi enti che per dimensioni o tipologia assistenziale, non sono in grado di produrne autonomamente.

A tale scopo si suggerisce la creazione di un Centro ECM all'interno del Servizio di Formazione aziendale che segua sia l'accreditamento degli eventi formativi aziendali tout court, sia la diffusione degli stessi tramite una calendarizzazione degli stessi per consentire una scelta più mirata degli eventi da frequentare da parte dei professionisti.

¹ L'infermiere n°7/2003 pag. 21

Viene sollecitata la formazione a livello aziendale allo stesso modo in cui viene proposta l'informazione e la sensibilizzazione capillare del personale sulle tematiche ECM.

La novità dell'obbligatorietà e l'estensione a tutte le categorie professionali, richiede infatti di essere proposta adeguatamente ai vari dipendenti proprio per evitare di viverlo come un obbligo costringente e non come uno strumento di auto-valorizzazione¹.

L'intenzione è infatti quella di rendere effettivamente consapevoli gli operatori della sanità che l'aggiornamento è sì obbligatorio, ma deve comunque essere maggiormente selezionato e specifico oltre che facente parte di una strategia del nostro essere infermiere in uno specifico professionale, con obiettivi definiti che ci proponiamo di raggiungere attraverso interventi formativi mirati, per evitare la dimensione del semplice "puntificio" o raccolta di "bollini" del supermercato della formazione.

Istituti contrattuali disponibili per l'Educazione Continua

Dopo aver preso visione delle normative che rendono obbligatoria la formazione continua, si può valutare ora le disponibilità contrattuali a disposizione dei professionisti del comparto per gestire i momenti formativi.

Si può fare riferimento a questo scopo, al CCNL del comparto Sanità 1998-2001, tutt'ora di riferimento anche se approvato nel 1999².

¹ <http://ecm.sanita.it/formazione/QuartoPiano.htm>

² Per vacanza contrattuale si fa riferimento al CCNL appena scaduto fino alla pubblicazione in G.U. di quello successivo. Ai primi di Aprile 2004, periodo di elaborazione di questo lavoro, la Corte dei Conti non ha ancora deliberato a favore del Contratto Collettivo Nazionale del Comparto Sanità 2002-2005. Per tanto tutti i riferimenti presenti in questa sezione sono da intendersi come ricavati dal CCNL 1998-2001 come specificato nel testo.

Uno dei punti fondamentali di questo contratto sta nella attribuzione dell'aggiornamento svolto per conto dell'Azienda come attività lavorativa a tutti gli effetti, considerando il lavoratore in orario di servizio. I corsi d'aggiornamento vengono suddivisi in obbligatori e facoltativi. I primi sono organizzati direttamente dall'azienda e possono venire accreditati ai fini ECM se la struttura si è proposta come provider ECM almeno regionale e ne hanno le caratteristiche essenziali. I dipendenti che frequentano i corsi obbligatori sono considerati in orario di servizio a tutti gli effetti; in questo modo, "timbrando il cartellino", è possibile frequentare i corsi oltre all'abituale turno di lavoro, riducendo le assenze dal servizio. Le ore così accumulate possono essere utilizzate in giorni di recupero o monetizzate.

I corsi definiti facoltativi sono scelti sulla base di interessi specifici degli operatori e non considerati in orario di servizio. Qualora l'azienda valutasse anche successivamente, che l'evento formativo può essere considerato utile agli obiettivi prefissati, può concorrere alle spese e/o alla copertura dell'assenza. Per la frequenza di questi corsi, si può comunque attingere a diversi istituti di assenza.

Il più conosciuto è sicuramente l'istituto delle ferie. Non vengono evidenziate nel Contratto come "create" per lo scopo di frequentare aggiornamenti, infatti all'interno della programmazione delle assenze nelle unità operative sono sicuramente l'assenza meno utilizzata con questa finalità.

In realtà, con lo scopo di consentire la frequenza degli aggiornamenti facoltativi oltre che di sostenere esami o concorsi, è stato istituito il Permesso breve per aggiornamento facoltativo, da giustificare con attestato di presenza al convegno, corso o esame; nell'anno solare ce ne sono 8 a disposizione del dipendente e vengono concessi se

debitamente documentati entro un mese dalla data di astensione dal lavoro.

A questo segue l'istituto del comando, concesso dall'azienda per la frequenza di periodi formativi di particolare rilevanza richiesti dall'operatore. Se il tema formativo o il tirocinio sono di particolare interesse anche per gli obiettivi aziendali, l'azienda stessa può decidere di concorrere se non alle spese, alla copertura dell'orario di servizio del dipendente assente in comando.

Per ultimo si evidenzia il permesso di studio, conosciuto da molti come "150 ore". E' un istituto di non recente introduzione e ben conosciuto dal personale che se ne avvale di norma quando l'attività formativa è legata alla frequenza scolastica sia essa in Istituto o Università. Mentre i precedenti istituti sono previsti per i singoli dipendenti, il permesso di studio viene assegnato a livello aziendale ad una percentuale del 3% predefinita sul totale dei dipendenti, stilando una graduatoria tra coloro che ne fanno richiesta.

La denominazione popolare di "150" ore è di fatto realistica e corrisponde a 25 giorni lavorativi di 6 ore ciascuno da utilizzarsi appunto per studio nell'ambito dell'iscrizione ad un istituto riconosciuto dallo Stato.

Negli ultimi anni si è inoltre assistito anche all'utilizzo della riduzione dell'orario di lavoro, il cosiddetto Part-Time, per la frequenza di corsi di formazione post-base, gravati da un impiego di ore massiccio e difficile da sostenere con un contratto di lavoro a tempo pieno di 36 ore. In questi casi il part-time era limitato al periodo dell'obbligo di frequenza scolastica contenuto di norma entro i due anni.

Il periodo attuale ancora favorevole alla richiesta di riduzione dell'orario di lavoro, si prospetta comunque come possibile di saturazione quando le percentuali aziendali tenderanno a coprire il numero di part-time assegnabili in azienda. In questo caso diventerà

oltremodo difficile frequentare i corsi di formazione post-base che le diverse università vanno proponendo ai nuovi laureati della sanità, quali infermieri, tecnici di radiologia e terapisti della riabilitazione. La frequenza di un Master di primo livello che può arrivare a impegnare da una a due settimane al mese oltre ai tirocini obbligatori spesso in sedi diverse da quella di lavoro, comporta un'importante assenza dal servizio, non compensabile con i giorni di ferie assegnati (36gg), i permessi di studio (25gg) ed i permessi brevi (8gg) nell'arco dell'anno solare.

PARTE SECONDA

LA REALTA' DEI DATI STATISTICI DELL'AZIENDA USL DI RAVENNA

L' unità operativa di Pronto Soccorso di Faenza verso Azienda Usl di Ravenna nei dati relativi al periodo precedente l'introduzione dell'Educazione Continua in Medicina (1998-1999)

L' unità operativa di Pronto Soccorso di Faenza verso Azienda Usl di Ravenna nei dati relativi al periodo successivo all'introduzione dell'Educazione Continua in Medicina (2003)

L'impatto dell'EMC nel personale infermieristico dell'unità operativa di pronto soccorso di Faenza (il questionario anonimo agli infermieri)

Il questionario del Collegio IPASVI: considerazioni sui risultati (questionario WEB)

Elaborazione ed esposizione dei dati

Conclusioni

Progetto dell'analisi organizzativa

Come introduzione sembra corretto spiegare come si è implementata questa analisi a sostegno della tesi iniziale volta alla determinazione di un supporto oggettivo alla sensazione di un maggior impatto organizzativo a livello di unità operativa, dell'introduzione dell'obbligatorietà della formazione continua¹ in riferimento alla frequenza dei corsi ed alle ore necessarie per provvedervi e all'applicazione delle nuove evidenze proposte al rientro dal corso.

Inizialmente l'idea di utilizzare un unico questionario per gli infermieri del servizio, per raccogliere i dati inerenti alla formazione del 1998 e del 2003 era quella che sembrava la più semplice, ma un breve sondaggio verbale tra i colleghi più attenti, ha evidenziato la mancanza di "ricordo" sul dato storico anche più recente. Pertanto si è ritenuto utile rilevare i dati dall'ufficio personale che raccoglie presenze/assenze del personale a vario titolo tra cui anche la formazione. La richiesta, indirizzata all'URP², ha trovato un rapido accoglimento, dato che nel giro di una settimana sono stati consegnati gli stampati con i dati richiesti inerenti il personale infermieristico. Al ricevimento dei dati si sono però evidenziate delle discrepanze sull'informatizzazione dei dati sui tre presidi tali da rendere necessaria una ulteriore richiesta direttamente alla Formazione aziendale³. La discrepanza riguardava proprio il presidio di Faenza dove non vengono raccolti i dati inerenti ai corsi aziendali "locali", ovvero quelli frequentati all'interno dell'azienda, presso il presidio stesso ed in orario di servizio. Tale attività è invece regolarmente

¹Vedi Introduzione a pag 6

² L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, istituito grazie alla legge di riforma delle amministrazioni pubbliche 165/2001, funge da ingresso per le richieste provenienti dall'esterno dell'azienda in conformità con la trasparenza dei dati della Pubblica Amministrazione per i cittadini.

³ Servizio Formazione Aziendale, con sede a Ravenna.

documentata per gli altri due presidi ospedalieri aziendali. Sempre tramite URP si è così provveduto a integrare questa tipologia di informazione facendone richiesta al servizio di formazione aziendale, che ha provveduto ad integrare così anche i dati rilevatisi in precedenza e non estrapolabili dall'ufficio rendicontazione orari [ufficio cartellini], relativi ai corsi locali frequentati in orari di servizio dopo aver svolto un regolare turno di lavoro. Come ulteriori indicatori per evidenziare le ricadute organizzative, anche se non altamente specifici, sono stati considerati le diverse modalità accessorie per frequentare i corsi quali ferie, straordinario, confrontati con la tendenza aziendale allo scopo di evidenziare eventuali sviluppi anomali del servizio.

Il questionario¹ somministrato agli operatori del servizio ha invece avuto come obiettivo quello di rilevare l'effettivo utilizzo nella pratica quotidiana di quanto appreso durante i corsi di aggiornamento.

E' stato somministrato agli infermieri in servizio presso l'unità operativa di Pronto Soccorso Faenza². Il questionario è stato somministrato in via sperimentale ad alcuni infermieri della Medicina d'Urgenza di Faenza³ che saltuariamente effettuano qualche turno in pronto soccorso, con lo scopo di testare lo strumento. Sono stati consegnati 5 test e ne sono stati compilati il 90% del totale entro la settimana di tempo prevista per la restituzione. Non si sono rilevate difficoltà nella risposta alle domande proposte per cui sono state proposte senza modifiche agli infermieri del Pronto Soccorso.

¹ allegato n°1

² Unità operativa di Pronto Soccorso di Faenza, Direttore dr N. Di Battista, coordinatore infermieristico Sig.ra Baioni Anna Rita

³ Unità operativa di Medicina d'Urgenza di Faenza, Direttore dr N. Di Battista, coordinatore infermieristico Sig.ra Sangiorgi Elisa

Dopo una settimana i 22 questionari, consegnati personalmente al cambio turno come al gruppo pilota, sono stati ritirati tutti con una percentuale di risposta pari al 100% .

Il ritiro dopo la compilazione, per preservare l'anonimato del test, è avvenuta in una unica carpetta conservata in guardiola infermieristica.

I dati ricavati sono stati elaborati attraverso fogli elettronici che permettono sia di creare tabelle che grafici esplicativi che sono stati importati all'interno di questo elaborato.

Le riflessioni indotte dai dati, sono state successivamente elaborate in osservanza della tesi proposta che viene così ad essere supportata come si avrà modo di leggere nei paragrafi seguenti.

Dalla conferma della tesi e dai dati ricavati anche dal ben più ampio questionario somministrato via web dal Collegio IPASVI, si sono poi tratte delle conclusioni che fungono da punto di partenza per la terza parte di questo elaborato dedicata alle proposte operative basate sui risultati di questa piccola analisi osservazionale.

Dati utili per comprendere l'aggiornamento nell'anno 1998-1999 nelle unità operative di Pronto Soccorso di Faenza verso l'Azienda USL di Ravenna (dati del Servizio Formazione aziendale, Ufficio personale, Unità operative interessate)

Personale assegnato ai Servizi di Pronto Soccorso¹

1998 presidio di:	Dotazione organica del personale
Faenza	19
Lugo	21
Ravenna	31

Assenze per aggiornamento nei Servizi di Pronto Soccorso

Presidio 1998 presidio di:	Numero degli infermieri in aggiornamento esterno	Numero degli infermieri in aggiornamento interno
Faenza	0	4
Lugo	0	5
Ravenna	7	39

Assenze per aggiornamento espresse in giornate nei Servizi di Pronto Soccorso

1998 presidio di:	Giornate in aggiornamento esterno	Giornate in aggiornamento interno
Faenza	0	30
Lugo	0	34
Ravenna	21	146

¹ Dati forniti telefonicamente dai coordinatori infermieristici delle unità operative interessate.

Assenze del personale dei Servizi di Pronto Soccorso nel 1998 per istituti contrattuali

Assenza per:	permesso di studio	Aggiornamento facoltativo	Permesso breve	Aggiornamento obbligatorio
Faenza	25	0	3	3
Lugo	36	0	1	4
Ravenna	0	21	0	21

Assenze/presenze del personale dei Servizi di Pronto Soccorso nel 1999 per istituti contrattuali quali straordinario, ferie, malattia (giornate/ore)

1999	Straordinario (ore)	Ferie	Malattia
Faenza	3007	1089	237
Lugo	2606	780	264
Ravenna	1517	1149	264

Dati utili per comprendere l'aggiornamento nell'anno 2003 nelle unità operative di Pronto Soccorso di Faenza verso AUSL di Ravenna (dati del Servizio Formazione aziendale, Ufficio personale e Unità Operative interessate)

Personale assegnato ai Servizi di Pronto Soccorso nel 2003¹

2003 Presidio di:	Dotazione organica del personale
Faenza	21
Lugo	23
Ravenna	36

Assenze per aggiornamento nei Servizi di Pronto Soccorso

Anno 2003 Presidio	Numero degli infermieri in aggiornamento esterno	Numero degli infermieri in aggiornamento interno
Faenza	4	12
Lugo	24	61
Ravenna	5	188

Assenze per aggiornamento espresse in giornate
nei Servizi di Pronto Soccorso

Anno 2003 Presidio	Numero degli infermieri in aggiornamento esterno	Numero degli infermieri in aggiornamento interno
Faenza	4	18
Lugo	28	150
Ravenna	12	234

¹Dati forniti telefonicamente dai coordinatori infermieristici delle unità operative interessate.

Assenze del personale dei Servizi di Pronto Soccorso nel 2003 per istituti contrattuali in giorni

Assenza per:	permesso di studio	Aggiornamento facoltativo	Permesso breve	Aggiornamento obbligatorio
Faenza	25	4	3	5
Lugo	25	0	2	22
Ravenna	41	11	0	9

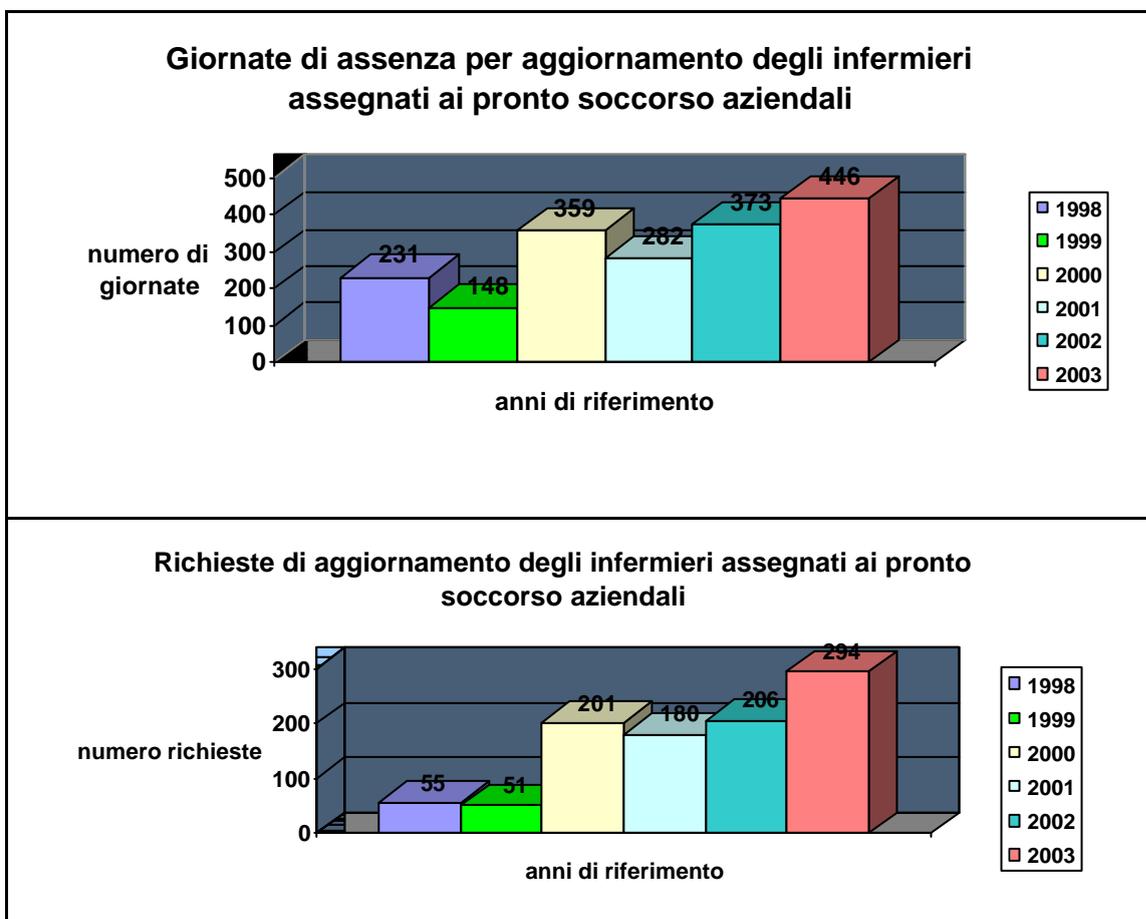
Assenze/presenze del personale dei Servizi di Pronto Soccorso nel 2003 per istituti contrattuali quali straordinario, ferie, malattia (giornate/ore)

Assenza per:	Ferie	Malattia - infortuni	Straordinario
Faenza	1147	736	2353
Lugo	1056	451	1447
Ravenna	1457	403	1306

Tendenza Aziendale negli ultimi anni

Richieste di permessi per aggiornamento e giornate di assenza effettuate dal personale dei servizi di Pronto Soccorso Aziendali (Faenza, Lugo, Ravenna)

Anno di riferimento	numero richieste	numero delle giornate
1998	55	231
1999	51	148
2000	201	359
2001	180	282
2002	206	373
2003	294	446



Assenze/presenze del personale dei Servizi di Pronto Soccorso per istituti contrattuali quali straordinario, ferie e malattia (giornate/ore)

FAENZA	Ferie godute	Malattie ed infortuni	Straordinario
1999	1089	237	3007
2000	1027	464	2145
2001	1143	551	1890
2002	1308	469	2364
2003	1147	736	2353
Valori medi annui	1142	491,4	2351

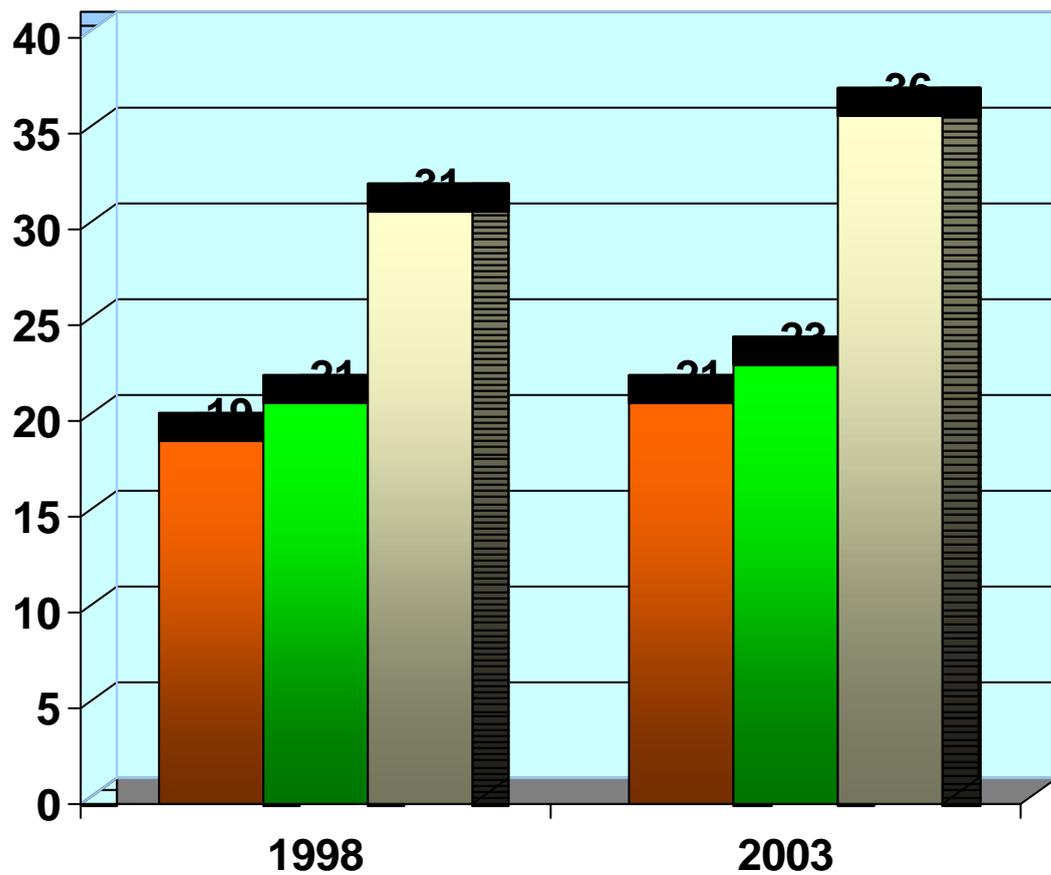
LUGO	Ferie godute	Malattie ed infortuni	Straordinario
1999	780	264	2597
2000	933	457	1560
2001	956	321	1174
2002	889	370	944
2003	1056	451	1447
Valori medi annui	922	372,6	1833

RAVENNA	Ferie godute	Malattie ed infortuni	Straordinario
1999	1149	264	1517
2000	1188	324	1295
2001	1337	339	1676
2002	1379	353	1301
2003	1457	403	1306
Valori medi annui	1302	336,6	1419

GRAFICI DI CONFRONTO VISIVO DEI DATI RILEVATI

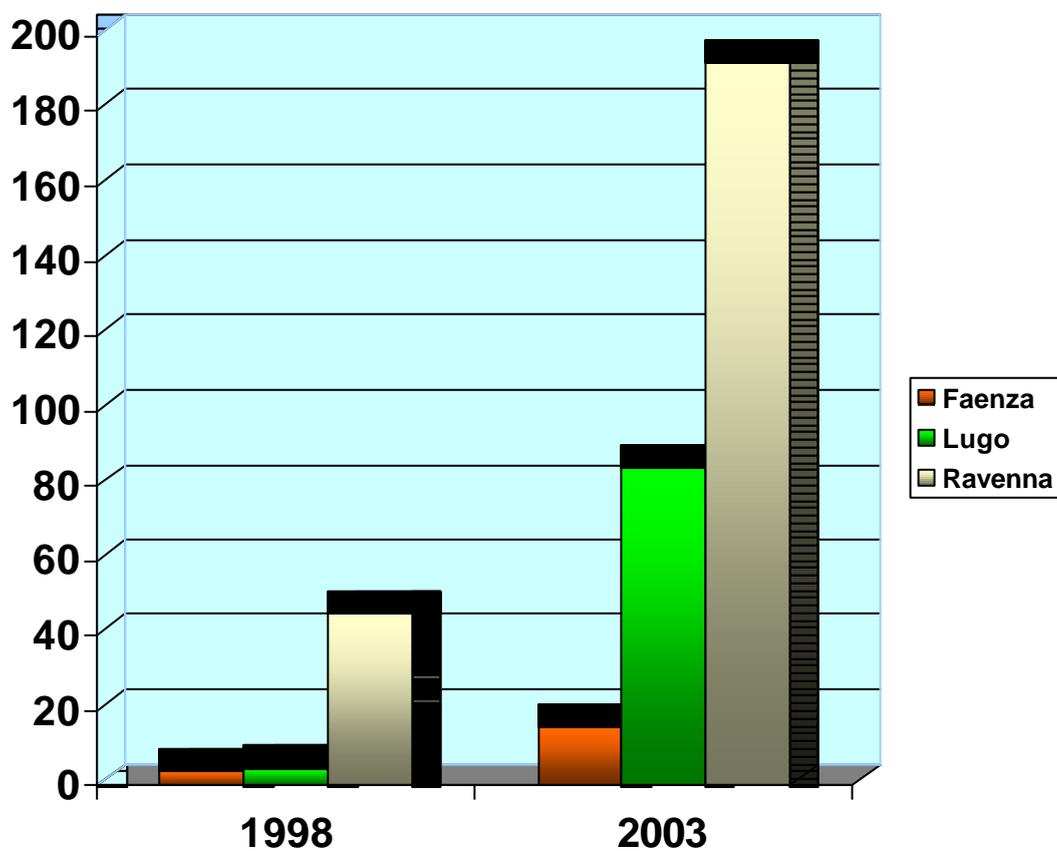
Personale assegnato ai Servizi di Pronto Soccorso nel 1998 e 2003

Presidio	Dotazione organica degli Infermieri nel 1998	Dotazione organica degli infermieri nel 2003
Faenza	19	21
Lugo	21	23
Ravenna	31	36



Assenze per aggiornamento effettuate dal personale dei Servizi di Pronto Soccorso

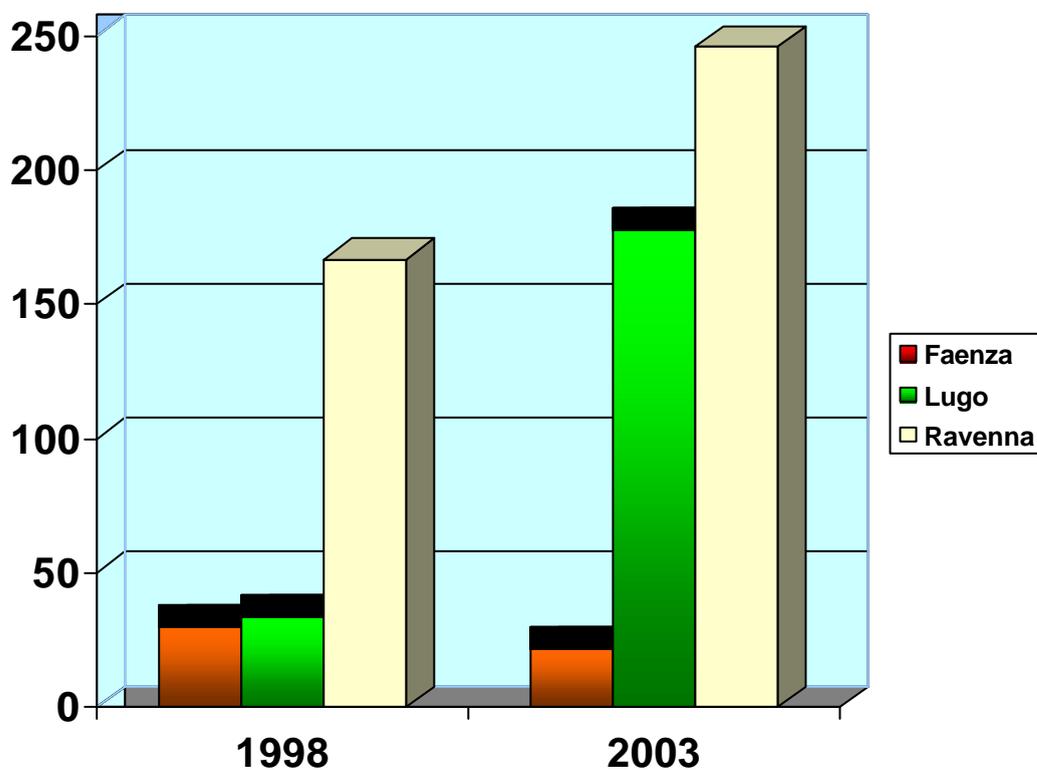
Presidio	Numero delle richieste nel 1998	Numero delle richieste nel 2003
Faenza	4	16
Lugo	5	85
Ravenna	46	193



Giornate di assenza per aggiornamento effettuate dal personale dei Servizi di Pronto Soccorso nel 1998 e 2003

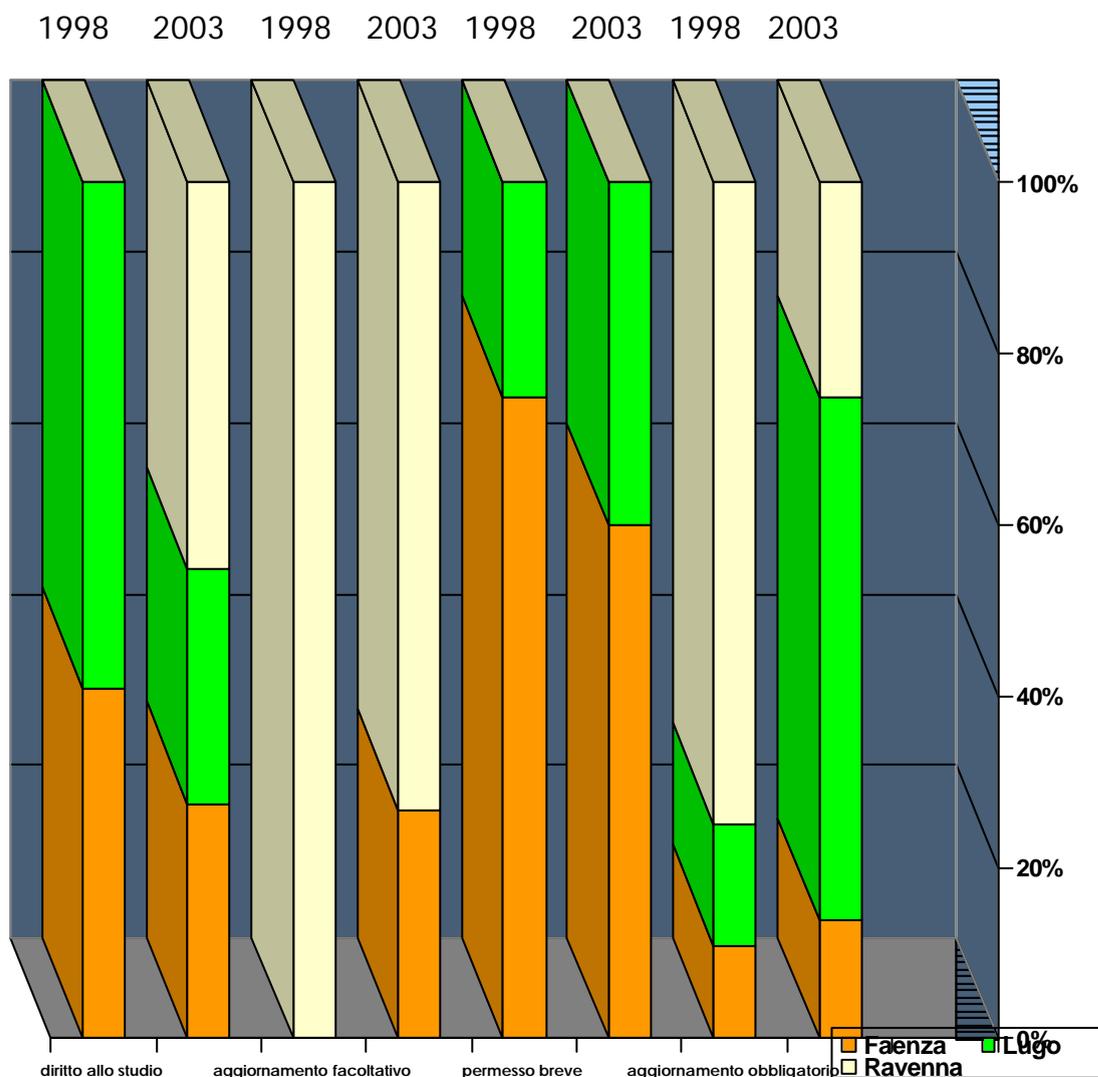
Presidio	Numero delle giornate di assenza per aggiornamento esterno		Numero delle giornate di assenza per aggiornamento interno	
	1998	2003	1998	2003
Faenza	0	4	30	18
Lugo	0	28	34	150
Ravenna	21	12	146	234

Giornate complessive di assenza per aggiornamento



Assenze del personale dei Servizi di Pronto Soccorso nel 1998 e 2003 per istituti contrattuali

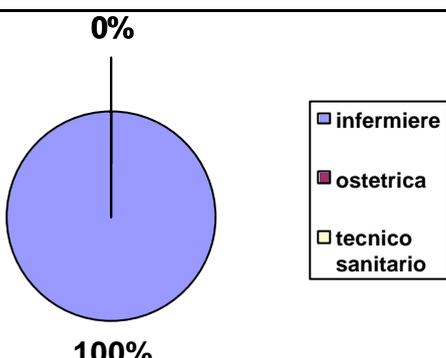
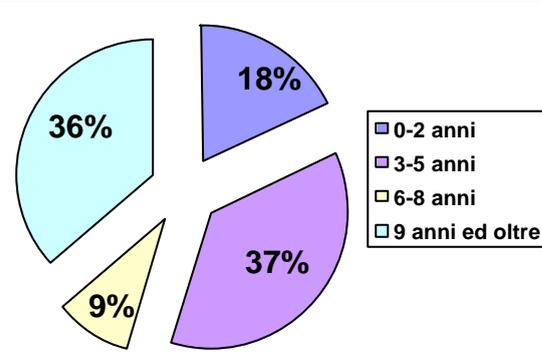
Assenza per:	Permesso di studio		Aggiornamento facoltativo		Permesso breve		Aggiornamento obbligatorio	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Faenza	25	25	0	4	3	3	3	5
Lugo	36	25	0	0	1	2	4	22
Ravenna	0	41	21	11	0	0	21	9



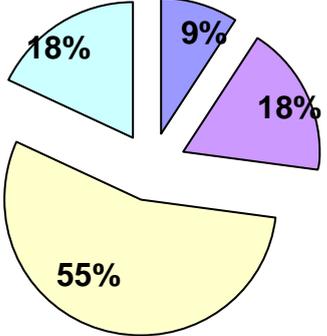
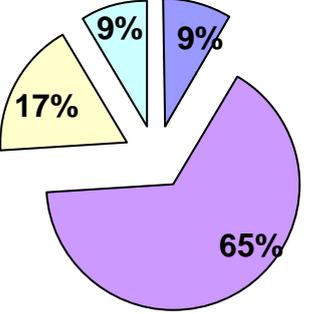
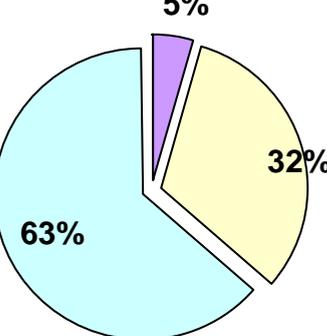
L'impatto dell'EMC nel personale infermieristico dell'unità operativa di pronto soccorso di Faenza

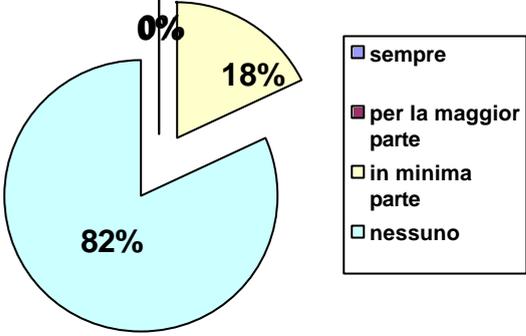
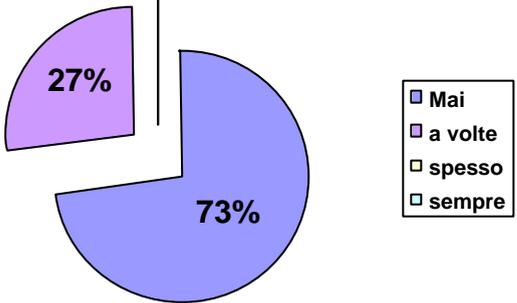
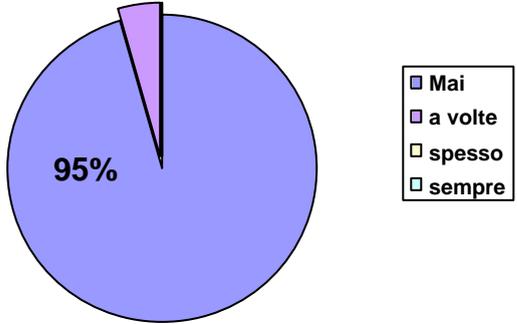
Le risposte ai 22 questionari anonimi consegnati agli infermieri

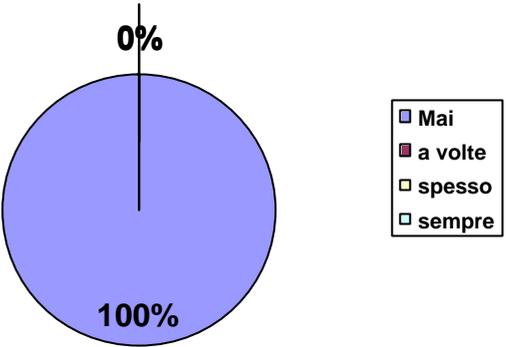
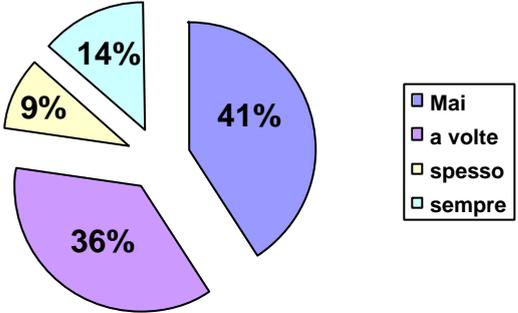
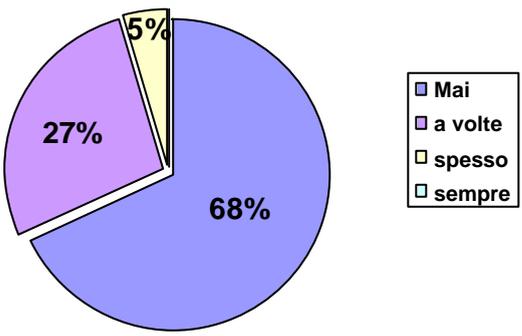
Informazioni generali

Qualifica professionale:		infermiere			
		22			
Da quanto tempo lavora nell'attuale pronto soccorso?		0-2 anni	3-5 anni	6-8 anni	9 anni ed oltre
		4	8	2	8

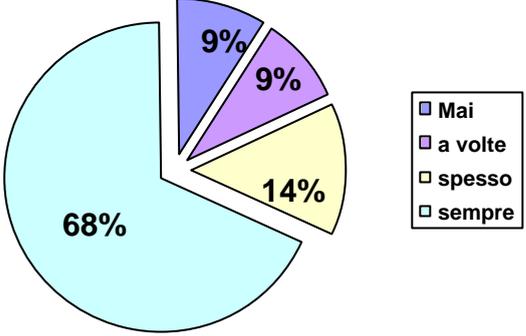
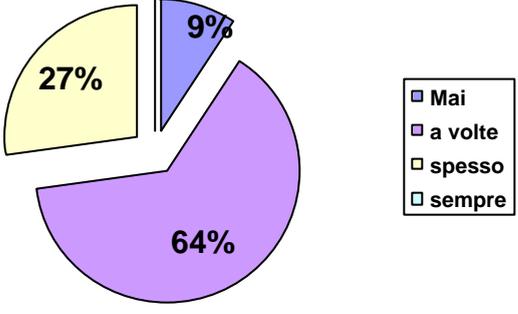
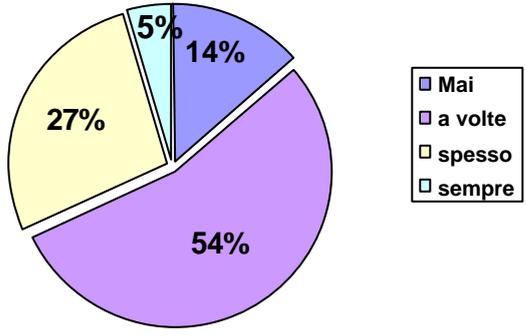
Percezione dell'attuale

Quanti punti ECM ritiene di aver accumulato a tutt'oggi?	Non a sufficienza (meno di 15)	Il minimo indispensabile (30 - 40)	In pari - oltre 40	Non so quante ne ho
 <p> <input type="checkbox"/> Non a sufficienza (meno di 15) <input type="checkbox"/> Il minimo indispensabile (30 - 40) <input type="checkbox"/> In pari - oltre 40 <input type="checkbox"/> Non so quante ne ho </p>	2	4	12	4
Ha frequentato corsi che organizzava la sua azienda nel 2003?	sempre	per la maggior parte	in minima parte	nessuno
 <p> <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> per la maggior parte <input type="checkbox"/> in minima parte <input type="checkbox"/> nessuno </p>	2	15	4	2
Ha frequentato corsi all'esterno della sua azienda nel 2003?	sempre	per la maggior parte	in minima parte	nessuno
 <p> <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> per la maggior parte <input type="checkbox"/> in minima parte <input type="checkbox"/> nessuno </p>	0	1	7	14

Ha frequentato corsi fuori regione nel 2003?	sempre	per la maggior parte	in minima parte	nessuno
 <p>A pie chart with four segments. The largest segment is light blue, representing 'in minima parte' at 82%. A smaller yellow segment represents 'per la maggior parte' at 18%. Two very small segments, one white and one black, represent 'sempre' and 'nessuno' respectively, both at 0%.</p>	0	0	4	18
Le è capitato, nel 2003, di frequentare corsi di argomento poco attinente all'unità operativa nella quale lavora con lo scopo di accumulare "punti"?	Mai	a volte	spesso	sempre
 <p>A pie chart with four segments. The largest segment is blue, representing 'Mai' at 73%. A smaller purple segment represents 'a volte' at 27%. Two very small segments, one white and one black, represent 'spesso' and 'sempre' respectively, both at 0%.</p>	16	6	0	0
La frequenza agli aggiornamenti è stata fatta utilizzando:				
Permesso di studio (150 ore)	Mai	a volte	spesso	sempre
 <p>A pie chart with four segments. The largest segment is blue, representing 'Mai' at 95%. A very small purple segment represents 'a volte' at 5%. Two very small segments, one white and one black, represent 'spesso' and 'sempre' respectively, both at 0%.</p>	21	1	0	0

Permessi brevi ("8gg")	Mai	a volte	spesso	sempre
	22	0	0	0
Congedo per aggiornamento obbligatorio	Mai	a volte	spesso	sempre
	9	8	2	3
Ferie	Mai	a volte	spesso	sempre
	15	6	1	0

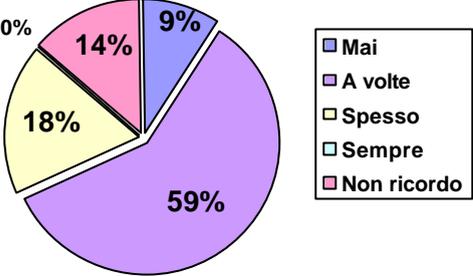
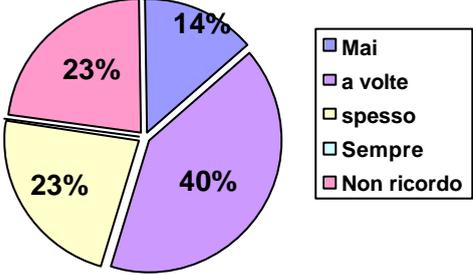
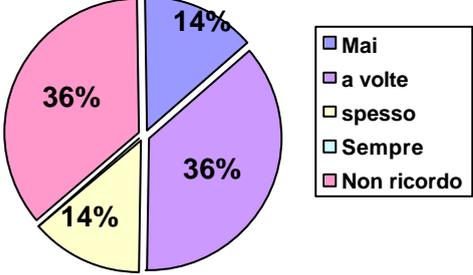
Orario di servizio	Mai	a volte	spesso	sempre
<p>A pie chart with four segments: a blue segment (18%), a purple segment (23%), a yellow segment (32%), and a cyan segment (27%). A legend to the right identifies the categories: Mai (blue), a volte (purple), spesso (yellow), and sempre (cyan).</p>	4	5	7	6
Le modalità di finanziamento dei corsi d'aggiornamento del 2003 è stata:				
Spese proprie	Mai	a volte	spesso	sempre
<p>A pie chart with four segments: a large blue segment (73%), a purple segment (27%), a very small cyan segment (0%), and another very small purple segment (0%). A legend to the right identifies the categories: Mai (blue), a volte (purple), spesso (yellow), and sempre (cyan).</p>	19	3	0	0
Spese proprie rimborsate dalla Ausl	Mai	a volte	spesso	sempre
<p>A pie chart with four segments: a large blue segment (68%), a yellow segment (18%), a purple segment (9%), and a cyan segment (5%). A legend to the right identifies the categories: Mai (blue), a volte (purple), spesso (yellow), and sempre (cyan).</p>	15	2	4	1

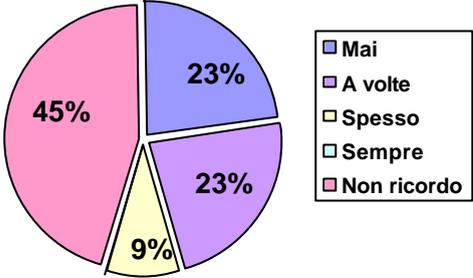
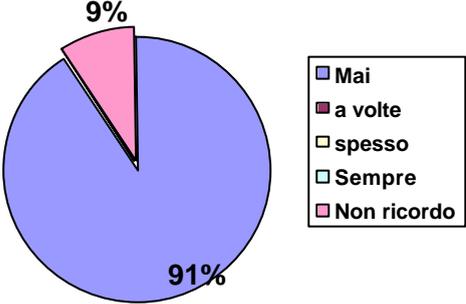
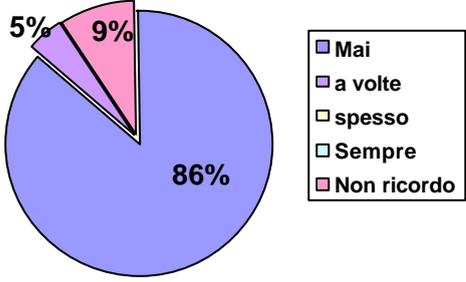
Gratuiti	Mai	a volte	spesso	sempre
 <p>68% 14% 9% 9%</p> <p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> a volte <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> sempre </p>	2	2	3	15
Applicazione dei contenuti				
Alcuni aggiornamenti hanno provocato dei mutamenti nella sua attività professionale?	Mai	a volte	spesso	sempre
 <p>64% 27% 9%</p> <p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> a volte <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> sempre </p>	2	14	6	0
Se sì, è riuscito ad applicarli nell'unità operativa in cui lavora...				
Solo a livello personale (è cambiato solo il suo modo di lavorare)	Mai	a volte	spesso	sempre
 <p>54% 27% 14% 5%</p> <p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> a volte <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> sempre </p>	3	12	6	1

A livello di unità operativa (è cambiato i modi di lavorare dell'unità operativa)	Mai	a volte	spesso	sempre
<p>41% 45% 9% 5%</p> <p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> a volte <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> sempre </p>	9	10	1	2
Non è possibile applicarlo né singolarmente né a livello di unità operativa	Mai	a volte	spesso	sempre
<p>14% 45% 41%</p> <p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> a volte <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> sempre </p>	3	10	9	0

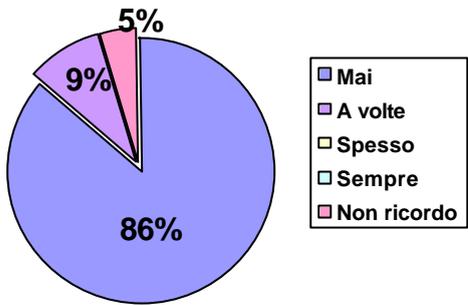
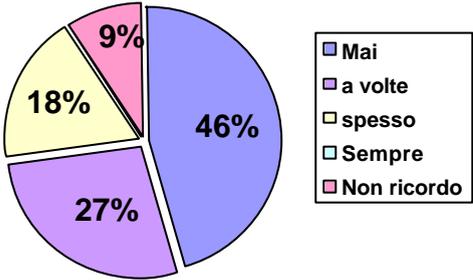
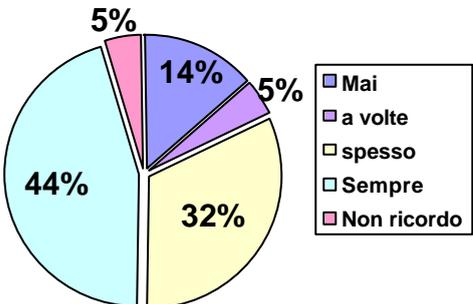
Percezione del precedente

L'argomento dei corsi frequentato prima dell'avvento ECM (es. 1998) era attinente all'unità operativa dove lavorava al momento del corso?	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
<p>9% 27% 50% 14%</p> <p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> a volte <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> sempre </p>	2	6	11	3	0

Alcuni aggiornamenti provocarono dei <u>mutamenti</u> nella sua attività professionale?	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
 <p>0% 14% 9% 18% 59%</p> <p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Non ricordo </p>	2	13	4	0	3
Qualora lo ricordasse, era riuscito ad applicarli nell'unità operativa in cui lavorava:					
Solo a livello personale (è cambiato solo il suo modo di lavorare)	Mai	a volte	spesso	Sempre	Non ricordo
 <p>14% 23% 23% 40% 23%</p> <p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> a volte <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Non ricordo </p>	3	9	5	0	5
A livello di unità operativa (è cambiato il modo di lavorare dell'unità operativa)	Mai	a volte	spesso	Sempre	Non ricordo
 <p>14% 36% 14% 36% 36%</p> <p> <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> a volte <input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Non ricordo </p>	3	8	3	0	8

Non è possibile applicarlo né singolarmente né a livello di unità operativa	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
 <p> ■ Mai ■ A volte ■ Spesso ■ Sempre ■ Non ricordo </p>	5	5	2	0	10
La frequenza agli aggiornamenti è stata fatta utilizzando:					
Permesso di studio (150 ore)	Mai	a volte	spesso	Sempre	Non ricordo
 <p> ■ Mai ■ a volte ■ spesso ■ Sempre ■ Non ricordo </p>	20	0	0	0	2
Permessi brevi ("8gg")	Mai	a volte	spesso	Sempre	Non ricordo
 <p> ■ Mai ■ a volte ■ spesso ■ Sempre ■ Non ricordo </p>	19	1	0	0	2

Congedo per aggiornamento obbligatorio	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
<p> 37% 27% 18% 9% 9% </p> <p> ■ Mai ■ A volte ■ Spesso ■ Sempre ■ Non ricordo </p>	8	6	4	2	2
Ferie	Mai	a volte	spesso	Sempre	Non ricordo
<p> 45% 41% 5% 9% </p> <p> ■ Mai ■ a volte ■ spesso ■ Sempre ■ Non ricordo </p>	10	9	1	0	2
Orario di servizio (aggiornamento in sede)	Mai	a volte	spesso	Sempre	Non ricordo
<p> 14% 14% 32% 40% </p> <p> ■ Mai ■ a volte ■ spesso ■ Sempre ■ Non ricordo </p>	3	7	9	3	0

Le modalità di finanziamento dei corsi frequentati erano:					
Spese proprie	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
 <p> ■ Mai ■ A volte ■ Spesso ■ Sempre ■ Non ricordo </p>	19	2	0	0	1
Ferie Spese proprie rimborsate dall' Ausl	Mai	a volte	spesso	Sempre	Non ricordo
 <p> ■ Mai ■ a volte ■ spesso ■ Sempre ■ Non ricordo </p>	10	6	4	0	2
Gratuiti	Mai	a volte	spesso	Sempre	Non ricordo
 <p> ■ Mai ■ a volte ■ spesso ■ Sempre ■ Non ricordo </p>	3	1	7	10	1

Riflessione sui dati raccolti a supporto della tesi iniziale "si evidenziano ricadute organizzative nell'unità operativa di Pronto Soccorso di Faenza dopo l'introduzione della normativa ECM"

Prendendo visione dei dati esplicitati nei grafici si possono trarre alcune conclusioni relative al pronto soccorso di Faenza preso in esame in questo elaborato.

Dall'avvento dei crediti formativi si è evidenziata una importante crescita delle giornate formative richieste dagli operatori assegnati al pronto soccorso, confermato anche dalla tendenza aziendale e non particolarmente giustificato dall'aumento del personale assegnato al servizio. L'aumento delle richieste di astensione dal lavoro per attività formative è quadruplicato, mentre l'aumento del personale assegnato è del 11%. Da notare anche il mantenimento entro certa media del servizio delle ore di straordinario effettuate, in crescita subito dopo l'introduzione della normativa ECM, ma senza picchi eccessivi, giustificate in parte dall'aumento di assenze per malattia o infortunio. Nell'ultimo quinquennio si evidenziano i valori dell'anno 2002 di 2364 ore e dell'anno 2003 di 2353 ore che sono in rialzo rispetto alle 1890 ore del 2001, ma che sono in linea con la media degli ultimi 5 anni che si attesta intorno a 2351 ore.

Parte di queste ore sono quindi da attribuirsi anche alla frequenza di aggiornamenti effettuati in orario di servizio come risulta dai questionari somministrati ai dipendenti: solo il 18,1% (4 operatori) riferisce di non aver usufruito dell'orario di servizio. Le ore effettuate possono sia essere azzerate come pagamento, o recuperate, con conseguente aumento delle giornate di assenza del personale.

Si evidenzia invece come poco utilizzata la possibilità di usufruire dei giorni di permesso per aggiornamento facoltativo, utilizzabili se supportati da documentazione giustificativa: dai questionari emerge infatti l'abitudine alla frequenza di corsi locali, organizzati dall'azienda

stessa e non soggetti a questo tipo di istituto di assenza. Si evidenzia come vi sia un riduzione di questi anche nei servizi che li utilizzavano, ad esempio Ravenna che dalle 21 richieste di permesso per aggiornamento facoltativo nel 1998, scende a 11 nel 2003, mentre a Faenza dall'assenza di richieste nel 1998, si porta a 4 nel 2003. Anche se sembra essere una variazione, di fatto è un minoranza rispetto al totale dei corsi effettuato nel servizio.

E' verosimile che l'aumento di assenze con questa modalità è incentivabile solo con adeguata pubblicità e la frequenza di corsi esterni all'azienda stessa: questi restano comunque facoltativi e spesso a pagamento, è pertanto verosimile che non vengano effettuati se non in casi sporadici o eccezionali.

L'aumento delle assenze per impegni formativi non è sovrapponibile ad quello delle altre realtà aziendali dal punto di vista numerico, dato che risulta minoritario, tuttavia mostra un quadro di tranquilla crescita delle richieste di astensione dal lavoro per effettuare formazione che ha raggiunto le quote in crediti richieste, con richieste di assenze o ore di straordinario esplicitate, ma che non si discostano esageratamente dai dati degli anni precedenti forniti dall'azienda. L'aumento di 22,5 ore di straordinario pro-capite nel 2003 rispetto al 2001, anno con la stessa dotazione di personale, ma senza l'obbligo formativo ECM, potrebbe essere imputabile per esempio la copertura delle circa 20 ore dovute per accreditare i 20 crediti previsti per l'anno indicato. Troviamo infatti che il 54,5% del personale ritiene di avere già 40 crediti o oltre all'attivo, mentre il 18,1% ritiene di averne il minimo indispensabile (tra 30 e 40), solo una piccola minoranza del 9% afferma di aver conseguito in questi anni meno di 15 crediti associandosi ad un gruppo del 18,1% che afferma di non sapere quanti crediti effettivamente ha accumulato.

E' comunque vero che la quota di straordinario pro-capite nel servizio analizzato (Pronto Soccorso di Faenza) si discosta dalla tendenza aziendale degli altri pronto soccorsi, ma va paragonata anche alla media di assenze per malattia/infortuni decisamente più alta rispetto alle altre anche storicamente. Basti pensare al Pronto Soccorso di Lugo, simile per attività, bacino d'utenza e assegnazione di personale, che vanta un quota straordinario di 1833 ore di straordinario medie negli ultimi cinque anni contro le 2351 di Faenza, una quota pro-capite di circa 83 ore ad infermiere all'anno contro le circa 118 ore ad infermiere per Faenza¹.

A giustificazione di questo va portata una assenza media annua di 491,4 giorni (25 pro-capite) per malattia/infortuni a Faenza, contro 372,6 giorni (17 pro-capite) a Lugo².

La frequenza di corsi in orario di servizio e all'interno della struttura ospedaliera stessa emerge essere la modalità quindi più diffusa di aggiornamento, anticipando così quelli che sembrano essere i suggerimenti visti nel nuovo contratto nazionale della sanità per il comparto. Dal questionario emerge infatti che il 77,2% ha frequentato per la maggior parte se non sempre, corsi organizzati dalla propria azienda lasciando la restante percentuale ai corsi all'esterno dell'azienda e fuori regione.

Tenendo conto che nel 2004 è necessario raccogliere circa 30 crediti formativi e che i valori medi regionali per l'attribuzione di crediti formativi per ora di lezione è assimilabile a "1 credito ogni ora"³ sono da considerarsi con approssimazione circa 30 ore per ogni operatore, pari a circa 5 giorni di assenza qualora fossero a recupero e non a

¹ Valori medi ottenuti dividendo la media di straordinario degli ultimi 5 anni per il numero medio di infermieri assegnati negli stessi anni.

² Idem come sopra, ma con i valori delle assenze per malattia/infortuni

³ dato recepito dalla formazione aziendale - AUSL Ravenna

pagamento, aumentando così le previsioni di assenza dell'anno precedente.

Fino ad ora sono stati richiesti di fatto 10 crediti e 20 crediti per gli anni 2002 e 2003, con un corrispettivo di circa 2 e 3 giorni di assenza¹ e dai dati aziendali, confrontati con quanto raccolto nei questionari, questo sembra aver dato origine ad un graduale, ma contenuto aumento dello straordinario e di riflesso alla necessità di sostituire il personale qualora ritenesse di dover recuperare le ore in eccesso piuttosto che metterle in pagamento. Nel caso specifico, proiettando i dati raccolti nel 2005 e 2006, con i rispettivi 40 e 50 crediti con 7 e 9 giorni di assenza² si andrebbe sicuramente ad incidere diversamente sull'assenza globale dal servizio³ o sullo straordinario, a differenza dello dato storico evidenziato (2 e 3 giorni a testa di assenza o a recupero). Tra le diverse tipologie di corsi quelli maggiormente frequentati sono organizzati dall'azienda ed il dato elevato di "in orario di servizio" li specifica come frequentati presso il proprio Presidio Ospedaliero⁴. Persistono le frequenze in "aggiornamento obbligatorio esterno" che posta i dipendenti al di fuori dell'azienda, ma con numeri decisamente minimi. Questo viene supportato anche dalla scelta dei corsi gratuiti facendo fronte raramente al pagamento proprio se non rimborsato dall'azienda. Questa formula è scelta infatti spesso o sempre dal 81,8% degli operatori che hanno contribuito al questionario, mentre la modalità di pagamento personale viene

¹ Valutato considerando una giornata lavorativa di 6 ore rispetto alle 36 settimanali

² idem

³ il calcolo delle assenze in proiezione è effettuato nella parte successiva di questo elaborato

⁴ L'azienda Ausl di Ravenna è composta da tre presidi ospedalieri distanti circa 30 Km l'uno dall'altro in una sorta di triangolo geografico e fulcro di storico e cultura sanitaria profondamente diversa con in conseguenti problemi gestionali che ne conseguono. E' di fatto una delle AUSL più grandi della regione, non considerando l'area vasta e va dalla Riviera Adriatica alla Toscana.

negata dal 83,6% degli infermieri, con la restante percentuale del 16,4% che ammette di avere pagato di tasca propria.

L'ambito specifico di aggiornamento viene usualmente rispettato e la tendenza sembra pressochè invariata dal periodo precedente l'introduzione dell'EMC dato che il 72,2% degli infermieri afferma di non aver mai frequentato corsi non attinenti con lo scopo di "fare punti" mentre nel dato relativo al periodo pre-ECM si evidenzia un valore intorno al 63% riguardo alla frequenza di corsi attinenti e un dato se pur minimo del 9% che afferma di non aver mai frequentato corsi attinenti, dato per altro non rilevato nella percezione dell'attuale frequenza formativa.

Nel valutare invece le ricadute sull'agire quotidiano si notano alcune fotografie interessanti della realtà come viene percepita dagli operatori.

Pur aumentando l'applicazione delle novità professionali da parte del singolo operatore, egli ammette oggi di modificare a volte o spesso nel 90,9%, il proprio modo di lavorare dopo un corso d'aggiornamento, contro il 77,2% del 1998.

Quella che cambia sensibilmente è la percezione delle possibilità di cambiamento dell'unità operativa di fronte alle novità scientifiche presentate al pubblico. Infatti il 40,9% percepisce come impossibile cambiare qualcosa a livello dell'unità operativa nei dati raccolti in riferimento al 2003, mentre per il 1998 solo il 22,7% avverte questa restrizione a livello di unità operativa in coloro che hanno ammesso di ricordare tali informazioni, limando tale dato data la percentuale del 34,8% che ammette di non ricordare se ci sono state o no possibili applicazioni in pratica di quanto appreso.

Il cambiamento di un singolo comunque si evidenzia in un sistema piccolo come l'unità operativa, ma la sensazione di non poter cambiare o introdurre le novità, avvertita dagli operatori è un dato da

evidenziare quando rilevato nei riferimenti inerenti all'anno appena trascorso; con tale dato di fatto si apprezza un quadro di aggiornamento a livello personale delle informazioni, senza la divulgazione tra i colleghi che ne permetterebbe l'attecchimento nell'unità operativa di appartenenza.

A queste affermazioni si aggiunge un ulteriore dato, cioè l'impossibilità di applicare i contenuti a livello sia personale che di unità operativa, dato che il 45,4% ritiene che a volte non sia applicabile né singolarmente né in unità operativa quanto appreso, mentre il 40,9% ritiene che spesso questa inapplicabilità duplice si verifichi, mentre uno sparuto 13,6% ritiene che siano effettivamente sempre applicabili. Questa percezione riguardo quanto appreso nella frequenza dei corsi precedenti all'introduzione della normativa ECM, viene falsata da una sostanziosa percentuale di "non ricordo" legata al trascorrere degli anni (34,8%). Viene effettivamente da pensare che i corsi frequentati siano tali da fornire solo aggiornamento teorico e poco basati su diversi schemi comportamentali o pratici o di argomento prettamente medico e con scarsi riflessi infermieristici.

Conclusioni

Nel confrontare passato e futuro si può sicuramente affermare che l'aumento dell'aggiornamento è in atto, ma che nel servizio analizzato non si è effettuata una corsa indiscriminata per conseguire crediti formativi a tutti i costi pur evidenziando l'aumento degli aspetti organizzativi analizzati quali assenze dal servizio, ore di straordinario, applicazione nell'unità operativa delle nuove tendenze infermieristiche. Lo straordinario ha effettivamente avuto un graduale aumento di pari passo con l'introduzione e l'aumento dei crediti richiesti. La specificità dei corsi viene salvaguardata dagli operatori stessi che scelgono gli eventi formativi con attinenza al proprio specifico professionale nella maggior misura possibile. Si da la

precedenza alla gratuità dei corsi ed alla frequenza nelle immediate vicinanze del luogo di lavoro, privilegiando il proprio presidio ospedaliero, confermando così anche la tendenza nazionale. La scelta di effettuare corsi in orario di servizio non ha fino ad ora innalzato particolarmente la quota straordinario globale, pur essendo richiesti pochi giorni d'aggiornamento rispetto ai 9 circa dei prossimi anni che, se frequentati nella stessa modalità potranno innalzare il monte ore straordinario. A tali conclusioni va comunque aggiunto che a volte la quota ore è superiore ai crediti richiesti e per tanto le assenze possono essere superiori se paragonate ai crediti effettivamente acquisiti. Il recepimento prevalentemente personale delle novità formative porta a concludere che venga a mancare un momento di confronto e divulgazione di gruppo sugli eventi formativi frequentati, tale da permetterne la diffusione critica nell'unità operativa.

Il questionario del Collegio IPASVI: considerazioni sui risultati (questionario WEB¹)

Il sondaggio sull'esperienza degli infermieri riguardo all'ECM, dai risultati dell'indagine 2003 dell'IPASVI, resi pubblici sul sito web della Federazione. Dall'indagine sono state tratte alcune domande (e le relative percentuali di risposta) che potevano in qualche modo essere utili alla stesura della terza parte di questo elaborato. Le domande non considerate, sono disponibili sul sito [ilPASVI²](http://www.ipasvi.it) e riguardano la localizzazione geografica o la gestione dei costi degli ECM; non sono state esposte in quanto l'azienda considerata in seguito appartiene ad una unica area geografica e per la gestione dei costi si fa riferimento solo alla gestione aziendale e non personale o privata.

L'indagine è stata svolta sui circa 11.000 questionari compilati, pari al 3,2% della categoria.

In essa si rilevano dati utili sulle tendenze della categoria, che per quanto intuitibili, sono così supportati da dati statistici oggettivi.

L'88% dei partecipanti sono dipendenti ospedalieri pubblici, per cui le risposte sono utili anche alla realtà operativa trattata nella terza parte di questo elaborato.

Il 57% ritiene i corsi abbastanza utili, a cui si aggiungono il 17,4% che lo ritengono molto utile. Tenendo presente che il 97,9% ha partecipato a qualche evento ECM, tale valutazione suggerisce che i $\frac{3}{4}$ degli infermieri sono realmente interessati alle attività formative, anche se solo il 42,3% considera corretta l'obbligatorietà dei crediti. Va comunque considerato che tale vincolo di legge era in precedenza

¹ Allegato 2

² <http://www.ipasvi.it>

supportato da un vincolo etico contenuto nel Codice Deontologico, per cui comunque presente.

Per quanto riguarda la provenienza delle informazioni si evidenzia come il 38,1% abbia ricevuto notizia dei corsi dalle singole strutture e non dall'azienda, presente in numero trascurabile (0,9%).

Tale origine informativa viene vissuta invece come prioritaria nell'immaginario infermieristico, tanto che il 74,2% ritiene di competenza dell'azienda e della struttura precipuo compito quello dell'informazione riguardo ai corsi.

Sarà quindi tema di sviluppo la capillarizzazione delle informazioni riguardo agli eventi formativi utili a certi ambiti lavorativi.

Alla domanda sull'essere favorevole agli sponsor privati, il 72,8% ha accettato di buon grado la partecipazione di finanziatori esterni agli eventi, per quanto sia possibile affermare che comunque gli infermieri sono meno coinvolti in questo aspetto data la prevalenza delle case farmaceutiche tra gli sponsor.

Un interessante quesito viene posto sugli aspetti che dovrebbe trattare l'ECM: la capacità clinica viene suggerita dal 58,3% dei partecipanti, la capacità relazionale dal 18,9%, l'aspetto gestionale dal 13%. Nonostante tutto la pratica clinica quotidiana continua a richiedere continui aggiornamenti dato lo sviluppo della scienza medica ed infermieristica, non si potrà non tenerne conto nello stilare una programmazione di eventi formativi, senza trascurare anche gli altri aspetti indagati.

Per quanto riguarda le preferenze sul luogo di svolgimento dei corsi, l'88% indica la struttura di appartenenza, affiancata da un 9,9% che preferisce l'esterno e un sorprendente 2,1% per chiede il canale internet.

Essendo il 2004, sicuramente il canale internet dovrebbe svilupparsi tramite la FAD anche a regime, mentre le strutture possono far

riferimento sia ai progetti formativi intra-aziendali suggeriti e supportati dal programma ECM sia nazionale che regionale.

Da notare che si tratta di struttura intesa come "all'interno della struttura nella quale operi", per cui l'88% è pronto a frequentare esattamente il proprio luogo di lavoro e di questo va tenuto conto nella programmazione di aziendale su molteplici sedi di servizio.

La valutazione complessiva dell'attività ECM è contrastata, oltre il 70% la giudica poco sostenibile economicamente, per il 60% poco compatibile con l'attività lavorativa, mentre il 65% addirittura poco spendibile nella pratica quotidiana e il 57% poco adeguata alle attuali esigenze. Tra gli elementi positivi si nota come il 70% ritenga comunque validi i contenuti, mentre l'80% la giudica utile e il 60% indispensabile.

Tenere conto di queste valutazioni fa pensare a diverse strategie per ovviare a quelli che sono effettivamente i timori più diffusi.

Per ovviare all'aspetto economico che in molti avvertono come particolarmente oneroso, si possono ritenere adeguati i suggerimenti riguardo ai corsi intra-aziendali come suggerito in precedenza e in questo modo si può cercare di ovviare anche alla percezione di scarsa compatibilità con l'attività lavorativa. Per quanto riguarda le spendibilità sul lavoro e l'adeguatezza vanno attentamente valutate in virtù del fatto che l'aggiornamento va effettuato nell'effettivo settore di appartenenza e adeguato alla propria realtà lavorativa per essere effettivamente efficace.

PARTE TERZA

PROPOSTE PER LA GESTIONE DELLA FORMAZIONE NELL'UNITÀ OPERATIVA ALLA LUCE DELL'ELABORAZIONE DEI DATI E DEL QUADRO NORMATIVO

Dai dati statistici alla realtà:

le conseguenze dell'Educazione Continua in Medicina che emergono nell'unità operativa esaminata.

Le nuove tendenze: l'aggiornamento organizzato all'interno del servizio e l'educazione agli adulti.

Una proposta operativa per il Pronto Soccorso di Faenza.

Dai dati statistici alla realtà:

le conseguenze dell'Educazione Continua in Medicina che emergono nell'unità operativa esaminata.

Il coordinatore di una unità operativa può essere coinvolto nell'analisi dei dati in precedenza esposti e valutare quali ricadute di tipo organizzativo ci possono essere nella unità operativa che coordina. In base al Regolamento dipartimentale e del Servizio Infermieristico e tecnico che è applicato si troverà a collaborare più o meno intensamente con il coordinatore di dipartimento che, nel caso specifico dell'Azienda USL di Ravenna¹ è colui che "[si] ...assume la responsabilità della... individuazione del bisogno formativo del personale di competenza e valutazione della ricaduta sulla organizzazione...". Per quanto riguarda il coordinatore di unità operativa "contribuisce allo sviluppo ed alla valorizzazione del personale dell'unità organizzativa di appartenenza attraverso il costante aggiornamento delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali nonché la promozione e l'adozione di modelli organizzativo assistenziali adeguati".²

Il ruolo del coordinatore diviene così una risposta organizzativa al fabbisogno di integrazione che diverse figure professionali richiedono in unità operative sempre più complesse. L'essere inoltre responsabile dei risultati assistenziali e organizzativi dell'unità operativa, oltre che leader del gruppo, lo porta a considerare un crescente numero di dati che fotografano la realtà dell'organizzazione che coordina. Tra questi troviamo anche quelli relativi alla formazione che possono, come è capitato all'avvio di questo elaborato, possono essere incompleti, per cui vanno integrati con altre fonti.

¹ atto deliberativo Ausl Ravenna n°971 e n°972 28/11/2003

² Tratto dal Regolamento del Servizio Infermieristico, Tecnico e Ostetrico della AUSL di Ravenna.

I dati quantificano ed in alcuni casi, se opportunamente combinati, qualificano la l'attività prodotta da un servizio; è possibile inoltre generare proiezioni¹ per avere una previsione per il futuro basandosi sui dati attuali. Lo scopo dell'analisi dei dati da parte del coordinatore di Unità operativa deve essere quello di prendere visione dei risultati assistenziali e organizzativi, ma non delle singole prestazioni erogate all'utente o paziente. Se il coordinatore infermieristico non decide sulle singole prestazioni da erogare al malato (ambito di responsabilità dell'infermiere), il contenuto della sua responsabilità si gioca sulla sua utilizzazione di risorse disponibili per raggiungere un insieme di risultati assistenziali dell'unità operativa (obiettivi annuali di unità operativa e dipartimentali).

Per adottare comportamenti adeguati ed adempiere al proprio ruolo, il coordinatore conosce il contenuto dell'attività infermieristica, progetta strumenti e metodiche assistenziali, collabora all'addestramento e alla formazione del personale responsabile delle prestazioni all'utente in quell'unità operativa. Difficilmente si può controbattere l'affermazione che la capacità della struttura di erogare servizi adeguati ai bisogni dipende essenzialmente dalle caratteristiche del personale esistente. Tecnologie e struttura hanno sicuramente una loro rilevanza, ma sono le competenze, le conoscenze ed i comportamenti del personale nello svolgere le proprie attività a determinare in modo rilevante la quantità e la qualità delle prestazioni.

Tutto ciò per evidenziare che, di concerto con il coordinatore di dipartimento, il coordinatore di UO si troverà a fare i conti con un elemento esterno quale la normativa ECM che in un qualche modo va ad alterare gli equilibri precostituiti dell'organizzazione-sistema da

¹ <http://www.freeforumzone.com> "glossario" di infermieri.net

lui coordinata, generando cambiamenti e assestamenti su valori ed equilibri diversi dai precedenti.

In questo caso l'elemento scatenante il cambiamento è una norma di legge per tanto non ignorabile o trascurabile, è per altro particolarmente specifica, dato che riguarda proprio la formazione del personale sanitario e ne sancisce l'obbligatorietà. Si può di fatto solo prendere atto di questo intervento esterno, ma resta alla nostra autonomia la capacità di rilevare come il sistema a reagito ad esso, con lo scopo di evitare o correggere tendenze negative nella ricerca dell'equilibrio del sistema.

Oltre a questo elemento, il nuovo contratto¹ ulteriormente influenza l'equilibrio raggiunto della nostra unità operativa proponendo che *"l'azienda o ente garantiscono l'acquisizione dei crediti previsti dalle vigenti disposizioni di legge... nell'ambito della formazione obbligatoria. Il personale che vi partecipa è in servizio a tutti gli effetti ed i relativi oneri sono a carico dell'azienda o ente... la formazione deve essere strettamente correlata alle attività di competenza..."*².

I primi due elementi che il coordinatore si trova a dover valutare come conseguenza dell'ECM, sono proprio la necessità da parte dell'azienda di fornire sufficienti opportunità formative³ ai dipendenti e la pertinenza delle attività formative con lo specifico campo d'attività.

E' difficile che la formazione aziendale, per quanta disponibilità di personale possa avere, riesca a fornire eventi formativi a sufficienza per soddisfare le esigenze di pertinenza e crediti per tutti i professionisti dell'azienda. Si rende necessario una sorta di decentramento

¹ CCNL comparto sanità 2002-2005 attualmente al vaglio della Corte dei Conti per la parte finanziaria, mentre per la parte normativa non vi sono appunti di sorta.

² Idem art. 20 c.2

³ idem art. 20 c.4

dell'offerta formativa sia per quanto riguarda l'organizzazione dei corsi stessi, sia per quanto riguarda le tematiche da trattare. A supporto di tale "devolution" del sistema formativo vanno i dati rilevati sia dai questionari locali che dalla ben più ampia raccolta dati del Collegio IPASVI, che evidenziano la preferenza a frequentare eventi formativi presso la propria sede di lavoro.

La tendenza aziendale evolutasi in questi due anni ha portato all'organizzazione di circa 450 eventi formativi nell'ultimo anno.¹

Nell'equilibrio dell'unità operativa interviene quindi questa "produzione" di eventi formativi atti a soddisfare la necessità di crediti e pertinenza formativa richieste dagli operatori.

La collaborazione con il coordinatore di dipartimento per raggiungere tale obiettivo, può comportare diversi livelli di coinvolgimento che spaziano dalla rilevazione dei bisogni formativi della propria unità operativa all'elaborazione dei corsi veri e propri in risposta ai bisogni evidenziati tenendo presenti gli obiettivi di reparto e dipartimento, nella scelta delle priorità che si rendono necessarie quando si dispone di un budget solitamente limitato.

Per far fronte a tale impegno anche se vissuto spesso come collaborativo e poco come propositivo, il Presidio Ospedaliero di Faenza si è dato una organizzazione specifica nell'ambito della formazione, esplicitato in una nota del direttore dr Richard Bettè che sollecita la definizione dei Referenti per la Formazione dei Dipartimenti, ma anche degli Animatori della Formazione per ogni Unità Operativa in rappresentanza o meglio a riferimento del comparto e della dirigenza. Troviamo pertanto due operatori che animano la

¹ Dott.sa Paola Tosi: lezione frontale agli animatori della formazione del 18/5/03 Presidio Ospedaliero di Faenza.

² 2/10/2003 nota sull'aggiornamento inviata ai direttori di dipartimento ed al dirigente del servizio infermieristico di articolazione tratto dalla documentazione del corso di cui sopra.

formazione a livello dell'unità operativa raccogliendo proposte e formulando progetti formativi che scaturiscono dalle esigenze stesse dei professionisti, permettendo la raccolta delle richieste necessarie alla elaborazione del programma formativo annuale dipartimentale. Anche se il coordinatore è stato coinvolto per ricoprire tale ruolo, la maggior parte delle Unità Operative ha preferito delegare ad un infermiere tale funzione di animatore che, se pur in collaborazione con il coordinatore stesso, si raffronta con il Referente per la Formazione del Dipartimento stesso per il comparto. Questa facoltà di delega espressa dai coordinatori si basa di fatto anche su concetti ben più ampi del semplice "un lavoro in meno da fare", infatti le teorie dell'empowerment dilagano anche in sanità e questo della formazione può essere un primo settore di applicazione. A supporto di questo si può citare una affermazione di Mario Spatafora *"...I leaders non raggiungono il successo da soli, ma con l'assistenza di tutte le persone impegnate nei loro progetti di lavoro; per questo motivo diventa di fondamentale importanza incoraggiare la collaborazione, costruire il gruppo di lavoro e potenziare la capacità dei singoli, dando spazio alle iniziative personali..."*¹

L'obbligatorietà dei crediti aveva creato in alcuni operatori diversi malumori, legati prevalentemente alla modifica delle loro abitudini formative, o carenza di queste. Tutto ciò è stato vissuto come un cambiamento e come tale osteggiato (spesso accade quando si deve lasciare il vecchio per il nuovo) pur considerando che una possibile soluzione esiste: *"qualsiasi processo di cambiamento andrà incontro a completo fallimento se non verranno coinvolti coloro che dovranno esserne i protagonisti"*².

¹ <http://www.cestor.it/home.htm> Mario Spatafora "Leadership: mito, tradizione e realtà"

² <http://www.cestor.it/home.htm> Mario Spatafora "Formazione a distanza e open learning"

Un altro aspetto che il coordinatore si troverà a valutare è quello della obbligatorietà della frequenza e raggiungimento dei crediti, quindi la necessità per un certo numero di infermieri di assentarsi o ripresentarsi oltre il servizio, per adempiere a tale obbligo. La ricerca bibliografica in apertura dell'elaborato evidenzia quelli che sono gli istituti contrattuali che supportano la frequenza degli aggiornamenti del personale, evidenziando come esistano di fatto modalità corrette per frequentare anche corsi di aggiornamento che non sono in linea con gli obiettivi aziendali o di dipartimento, pur conservando le quote ECM assegnate.

I dati proposti dall'analisi organizzativa e dal Collegio Ipasvi evidenziano la preferenza alla formazione locale e la scarsa disponibilità degli operatori al "fuori casa" dando la preferenza ai corsi di una giornata. Ciò può tranquillizzare un coordinatore che vedrebbe sfumare parte del budget nel coprire le spese di contorno all'evento formativo piuttosto che nell'evento formativo stesso.

L'obbligatorietà dei crediti porta comunque ad acquisire un certo numero di ore di impegno formativo, quantificato in crediti anche se gli operatori decidono di formarsi all'interno dell'azienda. Ancora meglio se si stimola la frequenza dei corsi, pur in orario di servizio, senza intaccare le presenze nelle unità operative per l'assistenza. La possibilità di auto produrre formazione evidenziata nel punto precedente, serve anche a questo: all'organizzare eventi in tempi e modi consoni agli operatori di certi servizi per non intaccarne l'attività lavorativa già minata da anni di carenze di personale comuni un po' a tutti i settori professionale dell'assistenza diretta al paziente. Sia che il dipendente frequenti oltre il proprio orario di servizio, quindi come straordinario, sia che si riesca a provvedere alla sostituzione all'interno

¹ Riepilogo giustificativi elaborato dall'Ufficio presenze-assenze Ausl Ravenna

del turno di lavoro, è comunque possibile valutare l'impegno in ore o in giorni che la frequenza a tali eventi ha richiesto e richiederà negli anni a venire.

Se nel 2002, primo anno di formazione a regime, sono stati richiesti solo 10 crediti formativi, con una assenza prevedibile intorno alle 10 ore pro-capite¹, in una unità operativa come quella del Pronto Soccorso di Faenza con 21 infermieri assegnati, si possono rilevare di fatto circa 210 ore dedicate alla formazione che vanno o pagate o recuperate, ma che incidono poco nell'arco di un anno di sostituzioni essendo questo totale solo il 13,8% dell'orario di un solo dipendente. Già nel 2003 l'impegno previsto aumenta e la quota ore sale a circa 20 per ogni operatore. Nell'anno in corso con i 30 crediti e pari (forse) ore richieste, si raggiunge la quota totale di 630 ore; il 2005 ed i suoi 40 crediti e un totale forse in difetto, di 840 ore già supera il debito orario di un part-time a 18 ore settimanali senza particolari vincoli d'orario (756 ore reali annue²), mentre il 2006 ed i suoi 50 crediti comporterà per i 21 operatori del Pronto Soccorso un carico di ore intorno a 1050, poco distante dall'orario effettivo di un operatore turnista a tempo pieno che si assesta intorno a 1506 ore medie all'anno. Se per completezza il coordinatore volesse inserire un valore di assenza media per malattia più vicino alla realtà dell'unità operativa³ e non i 14 giorni che vengono dati didatticamente come media generica⁴, si dovrebbero considerare 25 giorni di media che portano all'orario di servizio reale di 1440 ore annue per operatore.

¹ i valori ora-ecm sono calcolati con le formule dell'accreditamento in Emilia Romagna, che prevedono un assegnazione di un punteggio in ecm da 0,75 punti/ora a 1,15 punti/ora.

² L'orario reale di lavoro è ottenuto sottraendo dalle ore annue potenziali, le assenze per ferie, malattia media, festività a recupero, pari a 1512 ore per un turnista a tempo pieno e 756 per un operatore part-time che conservi il privilegio di ferie e festivi.

³ Ricavato dai dati aziendali a pagina 51 di questo elaborato

⁴ Dato fornito dal S.I.T del Policlinico di Modena per le lezioni sulla gestione dei turni di lavoro del Personale

Pur essendo semplici previsioni basate su dati forniti dalla Regione dalla Azienda stessa, si può già notare come la sostituzione del personale in formazione, o il recupero delle ore che verranno effettuate in straordinario per lo stesso motivo porti a togliere unità a tempo pieno dalla disponibilità per le sostituzioni di ferie e malattie. E' comunque facilmente riscontrabile come i calcoli fatti siano estremizzati, dato che un certa percentuale di operatori usualmente preferisce non recuperare lo straordinario, ma farselo pagare, limitando così le necessità di sostituzione per i recuperi. E' evidente però che pur cercando di convincere il 50% degli operatori a farsi pagare le ore in eccesso, nei prossimi anni ci troveremo ugualmente con l'equivalente di un operatore almeno part-time impegnato nelle sostituzioni al personale in aggiornamento. Fonti sicuramente autorevoli considerano la formazione come un investimento riguardante il personale e non un costo: questo deve essere lo "spirito guida" che unitamente ai dati purtroppo oggettivi che segue la contrattazione del budget per la formazione del dipartimento o dell'unità operativa. Fungendo da animatori e organizzatori della formazione ci si rende presto conto che sono necessarie risorse non solo economiche, ma anche di personale che permettano a chi desidera spendersi in tale ambito, di fruire delle opportunità formative proposte.

Esiste un ulteriore aspetto che il coordinatore può trovarsi ad analizzare come "effetto collaterale" dell'introduzione dell'ECM, anche se questo si può evidenziare per i corsi di formazione in generale e non solo di quelli "accreditati". Si tratta delle modifiche organizzative o del lavoro dei professionisti legate all'introduzione delle nuove evidenze scientifiche apprese o di nuovi modelli o schemi

comportamentali che corsi e convegni propongono ai diversi operatori.

E' pur vero che non tutto va preso per certo, ma va almeno approfondito criticamente, dato che, ad esempio, diverse organizzazioni del lavoro che appaiono estremamente funzionali in un servizio, possono essere deleterie in un altro. Resta comunque il fatto che se le evidenze proposte sono basate su studi seri e affidabili, difficilmente sarà possibile ignorarle. Dai dati raccolti con il questionario si è evidenziato come l'aggiornamento assimilato dai diversi operatori abbia avuto in diverse occasioni, un'applicazione puramente personale, senza il coinvolgimento dell'unità operativa. Questo evidenzia alcune considerazioni che meritano l'attenzione del coordinatore e dell'animatore della formazione, dato che in questa azienda è stato nominato nelle diverse unità operative.

La prima riguarda l'impossibilità che il cambiamento dell'attività di un infermiere non modifichi di fatto, anche se lentamente quella di diversi altri, sempre prospettando comportamenti assistenziali corretti o migliorativi. Vuoi per imitazione critica o semplicemente per il diverso consumo di materiale o presidi, il cambiamento anche dei singoli, di fatto diviene dell'unità operativa, almeno dal punto di vista del coordinatore che la gestisce nella sua totalità. Queste piccole modifiche possono non essere facilmente percepite dai singoli, ma accade diversamente al coordinatore che tratta l'unità intera. La resistenza al cambiamento che si può incontrare quando il comportamento nuovo sembra richiedere più fatica che il vecchio¹, viene superata velocemente se il nuovo semplifica o è di una utilità evidente rispetto al vecchio comportamento, diversamente il processo di cambiamento è più lento ad attuarsi. La sensazione di

¹ Dott.sa Franca Capotosto "appunti per le lezioni al master di management per infermieri, tecnici e ostetriche di 1° livello" 2002-2004

“restrizione” che i dati fanno rilevare per l’applicazione degli aggiornamenti sulle discipline infermieristiche nell’unità operativa di appartenenza, deve essere superata e l’animatore delle formazione unitamente al coordinatore devono prodigarsi in tal senso, coinvolgendo quanto più personale possibile nella organizzazione dei momenti formativi, sia implementando un ritorno informativo per tutta l’unità operativa collegato a quegli eventi che possono essere frequentati da pochi e non da tutti.

Un ultimo punto che si può tracciare tra queste considerazioni è la possibilità di stimolare gli operatori “anziani” (sono numerosi quelli che sono in servizio in Pronto soccorso da oltre 9 anni) a fungere da formatori nell’unità operativa verso i nuovi infermieri, pur essendo questi ultimi raramente dei nuovi assunti. Rimane inoltre da evidenziare che se il personale, specie se già ben inserito e ricco di esperienze del settore dell’emergenza, segue in momenti distinti dal turno di lavoro, l’acquisizione di contenuti, abilità e comportamenti, da parte dei nuovi assegnati, si avrà un turno di lavoro più fluido e meno attese dovute alle spiegazioni di rito o alla didattica sul campo che in certe situazioni non si può applicare, mettendo in pericolo persone e operatori.

Oltre a questo si fanno avanti diverse nozioni di base alla formazione che, in questi casi, è indirizzata agli adulti e che sembra essere di basilare importanza nel far accettare e implementare le novità professionali agli operatori. L’implementazione delle novità nei servizi sarà sicuramente graduale e a volte lenta, ma trae beneficio dalla percezione di “giusto”, “facile”, “è proprio vero”, “ho imparato a...” che i corsi pratici, basati sulle esperienze reali o realistiche, ci portano ad esprimere facendoci sentire meno allievi e più collaboratori rispetto alle lezioni scolastiche, abbandonate anni fa.

Le nuove tendenze: l'aggiornamento organizzato all'interno del servizio e l'educazione agli adulti.

Come si è detto, l'attività formativa si capillarizza nei dipartimenti e unità operative. Sono diversi gli aspetti che tale risvolto assume nella vita quotidiana del reparto e quello di cui siamo certi è che l'intensificazione della formazione porta a gestire un numero elevato di adulti professionisti che negli anni a venire sempre più procederanno spediti nei meandri della formazione.

L'aggiornamento all'interno delle strutture sanitarie si rivolge infatti a personale adulto e carico di esperienze pregresse, sia formative che lavorative. La formazione veniva proposta fino ad una decina di anni fa come affiancamento a personale già esperto¹.

Successivamente si sono implementate alcuni metodi educativi che tengono conto dei nuovi concetti introdotti dalla androginia.

L'esplicitazione di questi concetti si giustifica all'interno di questo elaborato proprio come uno strumento per meglio integrare discenti e aggiornamento, tentando di aumentare la possibilità di utilizzo degli aggiornamenti appresi nella pratica quotidiana, costruendo eventi formativi che si avvicinino per pertinenza all'ambito professionale specifico, ma anche siano pertinenti alla tipologia di allievo che frequenta l'evento formativo.

Da circa vent'anni, alcuni studiosi stanno compiendo ricerche per mettere a fuoco i tratti distintivi di una disciplina ancora poco diffusa, ma che costituisce il necessario punto di partenza per lo sviluppo di una nuova efficacia della formazione.

La formazione degli adulti pone problemi le cui soluzioni sono molto diverse da quelle che si danno alla formazione dei bambini.

¹ LA FORMAZIONE DEGLI ADULTI di Alberto Marano <http://www.cestor.it>

Tra i fattori di specificità della persona che apprende consideriamo (vedi Knowles) quelli particolari derivanti dall'età adulta. ¹

? Il bisogno di conoscere

Gli adulti sentono l'esigenza di sapere perché occorre apprendere qualcosa, prima d'intraprendere l'apprendimento. Tough (1979) ha scoperto che quando gli adulti iniziano ad apprendere qualcosa per conto loro investono una considerevole energia nell'esaminare i vantaggi che trarranno dall'apprendimento.

? Il concetto di sé del discente

Gli adulti hanno un concetto di sé come persone responsabili delle loro decisioni. Una volta raggiunto questo stadio, desiderano essere trattati e considerati come persone capaci di gestirsi autonomamente. Se pensano che altri stiano cercando di imporre loro la propria volontà, la respingono; nel momento in cui si trovano ad affrontare un'attività etichettata "formazione" tornano al condizionamento ricevuto nelle loro precedenti esperienze scolastiche: incrociano le braccia, si siedono e dicono: "Insegnatemi, se siete capaci".

? Il ruolo dell'esperienza del discente

Gli adulti hanno esperienze di formazione con un vissuto personale maggiore delle persone più giovani perché hanno accumulato più esperienze.

? La disponibilità ad apprendere

Gli adulti sono disponibili ad apprendere ciò che hanno bisogno di sapere e saper fare per far fronte alle situazioni della loro vita reale.

¹ questi paragrafi ed i seguenti sono tratti da "LA FORMAZIONE DEGLI ADULTI" di Alberto Marano <http://www.cestor.it>

? L'orientamento verso l'apprendimento

In contrasto con l'orientamento centrato sulle materie, caratteristico dei bambini, quello degli adulti è centrato sulla vita reale.

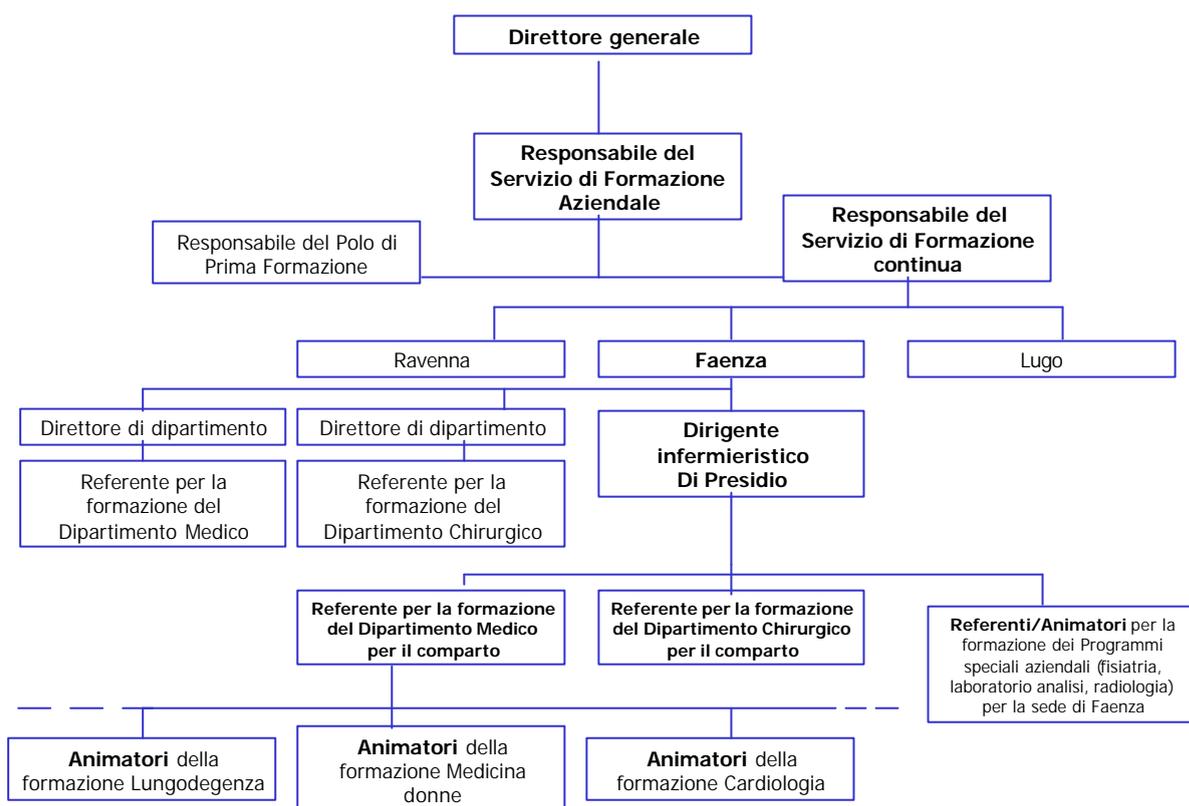
? La motivazione

È errato pensare che gli adulti si rendano disponibili alla formazione per un lavoro migliore, promozioni e simili; le molle sono le pressioni interne: l'autostima, la qualità della vita, la soddisfazione sul lavoro

La tendenza aziendale di effettuare formazione traendo spunti e a volte docenti dalle unità operative stesse, non può trascendere da tali indicazioni per migliorare la possibilità di introduzione effettiva delle nuove idee e conoscenze nell'ambito lavorativo considerando come ricaduta organizzativa la modifica dell'organizzazione del lavoro degli operatori scaturita dalla formazione.

Una proposta operativa per il Pronto Soccorso

Il Regolamento di attuazione dei dipartimenti aziendali e l'istituzione del Servizio infermieristico, tecnico e ostetrico, ha comportato la definizione di un organigramma anche per la formazione continua che si è diffusa dal suo vertice fino alle unità operative.



In seguito a tale organizzazione, all'interno del Pronto Soccorso di Faenza il coordinatore, in accordo con il Referente per la Formazione del Dipartimento e il Dirigente infermieristico del Presidio, ha nominato un Animatore formativo, avvalendosi così di una valida collaborazione nella organizzazione della formazione dell'unità operativa.

Tale appoggio vuole essere la risposta alla necessità del coordinatore di risparmiare il proprio tempo dalla preparazione vera e propria dei

corsi oltre che dall'aspetto burocratico, guadagnandone per la programmazione e l'organizzazione delle attività assistenziali che da tale formazione avranno supporto.

Lo scopo di tale proposta è quello di delineare un programma formativo annuale che tenga conto sia delle esigenze espresse dall'equipe, sia da un percorso formativo valutato a priori che tenga conto delle specificità del servizio e dei mutamenti che lo animano.

Per perseguire questo scopo si sono delineati alcuni obiettivi da raggiungere:

Acquisire un numero di crediti formativi adeguato nell'anno di riferimento.

Frequentare eventi formativi pertinenti allo specifico professionale dell'infermieristica e emergenza-urgenza.

Aumentare le competenze del personale recentemente assegnato all'unità operativa.

Coinvolgere alcuni infermieri dell'unità operativa nell'attività formativa.

Organizzare eventi formativi pertinenti allo specifico professionale o d'equipe.

Il primo passo consisterà nella elaborazione di una scheda per la rilevazione dei bisogni formativi degli operatori da somministrare agli infermieri.

I risultati dell'indagine conoscitiva per la rilevazione dei bisogni formativi serviranno per iniziare a stilare una base di discussione per il programma della formazione del 2005, che verrà elaborato dal coordinatore e dall'animatore della formazione. Sulla base di questi

infatti si progetteranno eventi “ad hoc” se possibile o si utilizzeranno corsi pre-costituiti o conosciuti.

Se l’animatore sarà un sollecitatore di spunti formativi, il coordinatore ha il compito di mantenersi legato alla realtà organizzativa, valutando le ricadute che le esperienze formative proposte potranno avere nell’unità operativa. Sarà comunque avvantaggiato dal fatto che tempi e modalità degli eventi formativi saranno calibrati sulle esigenze del servizio, mentre i contenuti e le proposte, pur fondate su linee guida nazionali ed internazionali ed evidenze scientifiche medico/infermieristiche, saranno elaborate partendo dal riferimento dell’organizzazione locale nella maggior parte dei casi.

Sarà cura del coordinatore evidenziare quali eventi maggiormente combaciano o possono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di unità operativa – dipartimento - azienda.

Unitamente a quanto sopra, si evidenziano alcune tappe precise che gli infermieri che operano in pronto soccorso compiono dal punto di vista esperienziale supportate da diversi impegni formativi che qualificano il suo essere “infermiere in emergenza” aumentandone le competenze.

Il punto di partenza più corretto sarebbe quello di una analisi del profilo di posizione e delle competenze dell’infermiere di pronto soccorso.

Attraverso un lavoro di gruppo tra gli infermieri è possibile creare una immagine dell’infermiere tipo nei vari momenti della carriera.

Con questa immagine è possibile confrontarsi e stabilire sia un proprio percorso formativo per migliorare le performance lavorative e l’autostima, sia un percorso di base per i nuovi inserimenti (il risultato ipotetico di tale lavoro, ai fini semplificativi, viene proposto nella tabella 1 alla pagina 87).

La frequenza di alcuni corsi base, permette ai nuovi assegnati di sentirsi più sicuri sul lavoro acquisendo le competenze principali o diversamente evidenziando la mancanza di attitudine all'emergenza; a quelli più anziani permette invece di caricarsi meno dal punto di vista formativo durante il turno di servizio; tale frequenza va organizzata in sede di programma annuale formativo, inserendo i diversi nominativi in base ai corsi disponibili in azienda e fuori azienda. Per quanto riguarda i corsi più avanzati, frequentati dagli operatori con maggiore esperienza nel settore, con lo scopo a volte di mettersi in discussione, ma comunque per consolidare competenze sempre più spesso acquisite sul campo, essendo di norma, abbastanza costosi, la frequenza è limitata a poche persone all'anno, garantendo però una rotazione trasparente nella vita lavorativa nel servizio¹.

La suddivisione per anni di esperienza non è vincolante o assoluta e non vuole essere un sistema di distinzione delle capacità infermieristiche o di suddivisione degli infermieri in categorie di serie A o B per anzianità, ma funge da guida alle basi teoriche e pratiche che l'unità operativa può offrire agli operatori dal punto di vista formativo. Vuole essere un aggiornamento del "sapere", "saper fare", "saper essere" che si interseca a quello che l'equipe ha, di fatto, acquisito durante l'attività lavorativa o come supporto all'approccio, a volte un po' caotico, tipico dei servizi d'emergenza.

Tale attività formativa inserisce annualmente alcuni corsi fuori azienda evidenziando come quelli più specializzanti e completi (ALS e PHTC) vengano frequentati dal il 5° anno di attività in pronto soccorso al termine di un percorso formativo e di esperienza sul campo che ha gettato già le basi culturali per apprendere con facilità e sufficiente criticità le teoriche che stanno alla base dei corsi descritti.

¹ "principio di equità" Prof. Golzio appunti di Economia sanitaria per il 1° master in management per infermieri, tecnici ed ostetriche, Università di Modena, aa 2002-2004

Come si può notare alcuni corsi hanno come sede Faenza, ciò indica che vengono preparati dal servizio stesso mettendo a budget solo le ore dei docenti, mentre per quelli aziendali, si contratta in dipartimento il numero di posti a cui accedere in base al costo.

Diversamente si agisce per gli aggiornamenti esterni che vengono contrattati per il loro costo effettivo.

Raccogliendo input da bisogni formativi esplicitati e dai corsi codificati, si elabora il progetto formativo per l'anno successivo da presentare al dipartimento per l'approvazione. Dal punto di vista organizzativo resta valida la necessità di raccogliere i dati per il conseguimento degli obiettivi presentati in apertura, oltre che per l'attività formativa da organizzare e implementare quando approvata.

Tutte le altre proposte formative offerte dall'azienda e dal dipartimento, che sono complementari riguardando i diversi aspetti dell'infermieristica, possono essere frequentate liberamente, pur senza esagerare nell'acquisizione dei crediti.

Per favorire l'informazione sui corsi da frequentare anche come facoltativi, si propone l'acquisizione di una bacheca dedicata alla formazione e la formulazione di un pieghevole per gli operatori che almeno trimestralmente li informi delle iniziative disponibili in regione o nelle immediate vicinanze per l'aggiornamento anche facoltativo.

La valutazione dell'effettiva implementazione della proposta così come sommariamente presentata deve essere valutata sul raggiungimento degli obiettivi che si proponeva di raggiungere e nello specifico inerenti ai seguenti indicatori:

? Numero di crediti per operatore.

- ? Attestati di frequenza relativi a eventi formativi sull'emergenza-urgenza.
- ? Organizzazione di eventi formativi all'interno dell'unità operativa stessa.
- ? Frequenza da parte dei nuovi assegnati ad almeno un evento a loro dedicato.
- ? Presenza di componenti dell'equipe infermieristica tra i docenti degli eventi organizzati all'interno dell'unità operativa.

Tali dati, oltre che confermare o meno il raggiungimento degli obiettivi dichiarati, dovrebbero confermare il contenimento e lo sfruttamento delle ricadute che l'introduzione dell'Educazione Continua in Medicina ha provocato nell'unità operativa, come evidenziato in questo elaborato, sia riguardo all'utilizzo di istituti contrattuali specifici, sia riguardo allo straordinario e alla divulgazione all'interno dell'equipe delle evidenze scientifiche presentate sul panorama nazionale. Per valutare questo ulteriore obiettivo si possono riproporre gli stessi strumenti utilizzati per la raccolta dei dati iniziale, ovvero il questionario anonimo agli infermieri unitamente ai report aziendali.

TABELLA 1

Entro il Primo anno	BLS-D Basic Life Support e Defibrillazione precoce (Faenza, 8 ore)	Bendaggio e immobilizzazioni temporanee (Faenza, 8 ore)	Corso antincendio per Addetto all'emergenza in azienda (Vigili del fuoco di Ravenna)	Corso di addetto al triage per l'utilizzo del protocollo aziendale (Aziendale 4 ore)
Entro il Primo anno	Lettura ECG di Base (Faenza, 4 ore)	Movimentazione carichi (Aziendale 8 ore)	P-Bls Pediatric life support (Aziendale 8 ore)	
Dal 2° - 3° anno	Corso Pratico di simulazione d'emergenza medica (Faenza, 8 ore)	Corso Pratico di simulazione d'emergenza traumatologica (Faenza, 8 ore)	Intossicazioni ed avvelenamenti Gestione deposito aziendale antidoti (Faenza, 8 ore)	Triage infermieristico GFT (San Marino, 3 giorni)
Dal 2° - 3° anno	Insufficienza respiratoria e ventilazione non invasiva (Faenza, 4 ore)	Retraining BLS-D (Faenza, 4 ore)	Bendaggio e immobilizzazioni sportive - Taping (Faenza, 4 ore)	
Dal 4° - 5° anno	ILS Intermediate Life Support (aziendale 3 giorni)	ATLS Come auditor (Bologna, 3 giorni da spettatore)	Comunicazione e linguaggio L'Empatia (da definire)	Retraining BLS-D (Faenza, 4 ore)
Dal 5° anno	ALS Advanced Life Support (fuori Azienda, 3 giorni)	PhTC Pre-Hospital Trauma Care (fuori azienda, 3 giorni)	Gestire lo stress (Fuori azienda)	Tutoraggio clinico per allievi (Polo Prima Formazione)

ELENCO ALLEGATI

ALLEGATO 1

Questionario consegnato agli infermieri dell' unità operativa di Pronto Soccorso di Faenza.

ALLEGATO 2

Questionario IPASVI on-line tema ECM pubblicato sul web all'indirizzo www.ipasvi.it

ALLEGATO 3

OBIETTIVI DELL'ECM NAZIONALE

ALLEGATO NUMERO 1

Questionario in originale come consegnato agli operatori del progetto pilota, agli operatori del pronto soccorso ed al coordinatore di Faenza.

**QUESTIONARIO RELATIVO ALLA PERCEZIONE DELL'AGGIORNAMENTO
NEGLI OPERATORI SANITARI IMPIEGATI NELLE UNITA' OPERATIVE DI
PRONTO SOCCORSO**

INFORMAZIONI GENERALI

(Barrare con una sola risposta)

Qualifica professionale:	infermier e	ostetric a	tecnico sanitario	
In quale anno è stato assunto per la prima volta in sanità per la professione che attualmente svolge?	(se è antecedente al 1998, può continuare a rispondere)			
Da quanto tempo lavora nell'attuale pronto soccorso?	0-2 anni	3-5 anni	6-8 anni	9 anni ed oltre

PERCEZIONE DELL'ATTUALE

(Barrare con una sola risposta)

Quanti punti ECM ritiene di aver accumulato a tutt'oggi?	Non a sufficie nza (meno di 15)	Il minimo indispens abile (30 - 40)	In pari o oltre (oltre 40)	Non so quanti ne ho
Ha frequentato corsi che organizzava la sua azienda nel 2003?	sempre	per la maggior parte	in minim a parte	nessun o
Ha frequentato corsi all'esterno della tua azienda nel 2003?	sempre	per la maggior parte	in minim a parte	nessun o

Ha frequentato corsi fuori regione nel 2003?	sempre	per la maggior parte	in minima parte	nessuno
Le è capitato, nel 2003 , di frequentare corsi di argomento poco attinente all'unità operativa nella quale lavora con lo scopo di accumulare "punti"?	Mai	a volte	spesso	sempre
La frequenza agli aggiornamenti è stata fatta utilizzando:				
Permesso di studio (150 ore)	Mai	a volte	spesso	sempre
Permessi brevi per esami e concorsi ("8gg")	Mai	a volte	spesso	sempre
Congedo per aggiornamento obbligatorio	Mai	a volte	spesso	sempre
Ferie	Mai	a volte	spesso	sempre
Orario di servizio (aggiornamento in sede)	Mai	a volte	spesso	sempre
Le modalità di finanziamento dei corsi d'aggiornamento del 2003 è stata: ...				
Spese proprie	Mai	a volte	spesso	sempre
Spese proprie rimborsate dalla Ausl	Mai	a volte	spesso	sempre
Gratuiti	Mai	a volte	spesso	sempre
Alcuni aggiornamenti hanno provocato dei mutamenti nella sua attività				
Mai	a volte	spesso	sempre	

professionale?				
Se si, è riuscito ad applicarli nell'unità operativa in cui lavora....				
Solo a livello personale (è cambiato solo il suo modo di lavorare)	Mai	a volte	spess o	sempre
A livello di unità operativa (è cambiato il modi di lavorare dell'unità operativa)	Mai	a volte	spess o	sempre
Non è possibile applicarlo né singolarmente né a livello di unità operativa	Mai	a volte	spess o	sempre

PERCEZIONE DEL PRECEDENTE
(Barrare con una sola risposta)

L'argomento dei corsi frequentato prima dell'avvento ECM (es. 1998) <u>era attinente</u> all'unità operativa dove lavorava al momento del corso?	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
<hr/>					
Alcuni aggiornamenti provocarono dei <u>mutamenti</u> nella sua attività professionale?	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
Qualora lo ricordasse, era riuscito ad applicarli nell'unità operativa in cui lavorava....					
Solo a livello personale (è cambiato solo il suo modo di lavorare)	Mai	a volte	spesso	Sempre	Non ricordo
A livello di unità operativa (è cambiato il modo di lavorare dell'unità operativa)	Mai	a volte	spesso	Sempre	Non ricordo
Non è possibile applicarlo né singolarmente né a livello di unità operativa	Mai	a volte	spesso	sempre	Non ricordo
<hr/>					
La frequenza agli aggiornamenti è stata fatta utilizzando: ...					
Permesso di studio (150 ore)	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
Permessi brevi per esami e concorsi ("8gg")	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo

Congedo per aggiornamento obbligatorio	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
Ferie	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
Orario di servizio (aggiornamento in sede)	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
Le modalità di finanziamento dei corsi frequentati erano: ...					
Spese proprie	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
Spese proprie rimborsate dalla Ausl	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo
Gratuiti	Mai	A volte	Spesso	Sempre	Non ricordo

**La ringrazio sentitamente per il tempo che mi ha dedicato
rispondendo a queste domande:**

**Questo mi permetterà di acquisire un certo numero di dati per
elaborare al meglio la tesi sull'educazione Continua in medicina
anche con il suo aiuto.**

GRAZIE!

(il questionario originale in due sole facciate è stato consegnato a tutto il personale infermieristico del Pronto Soccorso di Faenza)

ALLEGATO NUMERO 2

Collegio IPASVI

Questionario e risultati pubblicato sul Web
(formato diapositive)

www.ipasvi.it



Educazione Continua in Medicina (ECM)

L'esperienza degli infermieri
I risultati dell'indagine Ipasvi 2003

ALLEGATO NUMERO 3

Dal sito web dell'Educazione Continua in Medicina

OBIETTIVI FORMATIVI DI INTERESSE NAZIONALE

Gli obiettivi formativi di interesse nazionale stabiliti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome sono i seguenti:

GRUPPO 1

Obiettivi nei quali, ad opinione della Commissione, tutte le categorie professionali, aree e discipline, possono riconoscersi:

- a) qualita' assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari
- b) etica e deontologia degli interventi assistenziali e socio assistenziali con riferimento all'umanizzazione delle cure, alla tutela del segreto professionale ed alla privacy
- c) sistemi di valutazione, verifica e miglioramento degli interventi preventivi diagnostici, clinici e terapeutici e di misurazione dell'efficacia, compresi i sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed appropriatezza delle prestazioni nei livelli di assistenza
- d) formazione interdisciplinare finalizzata allo sviluppo dell'integrazione di attivita' assistenziali e socio-assistenziali
- e) promozione della qualita' della vita e della qualita' e sicurezza dell'ambiente di vita e di lavoro
- f) miglioramento degli stili di vita per la salute
- g) miglioramento dell'interazione tra salute ed ambiente e tra salute ed alimentazione
- h) tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali, compresi quelli psicologici, delle fasce deboli
- i) promozione di una comunicazione corretta ed efficace
- j) apprendimento e miglioramento dell'inglese scientifico
- k) consenso informato
- l) gestione del rischio biologico, chimico e fisico anche con riferimento alla legge 626
- m) implementazione dell'introduzione della medicina basata sulle prove di efficacia nella pratica assistenziale

- n) sistema informativo sanitario e suo utilizzo per valutazioni epidemiologiche
- o) formazione multiprofessionale per la cooperazione alla definizione del progetto riabilitativo applicato alle diverse aree della disabilita'
- p) cultura gestionale
- q) educazione sanitaria
- r) bioetica in medicina
- s) organizzazione dipartimentale

GRUPPO 2

Obiettivi nei quali, ad opinione della Commissione, specifiche categorie professionali, aree e discipline, possono riconoscersi:

- a) miglioramento delle conoscenze e delle competenze professionali per le principali cause di malattia, con particolare riferimento alle patologie cardiovascolari, neoplastiche e geriatriche
- b) interventi di formazione nel campo delle emergenze-urgenze
- c) formazione in campo socio-assistenziale e per l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata
- d) tutela della salute della donna e del bambino e delle patologie neonatali
- e) basi molecolari e genetiche delle malattie e strategie terapeutiche correlate
- f) formazione finalizzata all'utilizzo ed all'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici
- g) promozione della cultura della donazione e formazione interdisciplinare in materia di trapianti d'organo
- h) clinica e diagnostica delle malattie infettive emergenti e riemergenti: patologie d'importazione
- i) farmacoepidemiologia, farmacoeconomia e farmacovigilanza
- j) controllo delle infezioni nosocomiali
- k) innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici
- l) sicurezza degli alimenti
- m) sviluppo delle attività e degli interventi di sanità pubblica veterinaria, con particolare riferimento all'igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, alla sanità animale ed all'igiene degli alimenti di origine animale
- n) disturbi del comportamento alimentare e malattie metaboliche

- o) implementazione della sicurezza nella produzione, distribuzione ed utilizzo del sangue e degli emoderivati
- p) percorsi diagnostico-terapeutici nella pratica della medicina generale
- q) progettazione ed utilizzo della ricerca clinica ed epidemiologica in medicina generale e pediatria di libera scelta
- r) telemedicina
- s) innovazione tecnologica ed implementazione delle abilità e manualità nella pratica della medicina generale e della pediatria di libera scelta
- t) formazione manageriale in medicina generale e pediatria di libera scelta
- u) aggiornamento professionale nell'esercizio dell'attività psicologica e psicoterapeutica
- v) aggiornamento delle procedure ed attività professionali per le professioni sanitarie non mediche
- w) percorsi assistenziali: integrazione tra ospedalizzazione, assistenza specialistica, assistenza domiciliare integrata
- x) utilizzo delle tecnologie radianti a fini preventivi, diagnostici e terapeutici
- y) ottimizzazione dell'impiego delle terapie termali nell'ambito delle prestazioni nel SSN
- z) valutazione dei fondamenti scientifici e dell'efficacia delle medicine alternative o non convenzionali
- aa) prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie odontostomatologiche e maxillo-facciali