

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

La formazione del personale come strumento di management nelle strutture sanitarie - The training as tool of management in healthcare

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/1662306> since 2018-03-14T10:31:16Z

Published version:

DOI:10.13140/RG.2.1.5158.3447

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

TESI DI LAUREA

**LA FORMAZIONE DEL PERSONALE COME STRUMENTO DI
MANAGEMENT NELLE AZIENDE SANITARIE**



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

**CORSO DI STUDI: AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO AZIENDALE
percorso MANAGEMENT PUBBLICO**

Relatore: Prof. Christian RAINERO

Correlatore: Prof.ssa Maria Rosaria GUALANO

Candidato: Valerio BRESCIA

Anno Accademico 2013-2014

Sommario

1. LA FORMAZIONE VERSO GLI ADULTI: L'ANDRAGOGIA	4
1.1. IL CONTESTO INTERNAZIONALE	13
1.2. IL CONTESTO EUROPEO E LA SITUAZIONE NAZIONALE: LA RIFORMA BRUNETTA.....	16
2. MODELLI ORGANIZZATIVI SANITARI E LA GESTIONE DELLA FORMAZIONE	21
2.1. LA FORMAZIONE PER IL GOVERNO CLINICO	38
2.2. LA COMPETENZA	47
2.3 LA METODOLOGIA PER ANALIZZARE I FABBISOGNI FORMATIVI	50
3 LA PROGETTAZIONE FORMATIVA.....	54
3.2 IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' NELLA FORMAZIONE	58
3.3 LA METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE E I CENTRI DI COSTO DELLA FORMAZIONE.....	62
3.2.1. IL SISTEMA DI PIANIFICAZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO.....	62
3.2.2 I COSTI STANDARD	65
3.2.3. IL BUDGET.....	67
3.2.4 IL REPORTING	69
4 LA FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA COME STRUMENTO DI MANAGEMENT.....	74
4.01. NORMATIVA NAZIONALE ISTITUTIVA DELL'ECM.....	75
4.02 NORMATIVA REGIONALE ISTITUTIVA DELL'ECM.....	76
4.03 PROGRESSO E PERCORSO DEL PROCESSO CONTINUO IN MEDICINA	79
4.1 IL DOSSIER FORMATIVO E LE COMPETENZE.....	81
4.2.1 CONTRAPPESO.....	82
4.2.2. METRO.....	83
4.2.3. OPPORTUNITA'	84
5 LA FORMAZIONE MANAGERIALE IN SANITA'	85
5.1 LE BASI CULTURALI PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE MANAGERIALI IN SANITA'	85
5.2 CARATTERISTICHE DELL'ESPERIENZA ITALIANA	86
5.3 QUADRO NORMATIVO DELLA FORMAZIONE PER I RUOLI DI DIREZIONE GENERALE ...	88
5.4 DIRETTORI SANITARI E DIRIGENTI SANITARI	90
5.5 IL GRADO DI ATTIVITA' NELLE REGIONI.....	91
5.6 I DIVERSI MODELLI DELLA ATTIVITA' FORMATIVA NELLE REGIONI	92
5.7 LE COMPETENZE DEI DIRIGENTI GENERALI ATTUALI E PROSPETTICHE	94

5.8 IL PROCESSO DI EROGAZIONE DELLA FORMAZIONE AI RUOLI DI DIREZIONE GENERALE	96
5.9 ANALISI ULTIMI EVENTI FORMATIVI REALIZZATI PUNTI PIU' RILEVANTI	98
5.10 VALUTAZIONE SUL PERCORSO	101
5.11 FORMAZIONE MANAGERIALE NEI CONTESTI EUROPEI.....	102
5.12 ANALISI ED ELENCO ARGOMENTI MAGGIORMENTE TRATTATI PER IL TOP E MIDDLE MANAGEMENT	104
5.13 ATTORI DELLA FORMAZIONE MANAGERIALE	108
6 ANALISI DI CASI AZIENDALI.....	111
6.1 LA FORMAZIONE DA DIRETTORE GENERALE CASO PIEMONTESE.....	111
6.2 LE PROPOSTE DI FORMAZIONE DA DIRETTORE SANITARIO CASO PIEMONTESE	115
6.3 PROPOSTA DI FORMAZIONE MANAGERIALE DI STRUTTURE SANITARIE LOCALI E OSPEDALIERE	118
6.4 PROPOSTA DI STRUTTURAZIONE DI UN SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA ALL'INTERNO DEL DIPARTIMENTO DI MANAGEMENT DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO	120
7 CONCLUSIONI	209
7.1 OSSERVAZIONI CONCLUSIVE SULLA FORMAZIONE DI DIRETTORI GENERALI E TOP MANAGEMENT	209
7.2 OSSERVAZIONI CONCLUSIVE SULLA FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA.....	211
BIBLIOGRAFIA E FONTI	214

1. LA FORMAZIONE VERSO GLI ADULTI: L'ANDRAGOGIA

L'educazione verso gli adulti fu il primo tipo di educazione sistematica. Già nell'antica Grecia, Aristocrate e Socrate preferivano insegnare agli adulti e non ai bambini. Questi maestri dell'antichità consideravano l'apprendimento come uno strumento di ricerca attiva e non una ricerca passiva di contenuti, e furono i primi a inventare strumenti di coinvolgimento dei discenti. Nel XIX Secolo vediamo in Europa l'adulto come persona da educare, in corrispondenza alla nascita di una nuova figura sociale, quella borghese che cercava un modo per emanciparsi. In questo periodo il tedesco Alexander Knapp, insegnante di grammatica, coniò il termine "andragogia": pedagogia verso l'uomo. Il filosofo Johann Friedrich Herbart¹ modellò e rielaborò il concetto di andragogia evidenziando l'importanza di un'istruzione che durasse per tutto l'arco della vita individuando distinzioni significative tra strumenti didattici per adulti e per bambini. Malcom Knowles² può essere individuato come uno dei più noti studiosi dell'apprendimento nell'adulto. Lo studioso considerava i learners (soggetti in apprendimento) come soggetti con prospettive individuali. L'obiettivo di apprendimento viene definito come progressiva acquisizione in autonomia da parte degli individui, sia per svolgere i ruoli delle diverse fasi della vita, che per imparare ad imparare. La teoria si basa su una serie di presupposti specifici che lo distinguono da quello pedagogico, cioè rivolto alla formazione dei fanciulli e degli adolescenti:

1. Per poter apprendere l'adulto deve sentire in sé il bisogno di conoscere;
2. L'adulto deve sentire che il proprio concetto di sé viene rispettato dall'educatore. Egli cioè deve essere collocato in una situazione di autonomia;
3. L'educazione dell'adulto ha un ruolo essenziale l'esperienza, sia come attività di apprendimento sia come progresso talvolta negativo che costituisce una barriera di pregiudizi e abiti mentali che fa resistenza all'apprendimento;
4. L'apprendimento degli adulti è centrato sulla vita reale;

¹ Pedagogia generale, 1906, Johann Friedrich Herbart

² Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona Knowles Malcolm; Holton Elwood F. III; Swanson Richard A., 2008, Franco Angeli

5. Le motivazioni più forti nel processo di apprendimento dell'adulto sono quelle interne tra cui il desiderio di una maggiore soddisfazione nel lavoro, l'auto-stima e la qualità della vita.

Nell'elaborazione di un modello andragogico gli elementi fondamentali, riassunti schematicamente, sono i seguenti:

1. Assicurare un clima favorevole all'apprendimento. Sia dal punto di vista delle strutture (funzionali, accoglienti...), sia dal punto di vista delle risorse (ricche, utilizzabili), sia dal punto di vista dell'organizzazione (funzionale, non gerarchica, comunicativa...);
2. Creare un meccanismo per la progettazione comune;
3. Diagnosticare i bisogni di apprendimento. Elaborando un modello delle competenze; Valutando le discrepanze tra il modello delle competenze e il livello di sviluppo attuale dei discenti. E quindi formulando degli obiettivi di apprendimento;
4. Progettare un modello di esperienze di apprendimento. Non il semplice "programma" ma un vero e proprio progetto di apprendimento, fondato su una serie di episodi tra loro correlati.
5. Mettere in atto il programma (gestire le attività di apprendimento);
6. Valutare il programma;
7. Apprendimento per contratto. Individualizzato e responsabilizzante.

Raffronto dei presupposti della pedagogia e dell'andragogia:

	PRESUPPOSTI	
	PEDAGOGIA	ANDRAGOGIA
<i>Concetto di sé</i>	Dipendenza	Sempre maggiore autonomia
<i>Esperienza</i>	Di poco valore	I discenti costituiscono una ricca risorse per l'apprendimento
<i>Disponibilità</i>	Sviluppo biologico, Pressione sociale	Compiti evolutivi dei ruoli sociali
<i>Prospettiva temporale</i>	Applicazione posticipata	Applicazione immediata

<i>Orientamento all'apprendimento</i>	Centrato su materie	Centrato sui problemi
--------------------------------------------------	---------------------	-----------------------

Raffronto dei progetti della pedagogia e dell'andragogia e gli elementi del progetto:

	ELEMENTI DEL PROGETTO	
	PEDAGOGIA	ANDRAGOGIA
Clima	Orientato verso l'autorità. Formale. Competitivo.	Reciprocità. Rispetto. Informale. Collaborazione.
Pianificazione	Da parte del docente	Meccanismo di pianificazione comune.
Diagnosi degli obiettivi	Da parte del docente	Auto-diagnosi reciproca
Formulazione degli obiettivi	Da parte del docente	Negoziazione comune
Progetto	Logica delle materie Unità di contenuto	Sequenze, secondo la disponibilità ad apprendere Unità di problemi
Attività	Tecniche di trasmissione dei contenuti	Tecniche basate sull'esperienza (ricerca)
Valutazione	Da parte del docente	Re-diagnosi comune dei bisogni. Valutazione comune del programma

Lindeman³ già nel 1926 gettava le basi per lo sviluppo di un approccio educativo destinato agli adulti: "...l'approccio alla formazione degli adulti avverrà attraverso delle situazioni, non delle materie. Il nostro sistema accademico è cresciuto in senso inverso:

³ Lindeman, E. C. *The meaning of adult education*. New York: New Republic (Republished in 1961 by Harvest House.)

materie e insegnamento costituiscono il punto di partenza, gli studenti vengono in second'ordine. Nell'istruzione tradizionale allo studente si richiede di adattarsi ad un curriculum prestabilito; nella formazione degli adulti il curriculum è costituito intorno ai bisogni e il suo lavoro, i suoi divertimenti, la sua vita familiare e sociale, e altre situazioni accomunate dalla richiesta di processi di adattamento. La formazione agli adulti comincia a questo punto. I contenuti vengono presentati all'interno di situazioni, e messi in pratica, quando è il caso. Testi e docenti assumono un ruolo nuovo e secondario in questo tipo di istruzione, e devono dare inizio al discente, che assume un'importanza primaria". E ancora" ...la risorsa di più alto valore nella formazione degli adulti è l'esperienza del discente. Se l'istruzione è vita, allora la vita è anche istruzione. Una parte troppo grande dell'apprendimento è costituita dall'uso indiretto dell'esperienza e della conoscenze di qualcun altro. Ma la psicologia ci insegna che noi apprendiamo ciò che facciamo, e che quindi una vera istruzione coniugherà sempre l'istruzione con la prassi... Il vissuto esperienziale è il libro di testo vivente del discente adulto. Un insegnamento di tipo autoritario, esami che escludono la riflessione originale da parte dello studente, delle rigide forme pedagogiche sono tutte cose per le quali non c'è posto nella formazione degli adulti... Piccoli gruppi di adulti motivati che desiderano mantenere la loro mente fresca e vigorosa; che iniziano ad apprendere confrontandosi con le situazioni reali; che scavano a fondo nella miniera delle loro esperienze prima di far ricorso ai testi ed altri fatti secondari; che sono aiutati nella discussione da docenti che non sono oracoli ma vanno anch'essi alla ricerca del significato della vita! La formazione degli adulti è un processo attraverso il quale i discenti prendono coscienza del significato delle loro esperienze. Questo riconoscimento di senso porta alla rilevanza presenta quel particolare evento per la nostra personalità".

Lindeman delinea una delle ipotesi chiave sui discenti adulti che sono state avvalorate dalle ricerche posteriori e che costituiscono le fondamenta della moderna teoria dell'apprendimento degli adulti:

1. Gli adulti sono motivati ad apprendere quando avvertono dei bisogni e degli interessi che l'apprendimento può soddisfare; questi costituiscono quindi le basi appropriate da cui apprendere per organizzare le attività formative per gli adulti;
2. gli adulti sono orientati verso un apprendimento centrato sulla vita reale; perciò le unità didattiche appropriate attorno alle quali organizzare l'apprendimento sono le situazioni reali, non le varie materie;

3. l'esperienza costituisce la risorsa più importante per l'apprendimento degli adulti; per cui il nucleo centrale della metodologia della formazione degli adulti è l'analisi dei contenuti esperienziali;
4. gli adulti sentono fortemente l'esigenza di gestire autonomamente e di conseguenza il ruolo del docente è d'impegnarsi con loro in un processo comune di ricerca, piuttosto che di trasmettere loro le proprie conoscenze e poi valutare fino a che punto si sono conformati con esse;
5. le differenze individuali aumentano con l'età, per cui la formazione degli adulti deve poter disporre di una varietà ottimale di stili, tempi, luoghi e velocità di apprendimento.

James E. Russel nel 1938 pose l'accento sul fatto che ogni istruzione è una auto-istruzione. I docenti, secondo tale autore, possono infatti aiutare a definire delle procedure, raccogliere il materiale, indicare i percorsi più propizi, ma l'individuo-discente deve arrampicarsi usando la sua testa e le sue gambe se vuole raggiungere la vetta. Il metodo migliore per insegnare agli adulti si è indubbiamente rivelato, secondo Russel, la discussione di gruppo.

Nel 1940 Harold Fields⁴ esorta a rinnovare non solo i contenuti dei corsi, ma anche la metodologia didattica. Le lezioni dell'insegnamento devono essere sostituite, secondo Fields, da esercitazioni di gruppo con un alto grado di partecipazione dei discenti. Egli sostiene che bisognerebbe adottare questo motto: "Lasciate fare tutto il lavoro al gruppo" e che vi deve essere molto spazio per incontri, discussioni, dibattiti. Giornali, circolari e riviste andrebbero riviste, prosegue Fields, al pari dei libri di testo, nelle esercitazioni di lettura, e le attività extra-curricolari dovrebbero essere riconosciute come parti integranti del processo formativo. Questo sono alcuni elementi che devono essere inclusi in un programma per la formazione dei cittadini adulti, se si vuole che abbia successo.

Alla fine del 1970 Tough si interessò a determinare cosa motiva gli adulti ad intraprendere un progetto di apprendimento e scoprì che per la stragrande maggioranza i suoi soggetti desideravano e si aspettavano numerosi risultati e vantaggi. Alcuni benefici erano immediati: soddisfare una curiosità, trarre piacere dal contenuto stesso, o dall'esercitare una determinata abilità, o dall'attività di apprendimento in sé; altri invece

⁴ Educazione degli adulti - Formazione - Teoria e tecniche di gestione e sviluppo delle risorse umane, Maurizio Castagna, 2008, AIF

erano a lungo termine: produrre qualcosa, insegnare delle conoscenze ed abilità ad altri, capire cosa succederà in qualche situazione futura, ecc... Piacere e autostima erano chiaramente gli elementi più importanti nella motivazione dei soggetti di Tough.

L'apprendimento attraverso la ricerca e la risoluzione di problemi, detto da Crutchfield (1972) "processo produttivo", prevede quattro serie di abilità:

1. abilità di scoprire e di formulare dei problemi;
2. abilità di organizzare e trattare le informazioni riguardanti il problema;
3. abilità di trovare delle idee;
4. abilità di valutare queste idee.

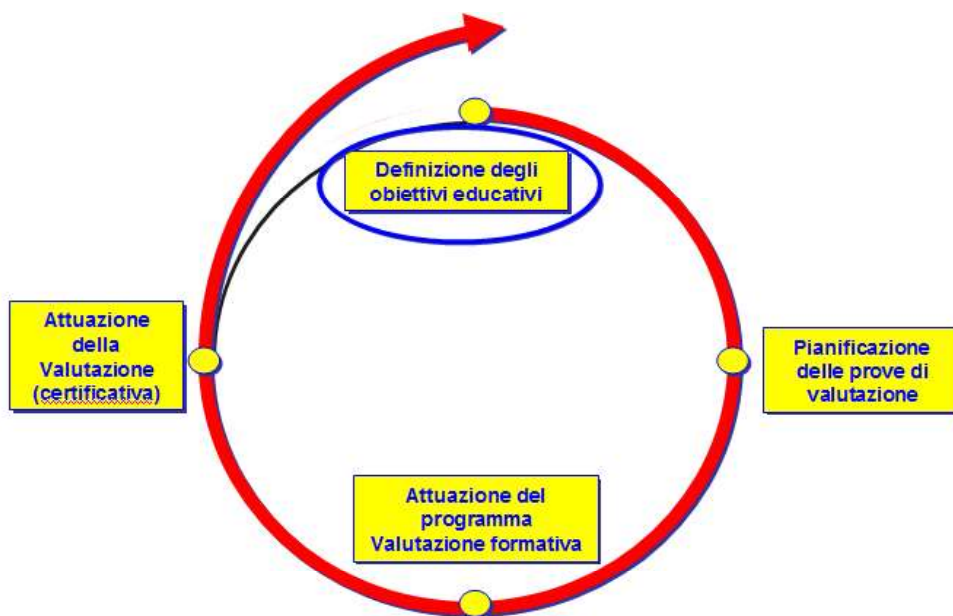
Queste abilità fondamentali per l'apprendimento possono essere rese disponibili solo in un ambiente formativo che presenti determinate caratteristiche, quali:

1. rispetto alla personalità;
2. partecipazione al processo decisionale;
3. libertà di espressione e disponibilità di informazioni;
4. condivisione della responsabilità di definire gli obiettivi, di programmare e portare avanti delle attività, e della valutazione.

Ogni individuo, a seconda del ruolo professionale che dovrà ricoprire, delle competenze che gli saranno necessarie per lavorare e dell'educazione a lui utile per poter esprimere la sua personalità e le sue competenze nel contesto sociale di provenienza, avrà bisogno di soddisfare differenti ma ben definibili bisogni di apprendimento. Un bisogno di apprendimento può essere definito come la discrepanza o il divario esistente tra le competenze definite nel modello e il loro livello di sviluppo attuale dei discenti. Secondo l'andragogia, l'elemento critico nella valutazione di questi divari è la percentuale che gli stessi discenti hanno della discrepanza tra il punto in cui sono ora e quello che vogliono (ed hanno bisogno di) raggiungere. Così questa valutazione essenziale di auto-valutazione. Ogni individuo dovrebbe avere la possibilità di giovare di un tipo di educazione che gli permetta di sviluppare al massimo il suo potenziale e le sue capacità. L'educazione è un processo il suo scopo essenziale è quello di facilitare delle modificazioni del comportamento. L'educazione deve avere per risultato la modificazione pre-definita del comportamento del discente nel corso di un dato periodo. Questo "comportamento" sarà esplicitamente definito in forma di Obiettivi educativi che derivano dai compiti professionali. Un sistema di valutazione sarà pianificato allo scopo di poter prendere migliori decisioni pedagogiche. Un programma sarà preparato e messo in atto per facilitare il conseguimento degli obiettivi educativi da parte dei

discenti. Il processo di valutazione sarà attuato allo scopo di misurare in particolare se gli obiettivi sono stati raggiunti. La definizione dei compiti professionali dei discenti, che costituiscono la base stessa degli obiettivi educativi, è di importanza cruciale. Allo stesso modo un programma di formazione, invece di essere il risultato di un'accumulazione non selettiva delle conoscenze acquisite, nel corso dei secoli, dovrà essere strutturato in maniera selettiva in funzione dell'obiettivo educativo che si vuole raggiungere. La definizione dei compiti professionali deve derivare dall'analisi dei bisogni, tener conto delle risorse, indicare in maniera chiara e precisa ciò che il personale dovrà saper fare quando presterà servizio in una data struttura sanitaria. La valutazione fornisce una base solida alla pianificazione prima di applicare una qualunque riforma del programma. Ciò permette la misurazione del livello di partenza (livello richiesto), quella del livello di arrivo, e di determinare così se il cambiamento ha costituito un processo oppure no.

Tale processo può essere rappresentato dall'espressione "Spirale della formazione".



Fonte: J.-J. Guilbert, Guida pedagogica OMS per il personale sanitario, 2002

Innanzitutto, per facilitare l'auto-direzione occorre un progetto individuale. Il soggetto deve essere coinvolto, deve possedere uno stimolo all'apprendimento e una responsabilità all'apprendere. Senza un'intenzione progettuale di partenza, che sottintende una precisa volontà di apprendimento, il discente non può definirsi tale e quindi nemmeno auto dirigersi. Colui che apprende per se stesso, in solitudine con gli

altri, stipula quello che è definibile come contratto pedagogico: manifestazione del progetto individuale. Il contratto pedagogico è una vera e propria formalizzazione prima, e negoziazione poi, tra il soggetto, l'ambiente (sociale e organizzativo), e le dinamiche formative. Esso ha almeno quattro funzioni chiave:

- a) chiarire il rapporto formativo attraverso l'esplicitazione del progetto individuale;
- b) gestire la negoziazione in modo tale da favorire le parti contraenti;
- c) motivare l'auto-direzione;
- d) rendere facile l'autovalutazione del soggetto discente.

L'auto-direzione poi necessita di soggetti che conducano: accompagnatori o facilitatori, o come abbiamo precedentemente accennato mediatori. Cioè, condizioni preparative alla formazione. La preformazione è allora un meccanismo, tra la formazione e l'autoformazione, di durata variabile, nel cui intento vi è quello di permettere un più facile accesso a una dimensione – naturalmente auto formativa – più aperta, flessibile, responsabile, grazie ovviamente alla presenza di formatori/mediatori. Non si dà infatti autoformazione senza una precedente pre-formazione; ma non si dà nemmeno una preformazione se questa non è attenta a evidenziare la dipendenza della dimensione formativa classica e contemporaneamente la sola autodidattica a sé. Attraverso la preformazione si fissano dunque quelle regole del gioco entro cui i soggetti sociali o istituzionali si muoveranno e quei ruoli entro cui l'auto-direzione potrà svolgersi. Più il quadro in questione sarà il prodotto di una negoziazione fra i soggetti coinvolti (i discenti, i formatori, i contesti organizzativi) più l'apprendimento sarà suscettibile di auto direzionalità. E più il processo auto formativo diventerà pedagogicamente circolare.

Questa circolarità, aperta a spirale, è più propedeutica allo sviluppo aperto della formazione stessa, nell'intento di aiutare il soggetto a emanciparsi verso l'auto-direzionalità. E questo sviluppo (intento), a sua volta, è intercorrelato con un ritmo temporale binario, che caratterizza l'autoformazione: da un lato, nell'ambito di un processo auto formativo, troviamo infatti un tempo collettivo di condivisione comune dei sapere, di socializzazione; dall'altro notiamo una forte individualizzazione dei saperi acquisiti, attraverso: la concentrazione, la memorizzazione, la ritenzione, l'auto-riflessione. Pensiero e riflessione, prassi e azione, si intrecciano così insieme in un doppio movimento sia teorico che pratico, e si esprimono in un triplice livello di coerenza (e di valutazione): nell'individuo, nel gruppo, nell'istruzione che gli individui hanno contribuito a determinare. Questi livelli di analisi permettono di individuare

coerentemente le strategie migliori per stabilire le tecniche di implementazione dell'autoformazione stessa. Una comunità di apprendimento è allora sia processo che prodotto dell'autoformazione.

1.1. IL CONTESTO INTERNAZIONALE

Attualmente una delle ultime sfide per i responsabili delle politiche sanitarie e per i manager della sanità è divenuta la necessità di rafforzare il sistema sanitario al fine di rispettare gli impegni verso i cittadini. La performance e la responsabilizzazione nel sistema sanitario sono alla base di un buon servizio indipendentemente dal tipo di professionista e delle risorse a disposizione.

L'Organizzazione Mondiale di Sanità è impegnata a sostenere gli stati membri nei loro sforzi per migliorare la qualità dell'istruzione e della formazione degli operatori sanitari per introdurre nei sistemi nazionali un approccio evidence-based nella formazione e nella pratica. Proprio negli ultimi anni l'OMS ha fornito indicazioni e linee guida per sostenere i paesi membri nel perseguire politiche di miglioramento dello stato di salute della popolazione e in particolar modo raggiungere gli obiettivi previsti dall'agenda del Millennium Development Goals (MDGs)⁵. Il documento redatto dalle Nazioni Unite prevede fino al 2015 una serie di obiettivi cardine coinvolgendo i 191 Stati Membri. In questi obiettivi rientra la riduzione delle morti infantili, della salute materna, la lotta all'HIV/AIDS e a altre 7 malattie ma il tema importante per la nostra analisi è lo sviluppo di un partenariato mondiale per lo sviluppo. Uno dei fattori strategici per raggiungere tali obiettivi risiede proprio nelle risorse umane, e quindi nella loro competenza e formazione ricevuta in qualità di operatore di un sistema sanitario.

Già dal 2004 l'Organizzazione Mondiale di Sanità in accordo con la World Federation for Medical Education hanno proposto un piano formativo per medici e in generale per tutti i professionisti del sistema sanitario⁶. Il piano prevede alcune aree specifiche:

⁵ Millennium Development Goals - La Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite, firmata nel settembre del 2000.

⁶ The world health report 2000. Health System: Improving Performance, 2000, World health Organization.

- un database condiviso che include le esperienze aggiornate nell'attuazione di processi di miglioramento della qualità nelle scuole di medicina;
- accesso alle informazioni sulle scuole e alla descrizione del loro approccio alla formazione;
- promozione di gemellaggi tra scuole e altre istituzioni per promuovere una formazione innovativa;
- strumenti per aggiornare la gestione delle scuole di medicina;
- assistenza alle istituzioni nazionali ai fini di attuare una riforma dei programmi o nell'istituire una riforma dei programmi o nell'istituire sistemi di riconoscimento/accreditamento;
- revisione di buone pratiche nella formazione medica che possano servire come esempio o come fonte di ulteriori innovazioni.

In particolare l'OMS ha sostenuto la formazione in ambito di qualità e sicurezza dei pazienti, invitando le autorità e le istituzioni professionali ed accademiche dei paesi membri ad elevare la consapevolezza sulla necessità di formazione specifica sulla sicurezza dei pazienti.

In particolare il documento redatto nel 2011 sempre dall'OMS aiuta le scuole sanitarie a insegnare la sicurezza del paziente, infatti tale problematica non riguarda solo una professione ma tutte quelle coinvolte con competenze specifiche⁷.

Gli ambiti formativi indicati nella guida sono:

1. Che cos'è la sicurezza dei pazienti?
2. Quali sono i fattori umani e la loro importanza per la sicurezza dei pazienti?
3. Comprendere i sistemi e l'impatto della complessità sulla cura dei pazienti.
4. Saper lavorare in squadra.
5. Comprendere e imparare dagli errori.
6. Conoscere e gestire il rischio clinico.
7. Introdurre metodi di miglioramento della qualità.
8. Coinvolgere i pazienti e coloro che se ne prendono cura.
9. Controllare e ridurre le infezioni.
10. Sicurezza dei pazienti e procedure invasive.

⁷ The Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide released by WHO in October 2011, World Health Organization.

11. Migliorare la sicurezza nella terapia farmacologica.

1.2. IL CONTESTO EUROPEO E LA SITUAZIONE NAZIONALE: LA RIFORMA BRUNETTA

La Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio Europeo sulle competenze chiave per l'apprendimento permanente del 18 Dicembre 2006 individua e raccomanda alcuni ambiti fondamentali che devono essere tutelati e sviluppati all'interno dei Paesi membri⁸, questi sono in particolare:

- l'aggiornamento delle competenze chiave dell'adulto in tutto l'arco della loro vita con un'attenzione particolare per gruppi di destinatari riconosciuti prioritari nel contesto nazionale, regionale e/o locale, come le persone che necessitano di un aggiornamento delle loro competenze;
- vi sia un'infrastruttura adeguata per l'istruzione e la formazione permanente degli adulti che, tenendo conto dei diversi bisogni e competenze degli adulti, preveda la disponibilità di insegnanti e formatori, procedure di convalida e valutazione, misure volte ad assicurare la parità di accesso sia all'apprendimento permanente sia al mercato del lavoro, e il sostegno per i discenti;
- Individuare tra gli stati membri strumenti comuni utilizzabili da politici, datori di lavoro, formatori e discenti al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi definiti congiuntamente;
- Identificare le competenze chiave necessarie per la realizzazione della persona, della cittadinanza attiva, la coesione sociale e l'occupabilità in una società della conoscenza.

Le competenze chiave individuate si dividono in due filoni: per i giovani al termine della loro formazione obbligatoria una preparazione per la vita lavorativa e fornendo la base per un ulteriore apprendimento, mentre per gli adulti nel corso della loro vita un processo di sviluppo e aggiornamento delle competenze.

⁸ Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio Europeo sulle competenze chiave per l'apprendimento permanente del 18 Dicembre 2006 (2006/962/CE).

Il Consiglio dell'Unione Europea con la Raccomandazione del 09 Giugno 2009 sulla sicurezza del paziente, compresa la prevenzione e il controllo dell'infezione associate all'assistenza sanitaria individua una serie di azioni legate sia all'assistenza sanitaria attraverso il settimo programma quadro di ricerca e sviluppo che attraverso un sistema globale di apprendimento volto a registrare l'estensione e le cause degli eventi sfavorevoli, con l'obiettivo di sviluppare soluzioni e interventi efficaci⁹. La sicurezza dei pazienti quindi deve far parte di un sistema di controllo basato su programmi di istruzione e formazione del personale sanitario. Anche in questo caso la formazione diviene uno strumento cardine di controllo del personale e dell'operato legato alle cure efficaci.

Nel 2007 è stato pubblicato un documento prodotto da una Task force internazionale, istituita nell'ambito del Thematic Network on Medical Education in Europe (MEDINE), che comprende oltre cento istituzioni europee coinvolte nelle tematiche della qualità nella formazione medica¹⁰. Essa è presieduta congiuntamente dalla World Federation for Medical Education (WFME) e dall'Association of Medical Schools in Europe (AMSE) e sponsorizzato dalla Commissione europea.

Gli obiettivi sono:

- migliorare gli standard della formazione medica in Europa attraverso la condivisione e la disseminazione di buone pratiche e di metodi e strumenti per il miglioramento della qualità;
- analizzare le modalità di adattamento degli standard WFME al contesto europeo e al processo di Bologna al fine di stabilire i requisiti minimi che devono garantire le scuole di medicina in Europa.

⁹ Raccomandazione del Consiglio Europeo del 09 Giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (2009/C 151/01).

¹⁰ Thematic Network on Medical Education in Europe documento operative 2007.

- produrre un set di standard per la qualità della formazione medica in Europa anche nella prospettiva di favorire la mobilità di studenti e professionisti nell'area europea.

Il Processo di Bologna tenuto nel 1999, che ha coinvolto 29 Ministri all'Istruzione dei paesi europei ha firmato la Joint Declaration on the European Higher Education Area entro il 2010. Con tale dichiarazione sono stati affrontati i temi dell'omogeneità dei percorsi di studi e la libera circolazione dei titoli di studio, approccio condiviso di assicurazione della qualità della formazione erogata, credito accademico ordinario comparabile e formazione continua¹¹. Lo scopo è stato quello di assicurare agli studenti e discenti così come agli istruttori e docenti una maggiore mobilità con una qualità uniforme. Attualmente 40 paesi membri hanno iniziato questo processo di cambiamento che in sanità procede lentamente con un sistema suddiviso in due cicli bachelor e master che sono oggetto di discussione. L'ultima analisi del 2007 ha sondato l'applicazione di questo processo di cambiamento rilevando che questo sistema a due cicli è stato adottato da sette paesi mentre diciannove sono contrari e altri 15 hanno lasciato autonomia alle proprie scuole di medicina.

L'International Federation of Medical Student Association (IFMSA) ha rilevato che se uno dei due cicli non viene uniformemente adottato da tutti i paesi firmatari del Processo di Bologna, potrebbero sorgere problemi circa la mobilità e il riconoscimento del titolo di laurea¹². L'IFMSA sostiene la proposta di un Core Curriculum europeo nel settore dell'istruzione medica e propone che la laurea in medicina sia necessaria per accedere ad un programma di Master.

Con il D.Lgs. 150 del 27 Ottobre 2009 vengono definiti a livello nazionale criteri di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della

¹¹ Processo di Bologna del 1999 – Comunità Europea, Programma MIUR.

¹² Dichiarazione Federation of Medical Student Association – Scope Medical Exchanging and Some Medical Education.

pubblica amministrazione¹³. Con tale Decreto viene attribuito alle diverse strutture pubbliche 6 punti principali:

1. La misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.
2. Ogni amministrazione pubblica e' tenuta a misurare ed a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla Commissione di cui all'articolo 13.
3. Le amministrazioni pubbliche adottano modalità e strumenti di comunicazione che garantiscono la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance.
4. Le amministrazioni pubbliche adottano metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.
5. Il rispetto delle disposizioni del presente Titolo e' condizione necessaria per l'erogazione di premi legati al merito ed alla performance.
6. Non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le amministrazioni interessate utilizzano a tale fine le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

E' evidente il ruolo cruciale della formazione della gestione del processo di valutazione delle performance attraverso strumenti idonei, misurabili e valutabili e una visione d'insieme legata sia ai risultati del processo che ai risultati economici connessi all'attività all'interno non solo della stessa struttura ma di tutte le strutture pubbliche. Al

¹³ D.Lgs. 150 del 27 Ottobre 2009 pubblicato nella gazzetta ufficiale del 31 Ottobre 2009, 254 Supplemento Ordinario n 197.

decreto si aggiungono delle rilevanti novità quali i premi aggiuntivi per le performances di eccellenza e per i migliori progetti innovativi, criteri meritocratici per le progressioni economiche e l'accesso dei dipendenti migliori a percorsi di alta formazione. La valutazione delle performance del singolo professionista e del ruolo della formazione continua e della valutazione sul campo sono analizzate in maniera più approfondita attraverso l'Accordo Stato Regioni del 19 Aprile 2012¹⁴. Lo stesso sistema di omogeneità dei risultati e di trasparenza ma dal punto di vista economico viene introdotto dal D.lgs. 118 del 2008 con il quale viene stabilito per le strutture sanitarie un'armonizzazione dei sistemi contabili già dal 2009 volti al pareggio di bilancio e a un'analisi condivisa e paragonabile dei risultati basata su centri di costo e dati statistici comuni.

Anche in questo caso si configura essenziale una formazione al fine di armonizzare le conoscenze di tutte le componenti tecniche nella definizione e strutturazione del bilancio partendo da dati comuni e da un'analisi basata su centri di costo al fine di confrontare i dati tra strutture aventi medesimi percorsi di cura.

¹⁴ Accordo Stato Regioni “Nuovo sistema di formazione continua in medicina – Linee guida per i Manuali di Accreditamento dei Provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi 2011/2013, federazioni, ordini e collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti” rep. Atti n. 101/esr del 19 Aprile 2012.

2. MODELLI ORGANIZZATIVI SANITARI E LA GESTIONE DELLA FORMAZIONE

L'organizzazione sanitaria è basata su modelli ispirati al sistema sociale vigente e presenta logiche organizzative coerenti con valori etici, culturali, relazionali e sociali¹⁵.

Negli ultimi decenni si sono affermati tre modelli principali di organizzazione sanitaria¹⁶:

- Modello a dominanza di mercato: realizzato soprattutto in Nord America e caratterizzato dalle regole di mercato per meccanismi di allocazione e distribuzione delle risorse, nonché di gestione tecnico-economica delle strutture;
- Modello misto o delle assicurazioni sociali obbligatorie: ampiamente diffuso in ambito europeo e in Italia, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera per ciò che attiene l'assistenza sanitaria di base;
- Modello a dominanza statale: riconducibile soprattutto al sistema sanitario inglese e, in Italia, caratterizzato da un ampio intervento dello Stato, con articolazioni a livello nazionale, regionale e locale, sia per quanto riguarda l'aspetto politico-normativo-programmatico che quello economico-finanziario.

Nel nostro paese si è passati da un sistema delle assicurazioni obbligatorie a un modello a dominanza statale e si sta arrivando verso un sistema che tendenzialmente simula il mercato al fine di contenere le spese. L'analisi dei tre modelli permette di comprendere le diverse modalità di prevenzione, diagnosi, cura e ricerca a cui l'area funzionale della formazione si ricollega nell'espletamento delle proprie funzioni. Nel sistema a dominanza di mercato tutti i soggetti coinvolti seguono le medesime regole: il paziente e l'assicurazione nel caso di prestazioni diagnostico-curative, enti fondazioni o industrie nel caso di ricerca, lo Stato nel caso di programmi di prevenzione e intervento sociale. Nel sistema ad organizzazione statale invece lo Stato stesso si fa carico di tutte le fasi del processo di cura, articolando normativamente e variando l'ampiezza dell'intervento

¹⁵ Anselmi O., Volpatto L., *L'azienda-salute*. Giuffrè, Milano 1990.

¹⁶ Anthony R.N., Young D.W. *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non – profit*. McGraw-Hill, 1990.

in base alla disponibilità di bilancio. In questo sistema sono autonome e distinte le aree di: prevenzione, medicina di base per l'assistenza sanitaria di primo livello e medicina ospedaliera articolata in ospedali specializzati con compiti prevalenti di diagnosi e cura ed istituti scientifici e policlinici universitari con compiti di ricerca annessa.

Tali sistema influenzano drasticamente lo svolgimento dei processi gestionali e l'erogazione delle prestazioni. Un ospedale ad esempio, composto di diverse aree di attività, è una realtà organizzativa complessa caratterizzata dalla presenza di due differenti aree:

- Area sanitaria e tecnica: impegnata nella produzione ed erogazione di prestazioni sanitarie e di servizi connessi con livelli di elevata standardizzazione e elevato grado di autonomia da parte di medici e professionisti in generale nella modalità di utilizzo delle risorse;
- Area gestionale: permette la disponibilità di risorse e informazioni a tutta la struttura dell'azienda sanitaria, in questa prevalgono attività tipicamente standardizzabili e quindi risolvibili attraverso la definizione di procedure e schemi di riferimento.

Si denota da questa analisi che nell'Ospedale deve esserci un coordinamento e un integrazione in grado di realizzare le migliori condizioni organizzative. Bisogna a tal fine analizzare e mettere insieme gli studi di tipo organizzativo e le implicazioni per il settore sanitario definite fino ad oggi ad opera del Prof. Brusa a partire dal 1986¹⁷.

Il primo insieme organico di conoscenze è costituito dall'organizzazione scientifica del lavoro (Taylor 1952). Scopo principale del filone di studi è il miglioramento dei rendimenti del fattore lavoro, condizione necessaria per massimizzare il benessere sia dell'imprenditore che dello stesso lavoratore, per realizzare l'obiettivo i tayloristi propongono un approccio scientifico basato sulla divisione del lavoro (abilità del lavoratore nell'esecuzione delle singole operazioni – specializzazione – standardizzazione delle risorse e del tempo) e coordinamento del lavoro (aggregazione dei compiti in reparti, officine, stabilimenti e individuazione di organi di comando posti ai diversi livelli al fine di coordinare la divisione)¹⁸. Secondo Borgonovi-Zangrandi le teorie tayloriste sono possibili solo in parte nell'organizzazione sanitaria e può essere

¹⁷ Brusa L. Strutture Organizzative di impresa. Giuffrè, Milano 1986.

¹⁸ Taylor F.W. L'organizzazione scientifica del lavoro. Etas Kompass, Milano, 1967.

individuata solo nella specializzazione dei compiti per minimizzare i costi in alcune attività intermedie del servizio (es. assistenza infermieristica), mentre l'autonomia clinica e la personalizzazione delle prestazioni impongono spesso un'analisi del processo produttivo come unico e non standardizzabile¹⁹. Inoltre tale approccio non tiene conto della variabile psico-sociale quale fattore influente sulla produttività e sul lavoro, tenuto invece in grande considerazione secondo la scuola comportamentistica riconducibile agli studi dello psicologo Mayo²⁰. In base a tali studi l'uomo è un essere sociale ovvero attivo quando opera in un ambiente che gli permette la manifestazione delle sue qualità ed è motivato non solo da incentivi di tipo monetario ma anche da prospettive di avanzamento di carriera, da stimoli come stima, riconoscimento della qualità e realizzazione della propria personalità. In ogni azienda e in particolare in quella sanitaria, l'uomo ha un ruolo fondamentale non solo perché svolge le operazioni, ma perché ne determina anche le azioni. L'uomo non è solo il soggetto che compie operazioni tecniche ed economiche ma anche quello che organizza i processi stessi, pertanto i risultati sono condizionati dal comportamento umano. Secondo questo approccio anche gli insuccessi così come i successi possono essere ricercati in elementi come la qualità dei rapporti interpersonali all'interno di un'unità organizzativa, le condizioni e i meccanismi di motivazione del personale, gli strumenti idonei a far rispettare dati standard di operatività, il grado di legittimazione e lo status dei vari ruoli, il livello di conflittualità tra soggetti chiamati a collaborare tra di loro. Dopo la seconda guerra mondiale si è assistito al sorgere delle cosiddette management science. Tali studi di carattere tecnico hanno ad oggetto il processo decisionale svolto all'interno dell'azienda, ovvero incidono molto sul successo delle operazioni oltre ai fattori umani incidono molto le variabili e capacità di scelta in determinate situazioni. Le decisioni quindi è stato studiato possano essere prese attraverso l'ausilio di analisi statistiche o di metodi derivanti dalla matematica o dall'ingegneria. L'approccio sistemistico in base al quale i risultati delle azioni non dipendono dal comportamento dei singoli individui, bensì dal funzionamento del sistema, inteso come insieme di elementi legati da relazioni

¹⁹ Borgonovi E., Zangrandi A.. L'ospedale: un approccio economico-aziendale. Giuffrè, Milano, 1998.

²⁰ Zanda G. La grande impresa. Caratteristiche strutturali e di comportamento. Milano Giuffrè, 1974.

di interdipendenza cancella l'universalità dei modelli di organizzazione fino a quel momento enunciati. L'azienda si presenta come un sistema²¹:

- complesso: per la molteplicità di elementi che la compongono (persone intese sia come individui che gruppi sociali, mezzi tecnici, insieme di strumenti impiegati nell'attività, conoscenze necessarie per l'esecuzione dei compiti);
- aperto: per la capacità a ricevere dall'ambiente esterno input sotto forma di risorse, opportunità e vincoli da elaborare e trasformare in output verso l'esterno
- finalistico: esplicita un comportamento finalizzato a certi obiettivi stabili in fase di pianificazione.

Secondo l'approccio sistematico l'azienda è divisa secondo le sue variabili organizzative classificabili in struttura organizzativa, meccanismi operativi e stile di direzione. La struttura organizzativa è l'insieme delle relazioni esistenti tra i comportamenti dell'organizzazione, in particolare gli organi tra cui è diviso il lavoro, le funzioni che tali organi devono svolgere e le relazioni che legano gli organi stessi. Le 5 componenti dell'organizzazione sono: vertice strategico, linea intermedia, nucleo operativo, staff di tecnostruttura, staff di supporto. Lo staff di supporto comprende l'area formazione della struttura. Nelle aziende di servizio i principali modelli sono²²²³:

- struttura funzionale: in cui la divisione dei compiti avviene in base alle diverse aree funzionali presenti in azienda (produzione, finanza, ricerca e sviluppo, formazione...);
- struttura divisionale: la divisione avviene in base all'output, per prodotto o per zona o per area geografica o ancora per tipo di cliente;
- struttura a matrice: la divisione avviene simultaneamente secondo due criteri, per funzione e prodotto o per funzione e progetto.

²¹ Olla G., Pavan A. Il management nell'azienda sanitaria. Giuffrè, 1996.

²² Brinchi B., Sonnellini V. La formazione strumento per la valorizzazione della sanità in qualità. Panorama della Sanità 14 Aprile 2009.

²³ Brusa L. Dentro l'azienda. Organizzazione e Management. Giuffrè, 2004.

La struttura funzionale prevede:

Carattere	Forma assunta
Raggruppamento lavoro direzionale	Per funzione
n° di livelli base	3 (più ulteriori livelli a volte più numerosi)
Decentramento	Accentramento ovvero decentramento selettivo
Coordinamento	Coesione vari meccanismi, difficoltà in struttura a silos
Organi di staff	Funzioni di tecnostruttura e di supporto
Meccanismi operativi	Sviluppati e formalizzati
Stile manageriale	Difficile generalizzare, il ricorso alla delega mitiga eventuali tendenze autoritarie
Vantaggi e Svantaggi	Efficienza e specializzazione, problemi in caso di business e diversificati a scarsa focalizzazione sul cliente

In questa struttura la struttura dello staff di direzione comprende l'area formazione e supporta la direzione nel raggiungimento degli obiettivi aziendali grazie anche al supporto e all'analisi dello staff di tecnostruttura. L'area formativa si focalizzerà sulla funzione che il ramo aziendale svolge per supportarlo.

Esempio di struttura:



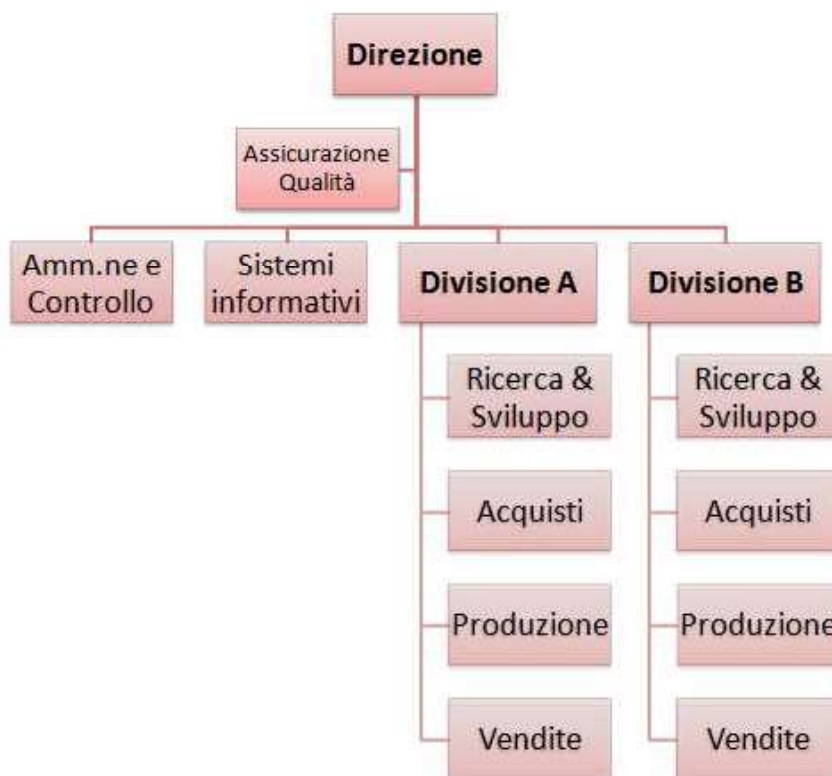
FONTE: DENTRO L'AZIENDA ORGANIZZAZIONE E MANAGEMENT, L.BRUSA, 2004 GIUFFRÈ

La struttura divisionale prevede:

Carattere	Forma assunta
Raggruppamento lavoro direzionale	Per business o altro output
n° di livelli base	4 (inclusi staff centrale, più altri livelli a volte numerosi)
Decentramento	Decentramento a favore si Strategy Business Units
Coordinamento	Coesione vari meccanismi, fondamentali centri di profitto
Organi di staff	Staff centrali e periferici
Meccanismi operativi	Sviluppati e formalizzati (valutazione e incentivazione performance di profitto SBU)
Stile manageriale	Partecipativo a livello altri SBU
Vantaggi e Svantaggi	Presidio dell'output (es.cliente) Scarsa efficienza

In questa struttura l'area formazione prevede un organo di staff che coordina gli altri livelli di staff sottostanti le diverse Strategy Business Units (SBU). Lo staff di direzione terrà sotto analisi l'andamento della formazione, focalizzerà l'attenzione su tematiche specifiche che la dirigenza vuole affrontare nel raggiungimento degli obiettivi. Ciascuna sottoarea della formazione di SBU definirà con lo Staff di direzione la formazione specifica per le esigenze di quella singola SBU.

Esempio di struttura:



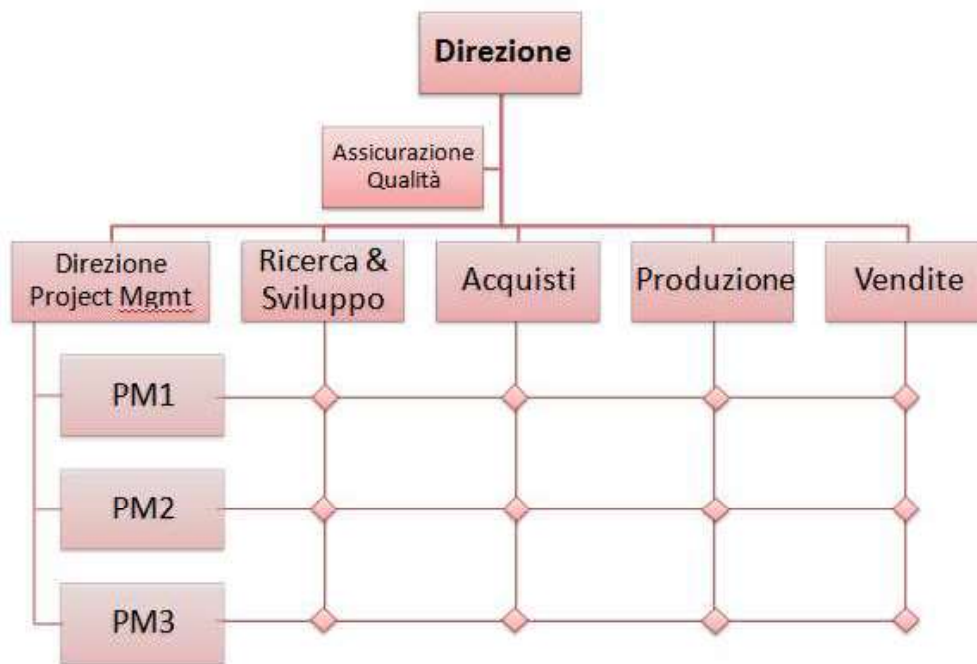
FONTE: DENTRO L'AZIENDA ORGANIZZAZIONE E MANAGEMENT, L.BRUSA, 2004 GIUFFRE'

La struttura a matrice prevede:

Carattere	Forma assunta
Raggruppamento lavoro direzionale	Per funzioni e per output
n° di livelli base	3 (inclusi two boss manager)
Decentramento	Come funzionale + delega ai Project Manager
Coordinamento	Coesione vari meccanismi, fondamentali i Project Manager
Organi di staff	Come funzionale
Meccanismi operativi	Sviluppati e formalizzati (fondamentale il controllo dei Project Manager)
Stile manageriale	Come plurifunzionale
Vantaggi e Svantaggi	Presidio e bilanciato dell'input e dell'output Difficoltà di implementazione

La formazione della struttura a matrice è la medesima di quella funzionale, ma l'area formazione può essere collocata anche solo sotto la direzione andando così a coordinare tutta la formazione della struttura e pianificando il piano di formazione in base ai diversi piani aziendali sottostanti.

Esempio di struttura:



FONTE: DENTRO L'AZIENDA ORGANIZZAZIONE E MANAGEMENT, L.BRUSA, 2004 GIUFFRE'
Ogni struttura avrà un diverso assetto in base al tipo di risorse umane e tecniche, finalità e strategie perseguite; molto spesso accade che siano modelli misti non definiti in maniera separata. Molto spesso nelle aziende sanitarie i diversi livelli hanno una struttura organizzativa differente. I meccanismi operativi sono le modalità con cui si svolge l'attività.

Lo stile della direzione riguarda il modo in cui i dirigenti ed i capi ai vari livelli si comportano nei confronti dei loro dipendenti e, in genere, verso coloro che essi hanno il compito di coordinare. Gli stili di direzione possono essere:

- autoritari: si basa sulla posizione formalmente occupata;
- paternalistico: si basa a un rapporto assimilabile a quello padre-figlio;
- burocratico: si basa sul rispetto delle regole;

- democratico o partecipativo: si basa sul coinvolgimento attivo dei subordinati;
- permissivo: si basa sulla fiducia (non controllata) nel comportamento dei dipendenti.

Nelle strutture sanitarie molto spesso troviamo uno stile autoritario dove ciascun livello è l'unico decision maker nell'ambito delle competenze attribuite e di stili nei quali assume rilevanza la partecipazione decisoria dei subordinati sino a gruppi che si autogestiscono nei limiti predefiniti. Quindi struttura operativa, meccanismi operativi e stili di direzione sono interconnessi e interdipendenti tra di loro nell'organizzazione aziendale ma sono influenzati da alcune variabili di conteso:

- caratteristiche individuali delle persone che fanno parte dell'organizzazione, cioè professionalità, esperienza, propensione al cambiamento;
- variabili sociali dello specifico ambiente in cui l'azienda opera;
- variabili tecniche: con l'efficienza dinamica cambia la metodologia, la diagnosi e la cura;
- variabili istituzionali: derivanti dalla natura dell'ospedale e dal ruolo a esso assegnato;
- variabili ambientali come le caratteristiche di sistema universitario che forma i medici e professionisti in genere, la fase economica del paese che destina maggiori o minori risorse alla sanità, la situazione dell'occupazione, la logica gestionale delle pubblica amministrazione che influenza spesso negativamente gli ospedali pubblici.

Il concetto di ospedale quale struttura complessa permette di individuare almeno due primi livelli organizzativi: la gestione generale della struttura e la gestione operativa delle singole unità. E' necessario inoltre che nelle singole unità venga utilizzata una formula organizzativa coerente con quella del livello generale e analizzare il grado di specializzazione del lavoro svolto ai vari livelli. E' possibile distinguere il grado di specializzazione del lavoro per alcuni tipi di posizioni organizzative: lavoro direzionale di alto livello, lavoro di supervisione di livello medio-basso, lavoro operativo dequalificato e lavoro professionale. La seguente matrice riassume il grado di specializzazione verticale (autonomia decisionale) e orizzontale (numero di attività o loro ampiezza):



FONTE: PRODUZIONE PROPRIA

Troviamo quindi le figure presenti in ospedale collocate secondo le proprie mansioni e la propria autonomia disposte in maniera diversa sulla matrice. Ad esempio l'infermiere svolgerà un lavoro professionale con un'alta specializzazione orizzontale e una bassa specializzazione verticale, il dirigente medico o amministrativo svolgerà lavoro direzionale con una bassa specializzazione orizzontale e una bassa specializzazione verticale ovvero con molti compiti e un'elevata capacità decisionale e ancora gli operatori del servizio alberghiero avranno alta specializzazione verticale e alta specializzazione orizzontale qualificandosi a svolgere un lavoro dequalificato, ripetitivo con pochi compiti e poca libertà decisionale.

Normalmente esistono diverse modalità di raggruppamento in base agli

- input: su base numerica, su base temporale, per tipo di conoscenze e abilità, per tipo di tecnologia;
- output: per business - prodotto, clientela, per area geografica, per progetto;
- sia input che output: per funzione e per processo.

Il raggruppamento per input favorisce l'efficienza o il rafforzamento delle competenze specifiche mentre quello per output l'efficacia e in particolare il servizio reso a clienti esterni o interni.

Anche le strutture ospedaliere e socio sanitarie possono seguire queste modalità di raggruppamento in base alla prevalenza di input o output che la struttura e la direzione si trova ad affrontare o semplicemente in base all'organizzazione e razionalizzazione richiesta e livello normativo.

Osservando i possibili esempi organizzativi anche di altri paesi, è possibile individuare nell'ambito del sistema ospedale almeno i seguenti sottosistemi:

- medico;
- infermieristico-assistenziale;
- dei servizi amministrativi;
- alberghiero.

Mentre il sottosistema medico e quello amministrativo hanno fino ad ora mantenuto un'autonomia di ambito integrata tra da un coordinamento generale e gestionale di vertice, il sottosistema infermieristico-assistenziale e quello alberghiero trovano, a seconda dei casi, o una relazione totale con il sottosistema medico o al contrario una relazione di dipendenza dal personale medico per le incombenze di tipo assistenziale e dall'amministrazione per quello di tipo alberghiero.

A tal proposito vale la legge riforma ospedaliera n. 132/68 in cui le unità assistenziali, articolate in divisioni, sezioni e servizi, si trovano sotto la responsabilità di un primario medico dal quale dipendeva indistintamente tutto il personale (medico, infermieristico e tecnico) assegnato a tali articolazioni.

Variabili di questo sistema si possono rinvenire in Italia presso le case di cura private e, in alcuni paesi europei come la Francia, presso gli istituti specializzati, o in USA, dove vengono adottati criteri organizzativi che attribuiscono al personale infermieristico il compito di gestione del paziente dal punto di vista degenziale, ferma restando la responsabilità verso il sottosistema medico per la parte assistenziale e verso l'amministrazione per l'aspetto alberghiero. Nell'ultimo modello organizzativo non esiste l'articolazione in divisioni, sezioni e servizi con numero predefinito di posti letto, ma le aree di degenza sono differenziate per livelli di intensità delle cure e, nel loro

ambito, i posti letto possono essere assegnati a medici delle varie specialità a seconda dell'afflusso dei pazienti.

Accanto alla prima tipologia di ospedali italiani basata quindi su una rigorosa definizione normativa delle strutture, dei compiti e delle relazioni tra persone è possibile individuare, nell'ambito degli ospedali specializzati e degli istituti scientifici, un secondo modello che presenta una maggiore elasticità della struttura che viene adattata all'iter del paziente.

OSPEDALE GENERALE	OSPEDALE SPECIALIZZATO
<p>Organizzazione centrata sulle strutture.</p> <p>Organizzazione basata sul raggruppamento per prestazioni omogenee: tutti gli interventi sono in successione, con costi separati e non necessariamente con intervento contemporaneo di tutte le figure.</p> <p>Assistenza basata prevalentemente su ricoveri brevi, con periodi di controllo concentrati nel tempo: con tale logica ogni richiesta di assistenza segue lo stesso schema, cioè ricoveri e prestazioni ripetute per lo stesso paziente in caso di necessità di controllo.</p>	<p>Organizzazione centrata sul paziente.</p> <p>Organizzazione dipartimentale basata sui protocolli, cioè sull'iter del paziente: tutti i servizi necessari, dal punto di vista diagnostico, terapeutico, di assistenza psicologica e sociale sono previsti quale funzione dell'assistenza più completa.</p> <p>Assistenza basata per ciclo di terapia a lunga durata, con utilizzo di tutte le forme assistenziali possibili: accertamenti ambulatoriali pre-ricovero, ricovero a tempo pieno, ricovero in dh-diagnostico-terapeutico, controlli ambulatoriali periodici, assistenza domiciliare, ricovero a tempo pieno con prestazioni multiple da parte di vari servizi contemporaneamente.</p>

Esiste un terzo modello organizzativo dotato di ampia elasticità recettiva e di funzionamento di struttura, in cui il criterio organizzativo risulta essere centrato esclusivamente sulla efficienza gestionale, che viene ad assumere così un ruolo completamente staccato dagli atti medici veri e propri. Le strutture demenziali risultano essere a disposizione delle varie specialità, così come l'utilizzo delle sale operatorie; i

pazienti ricoverati vengono seguiti dal medico competente che stabilisce le varie tappe del processo di cura e dell'iter terapeutico, affidando l'esecuzione e la parte assistenziale al sistema infermieristico e concordando con gli altri colleghi eventuali atti di consulenza. Al medico vengono così riservati solo i compiti diagnostico-terapeutici; mentre la struttura ospedaliera viene controllata direttamente al vertice da direttore sanitario, amministrativo e gestionale, assumendo così una funzione di fornitore di quanto necessario. Tale tipo di struttura propone un problema cruciale per le aziende sanitarie: quello della scelta tra un ruolo medico – specialistico completamente separato da quello manageriale ed uno che, al contrario, comprende entrambi gli aspetti; in questo secondo caso il professionista dovrà acquisire la motivazione l'interesse e la cultura relativi alle problematiche di gestione aziendale.

Con il D.lgs. 502/92²⁴ si pongono le premesse per un modello strutturale e organizzativo del tutto particolare che risponde a tutti gli aspetti organizzativi citati. Infatti la struttura e l'organizzazione ospedaliera viene basata su dipartimenti con i seguenti compiti:

- i servizi sanitari dell'azienda ospedaliera sono articolati in dipartimenti in relazione alle diverse aree funzionali omogenee; il concetto di area funzionale omogenea è assimilabile a quella di centro di responsabilità e di costo, cioè una unità organizzativa a cui è preposto un determinato soggetto che dispone di risorse ed è responsabile dei risultati da ottenere;
- è prevista una sviluppata area formativa al fine di supportare le capacità decisionali, manageriali e di pianificazione programmazione e controllo dei servizi (formazione manageriale) e una formazione che mantenga e migliori le competenze dei professionisti coinvolti a più livelli (formazione continua in medicina);
- in ciascun dipartimento confluiscono le divisioni, le sezioni e i servizi attualmente esistenti;
- i criteri generali per l'individuazione della tipologia e degli standard strutturali e funzionali dei dipartimenti di ciascuna azienda ospedaliera sono disposti dal piano sanitario regionale nell'ambito delle determinazioni sulla ristrutturazione della rete dei servizi ospedalieri;

²⁴ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

- la gestione del dipartimento è informata a criteri di collegialità: a tal fine il direttore di dipartimento si avvale dell'apporto dei direttori dei reparti e dei moduli, secondo le disposizioni del regolamento interno dell'azienda;
- presso ogni dipartimento può essere attivato un ufficio di casa economale , dipendente dal direttore del dipartimento, con il compito di provvedere alle minute spese connesse con la gestione del servizio.

Sono strutture che ricalcano i criteri normativi già assegnati dalla legge ospedaliera 128/69 che prevedono la possibilità di regolamenti per l'utilizzo dei posti letto e delle apparecchiature di tipo dipartimentale, come previsto per gli ospedali specializzati e gli istituti a carattere scientifico e che attribuiscono al capo di dipartimento risorse in sede di budget e responsabilità economica e tecnico-scientifica.

L'individuazione dei dipartimenti può avvenire in base a tre criteri fondamentali:

- l'unificazione di attività o settori analoghi o complementari come le divisioni di area medica;
- l'iter del paziente: si crea un struttura che unisca i servizi che assicurino la quasi totalità delle risposte assistenziali necessarie per patologie;
- l'efficienza gestionale: basata sull'analogia organizzativa di servizi specialistici.

In un tale assetto organizzativo è possibile trovare diversi tipi di leadership per coordinare e regolare i servizi. La struttura dipartimentale si trova ad assumere un ruolo di sintesi operativa tra il sistema tecnico-sanitario e quello gestionale-economico al fine di conseguire l'obiettivo della qualità del settore.

Uno degli aspetti maggiormente influenzati dalla concezione aziendalistica di assistenza sanitaria e ospedaliera è il sistema procedurale per la definizione del fabbisogno di personale e della pianta organica. Dal momento che la legge ospedaliera 128/69 deve maggiore importanza normativa alle strutture, le piante organiche erano inizialmente identificate facendo riferimento alle unità base dell'assistenza caratterizzate in relazione al numero di posti letto e al tipo di attività. Successivamente con l'emanazione del D.M. 8 febbraio 1988 sugli standard ospedalieri l'identificazione avviene tramite un parametro diverso costituito dal livello di intensità di cura delle unità di base operative:

terapia intensiva, sub intensiva e cure minime²⁵. Con il D.lgs. 502/92 emerge un sistema sempre basato su riferimenti normativi ma caratterizzato soprattutto da obiettivi programmatici di attività: l'entità del personale viene infatti stabilita in base alla quantità di prestazioni che devono essere prodotte affinché si determini il pareggio nel rapporto tra costi e prestazioni.

Elementi indispensabili per il calcolo sono:

- standard di attività per unità operative stabiliti dalla regione;
- standard di costo per prestazione definite in termini di DRG, tariffari, nomenclatori emanati dalla regione sulla base di elaborati nazionali;
- tetto economico massimo concordato tra aziende e regione in sede di programma annuale economico e di attività.

Sia il D.lgs. 502 di riordino del sistema sanitario che il D.lgs. 29/92 sul pubblico impiego²⁶ fanno risalire il calcolo delle piante organiche, e quindi degli standard di attività, alla definizione dei carichi di lavoro. Il carico di lavoro può essere definito come l'attività che deve essere svolta dal dipendente nell'orario di lavoro; la valutazione del numero di prestazione eseguite nell'unità di tempo considerata costituisce l'attività rilevata mentre il numero di prestazioni che vengono richieste o imposte al lavoratore rappresenta l'attività standard. Quindi risulta importante stabilire quale sia lo standard e l'eventuale procedura per migliorare la qualità e la quantità erogata. Secondo questi approcci risulta opportuno valutare i tempi necessari per la singola prestazione e, individuare in tal modo la pianta organica che occorre per effettuare un determinato numero di prestazioni, tenendo presente che il tempo medio delle prestazioni presenta un certo valore medio x , calcolato sulla media del tempo rilevato per la realizzazione della prestazione in strutture diverse che svolgono però prestazioni analoghe.

Condizione necessaria perché tale procedura venga applicata in modo omogeneo nelle diverse realtà operative è la determinazione da parte del Ministero e delle regioni di

²⁵ Decreto Ministeriale 13 Settembre 1988 "Determinazione degli standards del personale ospedaliero".

²⁶ Decreto Legislativo 3 Febbraio 1993 n.29 "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art.2 della legge 23 ottobre 1992, n.421.

standard adeguati relativi sia ai tempi per prestazioni (standard numerici) sia al loro valore numerico (standard economici) e della formazione ad essi connessa.

Il processo è generalmente definito come quell'insieme di attività che portano alla trasformazione degli input in output; in sanità, il processo si intende come l'insieme delle di attività che si compiono per dare risposta alla domanda di assistenza attraverso le prestazioni assistenziali. Quando si analizza un sistema in cui vengono preventivamente determinati sia gli standard economici relativi al valore delle singole prestazioni, sia gli standard numerici delle prestazioni da realizzare, implicitamente si determinano i limiti economici del processo: pertanto, un miglioramento dello stesso può essere conseguito soltanto attraverso un aumento di produttività o attraverso la razionalizzazione della spesa.

Proprio perché la Formazione ha coinvolto tanti operatori sanitari e contribuito a consentire alle

aziende di dare risposta ai loro obiettivi ai diversi livelli, il portfolio degli eventi formativi deve essere in grado di implementare e aggiornare le conoscenze e gli skills degli operatori.

Il ruolo centrale che la formazione permanente ha assunto in questi ultimi anni, ha trasformato in modo deciso le Unità Operative della Formazione che hanno affrontato difficoltà organizzativo - gestionali solo in parte dovute alla scarsa disponibilità di risorse. La criticità delle risorse umane è un problema e, quando alla formazione viene riconosciuta parzialmente una valenza strategica, questa viene impiegata per superare i problemi dati dalla dalla carenza ciclica di personale che porta con sé l'impossibilità di stabilizzare le competenze e pertanto costringe ad un turnover che impone un addestramento rapido e pressoché costante delle conoscenze relative alla formazione.

A questo aspetto però si debbono aggiungere almeno altre tre criticità:

- l'assenza di una formazione specifica in formazione per le professionalità sanitarie;
- la necessità di un miglioramento continuo della qualità organizzativa e gestionale;
- la crescente consapevolezza degli utenti circa i loro diritti.

Tali aspetti possono rappresentare per il sistema sanitario una sfida che può trasformarsi in opportunità costringendo a:

- formare personale competente capace di rispondere alle sfide innovative;
- misurare il livello delle performance con dati di esito rintracciabili e certi;
- verificare l'efficacia dell'offerta formativa.

Per rispondere al meglio alle criticità evidenziate, un numero sempre più ampio di aziende sanitarie ha scelto di utilizzare la certificazione secondo le norme internazionali UNI EN ISO 9001/2008, modelli organizzativi già sperimentati in diversi campi. L'introduzione di un Sistema Gestione Qualità comporta necessariamente lo sviluppo di un sistema organizzato per la gestione dei processi, delle informazioni e dei dati, presupposto fondamentale per la valutazione della performance dell'organizzazione e per l'introduzione di progetti migliorativi e tenuta sotto controllo degli standard del servizio. La raccolta periodica e sistematica dei dati e delle informazioni permette l'analisi delle caratteristiche del servizio relative all'offerta formativa e dei singoli eventi. Inoltre tale introduzione comporta altrettanto necessariamente l'aggiornamento continuo del personale della Formazione stessa. L'obiettivo è quello di dotarsi di un modello organizzativo capace di supportare al meglio il processo sanitario fornendo agli operatori le competenze scientifiche, tecniche e relazionali necessarie per aumentare la qualità delle prestazioni rese al cittadino utente e anche alla struttura in termini di efficienza e economicità.

2.1. LA FORMAZIONE PER IL GOVERNO CLINICO

Più di un secolo fa, Florence Nightingale indicava la necessità di garantire che i pazienti non si trovassero a soffrire le anche le conseguenze dell'assistenza a loro prestata, in aggiunta a quelle dovute alla loro malattia. Da questa visione illuminata, che ai tempi però poteva osservare solo una organizzazione molto semplice di clinica in larga misura "artigianale" basata per lo più sulle conoscenze di un singolo medico e della propria esperienza, si deve passare ai giorni nostri dopo una molteplicità di tecnologie e articolati modelli organizzativi si integrano e convivono insieme. Proprio il "governo clinico", mutuato dall'inglese "clinical governance", è definito come "il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati i livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica"²⁷. Non vi è oggi alcun dubbio sul fatto che la qualità dell'assistenza sia uno dei problemi principali per i servizi ed i sistemi sanitari. Il tema della qualità delle prestazioni sanitarie è inoltre fortemente intrecciato con quello dell'accessibilità dei servizi quindi con la definizioni quali siano i bisogni assistenziali da garantire, intervenendo tempestivamente laddove sono presenti e più acuti e rilevanti, dando la risposta giusta al momento giusto. Infine tutto questo facendo i conti con gli inevitabili vincoli imposti dalle finite risorse disponibili e quindi mantenendo la sostenibilità del sistema. La qualità assistenziale quindi risulta come un insieme complesso di fattori, che riassumono la capacità di governo di un sistema sanitario, il grado di razionalità nell'uso delle risorse disponibili, le sue capacità di controllo delle innovazioni biomediche e, infine la capacità di indirizzare i comportamenti professionali verso scelte diagnostiche-terapeutiche efficaci ed appropriate. Secondo una stima fatta negli USA , circa il 40% dei pazienti non riceve trattamenti efficaci mentre circa il 25% viene sottoposta a trattamenti inappropriati²⁸.

²⁷ Cinotti R. La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie. Roma: il Pensiero Scientifico Editore, 2004.

²⁸ Schuster M.A., McGlynn E.A., Brook R.H. How good is the quality of health care in the United States? 1998. *Milbank Q.* 2005;83(4):843-95..

Altri paesi industrializzati presentano problemi simili²⁹. Una recente analisi dei sistemi sanitari valutati sulla base di indicatori quali la mortalità di cause prevedibili ed evitabili grazie agli interventi disponibili, documentava come le performance fossero variabili ed indipendenti dalla quantità di risorse investite in ambito sanitario. In altri termini la ricchezza o la costosità di un sistema non garantisce di per sé un buon uso delle tecnologie degli interventi sanitari³⁰. La complessità del sistema assistenziale si esprime attraverso la molteplicità dei problemi assistenziali posti da pazienti che, per le loro caratteristiche, richiedono forme di assistenza per bisogni ed esigenze che sono sempre meno di pertinenza esclusiva di singole professionalità e sempre più spesso invece necessitano di risposte multi specialistiche e multi professionali. Bisogna anche tenere conto del governo delle innovazioni e del difficile rapporto tra ricerca biomedica e pratica clinica e sui limiti derivanti dagli imperfetti meccanismi di trasferimento di conoscenze scientifiche dall'ambito della loro elaborazione. Quindi il governo clinico rappresenta un tentativo di trovare un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo. Si tratta di costruire le condizioni che rendono possibile un agire in modo coordinato e coerente sull'insieme dei determinanti della pratica clinica e, della qualità attraverso la formazione dei professionisti (lifelong learning), il monitoraggio dei processi assistenziali e dei loro risultati (audit clinico), la gestione dei rischi clinici implicati dall'assistenza sanitaria (risk management)³¹. Solo attraverso scelte coerenti di politica sanitaria è possibile pensare di intervenire complessivamente sui diversi determinanti delle politiche assistenziali, utilizzando gli strumenti amministrativi disponibili per indirizzare i comportamenti professionali verso l'appropriatezza clinico-organizzativa, operando sugli assetti organizzativi per promuovere la necessaria integrazione ed il

²⁹ Smith R. Is the NHS getting better or worse? *BMJ*. 2003;327(7426):1239-41..

³⁰ Wright J.G. Hidden Barriers to Improvement in the Quality of Care. *N Engl J Med*. 2002;346(14):1096.

³¹ Grilli R., Taroni F. *Governo Clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Il pensiero Scientifico Editore, 2004 Roma.

coordinamento tra unità assistenziali, definendo criteri che indirizzino la formazione professionale in modo che sia funzionale ad una attenzione continuativa alla qualità dell'assistenza, quest'ultima riconosciuta come parte integrante di percorsi educativi dei professionisti. E' necessario creare le condizioni necessarie a fare in modo che le informazioni sui processi assistenziali siano effettivamente utilizzate in modo conseguente ai fini del governo e della conduzione dei servizi sanitari. Si tratta di operare sul versante organizzativo e su quello culturale. Purtroppo una prima difficoltà risulta dipendere dalla scarsa quantità di risorse in termini di personale e tempo destinati a monitorare e valutare la qualità dell'assistenza, seguita dal problema di cambiare in termini organizzativi e professionali la struttura. Sono previsti diversi principi generali e corrispondenti strumenti per il governo clinico riassumibili attraverso la seguente tabella:

PRINCIPI GENERALI	ATTIVITA'/STRUMENTI
Condivisione multidisciplinare e trans professionale	Adozione di linee-guida e loro traduzione in percorsi diagnostico-terapeutici condivisi; coordinamento ed integrazione tra servizi attraverso le appropriate soluzioni organizzative e relazionali funzionali.
Evidence – based medicine	Facilità di accesso ad informazioni scientifiche primarie e secondarie sulla efficacia degli interventi sanitari.
Imparare dall'esperienza	Audit clinico. Carte di controllo, gestione del rischio.
Responsabilizzazione	Documentazione della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati attraverso criteri di valutazione, indicatori e standard di riferimento appropriati.
Sviluppo professionale	Formazione orientata ad incentivare la conduzione delle attività sopra citate.

L'adozione del principio "imparare dall'esperienza" rappresenta l'aspetto operativo cardine per la cultura a livello di organizzazione, questo implica un esercizio

sistematico di analisi dei processi/esiti assistenziali alla luce delle conoscenze scientifiche acquisite nell'ambito della valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari.

L'organizzazione sanitaria sta attuando una serie di strategie per migliorare l'assistenza al fine di affrontare i cambiamenti normativi e politici. Utile a tal fine risulta la formazione in ambito di qualità e sicurezza. Infatti proprio la formazione sulla qualità risulta essenziale per insegnare ai professionisti i metodi e le competenze che potrebbero essere utilizzate per analizzare e migliorare la qualità. La formazione quindi risulta un elemento essenziale per il governo clinico perché oltre a essere utile per far meglio e con maggiore impegno le stesse cose, basa tutto sulla realtà e ha bisogno di una serie di conoscenze e competenze. La formazione è uno strumento efficace per migliorare la qualità del sistema ma molto spesso i responsabili politici e i professionisti ne tengono poco conto. Il miglioramento della qualità non è solo un miglioramento continuo della qualità o gestione totale della qualità ma un mezzo per cambiare il sistema sanitario che tenga conto dell'analisi al proprio interno della struttura delle difficoltà rilevate, delle lacune e dei bisogni. L'obiettivo è quello di fornire ai manager e ai professionisti le conoscenze necessarie per valutare le prestazioni sanitarie, i bisogni della popolazione e in base alle carenze della politica aziendale utilizzare maggiori pratiche e strumenti per sviluppare azioni dirette a migliorare l'assistenza sanitaria. La crescente attenzione posta sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)³², che sono costituiti dall'insieme di attività di servizi e di prestazioni che il servizio sanitario eroga gratuitamente o attraverso il pagamento di ticket indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza, impone un elevato livello qualitativo della formazione sullo sviluppo di competenze tecniche e non tecniche, da realizzarsi sia nella fase accademica di preparazione dei giovani professionisti che in modo continuativo per l'intera attività professionale. La mancanza di conoscenze e di competenze di professionisti e manager è un significativo ostacolo al miglioramento della qualità nell'assistenza. Esistono

³² I Lea sono stati definiti a livello nazionale con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore nel 2002.

secondo ricerche condotte³³, elementi e aree che devono essere valorizzate e introdotte nei piani di formazione al fine di portare a un miglioramento reale della qualità.

Queste aree possono essere così configurate:

- Contesto generale: come è strutturato il sistema sanitario e suo funzionamento, contesto storico sociale nel quale il sistema sanitario si sviluppa e opere politiche sanitarie, accountability e professionalità;
- Comportamento: psicologia del cambiamento, stili di apprendimento, leadership, teamwork e collaborazione, management, lavoro multidisciplinare, riflettere e imparare dagli errori;
- Bisogni e preferenze delle persone che utilizzano i servizi: guardare alle cure sanitarie dal punto di vista del paziente, identificare e centrare i bisogni e le preferenze dei differenti gruppi di utenti, acquistare gli strumenti per valutare e rispondere agli utenti;
- Processi di cura: pensare in termini di sistema, teoria della complessità ed interdipendenze, spread, sostenibilità, pianificazione e previsione, identificazione e gestione dei rischi;
- Natura della conoscenza: differenti tipologie di evidenze, filosofia della scienza, variazione, misure, conoscenza contestuale e generalizzabile, cambiamento di piccola e ampia portata, raccogliere e analizzare ed interpretare i dati, comunicare le informazioni, mappare i processi.

Esistono diverse tipologie di formazione per il miglioramento della qualità per i professionisti sanitari ma al momento non vi è evidenza su quale di questi sia il migliore e più efficace da utilizzare.

La qualità delle prestazioni sanitarie è strettamente correlata a competenze tecniche che sono costituite in base a ruoli e qualifiche. Ciascun professionista deve tenere aggiornato il proprio insieme di competenze. I formatori hanno identificato quattro fattori che contribuiscono al successo della formazione sul miglioramento della qualità:

- L'insegnamento di strumenti e concetti di miglioramento;
- La disponibilità di data base;
- Le caratteristiche di un team affiatato e un senso di appartenenza nel processo;

³³ Apprendere da adulti: la domanda, l'offerta e le politiche di formazione permanente. Rapporti di sintesi ISFOL, Ottobre 2003, Nicoletti P Spagnuolo G Milana M D'Arcangelo A.

- L'accesso alle informazioni e alle risorse necessarie per portare avanti il miglioramento, come letteratura di riferimento.

Si possono individuare quindi alcuni ambiti su cui sviluppare progetti formativi ai fini del miglioramento della qualità:

- Pazienti e cittadini: identificazione delle persone o gruppi di pazienti e valutazione delle loro esigenze sanitarie e preferenze;
- Sanità come processo di sistema: identificazione dell'interdipendenza tra utenti del servizio, procedure, attività e tecnologie utilizzate per soddisfare le esigenze degli individui e della comunità;
- Misure e variazioni: utilizzo di indicatori per rilevare le variazioni nelle prestazioni, al fine di migliorare la progettazione nell'assistenza sanitaria;
- Guidare e produrre il cambiamento nella sanità: metodi e competenze per condurre il cambiamento in organizzazioni complesse, tra cui la gestione strategica delle persone e del loro lavoro;
- Collaborazione: conoscenza e competenze necessarie per lavorare in modo efficace in gruppo e capire le prospettive e le responsabilità di altri;
- Sviluppo di nuove conoscenze: riconoscere ed essere in grado di creare nuove conoscenze;
- Contesto sociale e responsabilità: comprensione del contesto sociale della sanità, compreso il contesto finanziario;
- Competenze professionale: avere conoscenze professionali e capacità di applicare e collegare gli altri sette domini. Ciò include competenze di base definite dagli organismi accademici e quelle fornite dalle organizzazioni professionali.

L'Australian Council for Safety and Quality in Health Care ha nel 2004 individuato come causa di barriera per garantire la presenza di professionisti competenti ai fini della sicurezza del paziente 7 aree tematiche che compongono il punto focale del "servizio sicuro":

- Comunicazione efficace che comprende il coinvolgimento dei pazienti, la comunicazione del rischio, la comunicazione onesta e trasparente in caso di eventi avversi, il consenso informato, la cultura del rispetto e della consapevolezza;

- L'identificazione, la prevenzione e la gestione degli eventi avversi che comprende: il riconoscimento, la segnalazione e la gestione degli eventi avversi, la gestione del rischio, l'analisi degli errori, la gestione dei reclami;
- Utilizzo delle evidenze e delle informazioni che comprende l'uso delle best practice migliori e dell'information technology;
- Lavorare in sicurezza cioè capacità di lavorare in gruppo e di leadership, conoscere i fattori umani, la complessità delle organizzazioni, assicurare, assicurare la continuità delle cure, gestire la fatica e lo stress;
- Rispetto dell'etica che comprende il mantenimento dell'idoneità al lavoro e i comportamenti;
- Formazione continua cioè considerare il lavoro come un luogo per apprendere e per insegnare;
- Tematiche specifiche ad esempio sicurezza in chirurgia o nell'uso dei farmaci.

Nonostante siano temi presenti in diversi corsi tuttavia mancano alcuni progetti formativi che li includano in modo complessivo sia nella formazione di base che sia in quella continua e questo influisce negativamente sulla realizzazione di una sicurezza assistenziale.

La formazione continua degli operatori, introdotto dal D.Lgs. 229/1999 cosiddetta "Riforma Bindi", impone l'obbligo di crediti di Educazione Continua in Medicina da acquisire. Più che di formazione continua nel vero senso del termine, dovremmo parlare ancora del processo di costruzione di un quadro di riferimento che interessa l'intero sistema sanitario e, gli aspetti della qualità e del miglioramento dell'assistenza.

Ogni persona apprende per tutto l'arco della propria esistenza, seguendo una traiettoria che non sempre risulta lineare. Buona parte del lifelong learning condiziona le scelte di vita che vengono intraprese dal soggetto e questo avviene in contesti normalmente non assoggettati alla formazione. Qualunque azienda che abbia interesse a curare il proprio sviluppo non può prescindere dalle competenze professionali, dalle capacità di intervento e dal comportamento dei propri dipendenti. La formazione è uno degli strumenti più utilizzati per l'orientamento e il rafforzamento del personale e in questo caso gli obiettivi formativi dell'organizzazione coincidono con gli obiettivi di apprendimento del singolo soggetto. Nelle aziende quindi si parla di formazione continua o permanente essendoci una continuità di obiettivi condivisi verso cui andare.

Individualmente ogni operatore sanitario trova nelle norme deontologiche che regolano l'operare della sua professione un richiamo all'obbligo di impegnarsi nell'apprendimento continuo . Viene anche sollecitato attraverso verso una nuova responsabilità (accountability) che comporta l'introduzione nella pratica professionale di criteri di efficienza e di meccanismi di controllo e valutazioni delle prestazioni e dei risultati. L'innovazione e l'apprendimento sono elementi centrali e intrinseci dello sviluppo di un servizio sanitario appropriato. Per formazione quindi si intende un insieme di attività, successive alla formazione iniziale, finalizzate al continuo adeguamento delle capacità di intervento rispetto allo sviluppo scientifico, tecnico e organizzativo dell'assistenza ed al mutare della domanda di salute della popolazione popolazione, non c'è dubbio che sia non solo uno strumento di cambiamento individuale ma anche indispensabile nel garantire nel tempo le prestazioni. La formazione non è uno strumento sufficiente di per sé a risolvere i problemi del servizio sanitario ma tutti dovrebbero considerarlo un elemento necessario per dare agli operatori una sempre maggiore consapevolezza dei problemi e una più sicura padronanza della strumentazione metodologica, scientifica e tecnica. E' necessario un piano strategico per far confluire insieme gli elementi necessari per il cambiamento.

Secondo una visione complessiva la formazione dovrebbe essere parte di un contesto in cui:

- si considerano un insieme di valori e di competenze di fondo;
- sia effettivo l'impegno a creare condizioni di lavoro adatto allo sviluppo delle competenze, in funzione della carriera individuale come dell'organizzazione;
- esistano le possibilità di accedere alla formazione in modo aperto, flessibile e senza discriminazioni;
- l'apprendimento sia conoscitivo, valutato e accreditato e sia condiviso tra gruppi e professioni differenti;
- la pianificazione e la valutazione della formazione faccia parte integrante dello sviluppo delle organizzazioni;
- vi sia possibilità di accedere alle necessarie risorse informative;
- le infrastrutture dedicate siano competenti, accessibili e davvero in grado di supportare l'apprendimento.

Questi aspetti contribuiscono in maniera determinante a fornire la possibilità a nuove forme di coinvolgimento nella governance dei servizi sanitari di tutti i soggetti interessati, incluse le professioni organizzate. Esiste un'ampia letteratura che esamina l'efficacia della formazione in funzione della pertinenza degli obiettivi formativi, della appropriatezza del piano di formazione, delle verifiche della performance, del contributo al miglioramento dell'organizzazione. Alcuni studi hanno valutato l'efficacia di specifiche tecniche didattiche³⁴. In termini generali si potrebbe affermare che gli operatori sanitari imparano per tutta la vita, hanno diversi modi per apprendere e non c'è un metodo in assoluto migliore di altri, modificando la loro pratica professionale e la migliorano, lavorano in contesti che favoriscono l'apprendimento e sono coinvolti sempre più nella organizzazione e nella programmazione dei servizi.

³⁴ Forsetlund L., Bjørndal A., Rashidian A., Jamtvedt G., O'Brien M.A., Wolf F., Davis D., Odgaard-Jensen J., Oxman A.D. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes, the Cochrane Library, Issue 3, 2004.

2.2. LA COMPETENZA

In letteratura esistono numerosi definizioni di competenza, anche significativamente diverse tra loro. La definizione qui adottata vede le competenze come combinazione di conoscenze, capacità ed esperienze finalizzate, collegate cioè al contesto con cui si tratta³⁵.

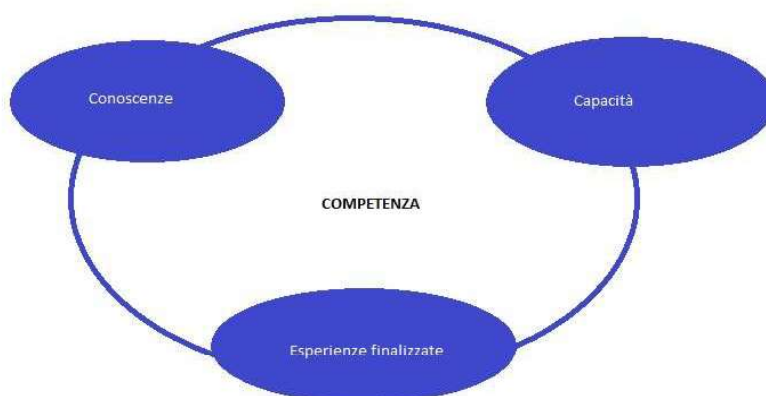


FIGURA: Caratteristiche delle “competenze”.

In questo senso:

- le conoscenze sono tipicamente acquisite con processi di apprendimento formalizzati (la lettura di un libro, un articolo, le lezioni d'aula, la visione di un filmato ecc.), spesso organizzati da istituti a ciò deputati, quali scuole, università ecc. Si tratta dunque di competenze di contenuto, anche nozionistico;
- le capacità riguardano non tanto quello che si sa, bensì quello che si sa fare e il come lo si sa fare. Si tratta di competenze quindi in parte legate a tratti personali, in parte sviluppati o rafforzabili con interventi formativi. I metodi didattici tradizionali, pur utilizzabili, sono però meno efficaci a sviluppare tali capacità.

³⁵ Levati e Saraò. Il modello delle competenze, Angeli, Milano 1998

In questo caso metodi didattici più attivi (role playing, simulazioni, preparazione e discussione di casi aziendali) sembrano più adatti;

- le esperienze finalizzate costituiscono il bagaglio principali delle competenze e in parte il loro stesso obiettivo. Si noti peraltro come gran parte della formazione nella storia dell'uomo sia passato attraverso l'affiancamento, l'apprendistato, la formazione on the job, l'esperienza lavorativa concreta.

La competenza è quindi una caratteristica intrinseca e individuale che è collegata a una performance di efficace o superiore in una mansione o in una situazione di lavoro e che è misurata sulla base di un criterio stabilito. Si compone inoltre di: motivazioni, tratti, immagini di sé, ruoli sociali, conoscenze e abilità. Nello specifico le competenze professionali si compongono di due elementi fondamentali: capacità e conoscenze³⁶. Le capacità concernono i processi cognitivi ed attuativi da agire nell'attività professionale. Possono riguardare capacità anche analitiche relative alla selezione e assunzione degli elementi della situazione professionale; capacità diagnostiche di relative alla comprensione e valutazione delle attività professionali da analizzare; capacità attuative relative alla trasformazione e realizzazione di risultati professionali. Le conoscenze invece concernono i saperi professionali di riferimento dell'attività professionale. Possono riguardare conoscenze teoriche relative agli ambienti e contenuti disciplinari così come sono normalmente codificati e strutturati, conoscenze metodologiche tecniche strumenti - modalità di esercizio dell'attività professionale; conoscenze contestuali relative al contesto organizzativo tipico in cui si esercita l'attività professionale e al connesso ambiente di riferimento.

Nei contesti lavorativi complessi viene chiesto al professionista di assumere decisioni con autonomia e responsabilità, di scegliere e di saper agire integrando efficacemente diversi saperi. La competenza è quindi la capacità di trovare la giusta combinazione di risorse interne ed esterne (saperi, abilità, attitudini ed esperienze). Le competenze in ambito sanitario possono essere distinte in:

1. competenza dell'organizzazione;

³⁶ Monti F. Il sistema regionale della qualifica in Emilia Romagna. Regione Emilia Romagna Assessorato scuola, formazione professionale, università, lavoro, pari opportunità, 2007.

2. competenza del gruppo multidisciplinare di assistenza;
3. competenza delle persone che lavorano all'interno di tali gruppi e servizi.

Esiste una responsabilità sia aziendale che personale per la valutazione, il raggiungimento e il mantenimento di un alto grado di competenza a tutti i livelli al fine di garantire la sicurezza e l'appropriatezza sia delle cure erogate che dell'organizzazione del servizio reso.

La competenza organizzativa si riferisce alle capacità di una struttura di valutare la sua abilità di svolgere particolari funzioni o procedure e di fornire un particolare servizio; l'organizzazione deve chiedersi se esistono procedure adatte per far sì che l'operazione sia eseguita in maniera adeguata, se il personale assegnato alle funzioni ha il giusto mix di capacità e l'ambiente messo a disposizione fornisce la possibilità di acquisire conoscenze adatte a una risposta efficace.

Le competenze del gruppo interdisciplinare si riferisce alla capacità del team di fornire risultati ottimali per gli utenti del servizio sanitario. In passato il servizio sanitario è stato improntato sull'agire individuale dei professionisti, attualmente sappiamo che fornire assistenza sanitaria di qualità significa porre particolare attenzione all'attività della squadra. Pertanto l'attenzione qui è rivolta a quelle competenze interdisciplinari, relazionali e integrative che si sviluppano in equipe e che la struttura deve essere in grado di garantire con riconoscimento professionale o con gratificazioni economiche.

Le competenze individuali sono i livelli che riguardano i singoli operatori, ovvero le conoscenze, le abilità, l'attitudine dell'individuo. La valutazione e gestione delle competenze non deve limitarsi al personale clinico, ma deve interessare tutto il personale, individuando i bisogni di miglioramento di ciascuno e offrendo possibilità di sviluppo. Una performance inadeguata ricade su tutta l'organizzazione.

I programmi di formazione non devono quindi concentrarsi sul singolo individuo, ma sui sistemi in cui questi lavorano e migliorare l'organizzazione di tali sistemi in modo che professionisti sanitari e manager possano concorrere ad offrire servizi di qualità.

2.3 LA METODOLOGIA PER ANALIZZARE I FABBISOGNI FORMATIVI

L'analisi dei fabbisogni formativi è il momento di rilevazione delle necessità formative (PLAN), rappresenta la prima fase del ciclo della formazione e precede le fasi di progettazione, realizzazione dell'intervento, valutazione dei risultati e dell'efficacia dell'intervento di formazione. La rilevazione dei fabbisogni è fondamentale per verificare la "reale" necessità di interventi formativi nel contesto lavorativo, per fissare obiettivi e risultati da raggiungere e per decidere quali sono le metodologie e strumenti maggiormente idonei per svolgere efficacemente l'intervento di formazione³⁷. Una corretta e efficace analisi dei fabbisogni formativi non deve limitarsi alla raccolta dei bisogni espressi dall'organizzazione e derivanti dalla rilevazione di una differenza tra le attese dell'azienda e le capacità effettive espresse dei lavoratori, ma deve tener presente anche le potenzialità, le motivazioni, le aspettative degli utenti stessi del processo formativo. Secondo Quaglino e Carrozzi³⁸ l'analisi dei bisogni formativi deve avvenire a due livelli: rilevazione dei bisogni formativi dell'impresa e rilevazione dei bisogni dell'individuo. L'analisi dei bisogni formativi dell'organizzazione avviene attraverso la raccolta di dati su³⁹:

- l'organizzazione: descrizione dei diversi aspetti della realtà organizzativa, eventi del passato verificatisi all'interno o all'esterno dell'organizzazione, eventi critici che hanno messo in crisi il funzionamento e sopravvivenza dell'azienda; obiettivi e situazione attuale dell'azienda; piani e programmi verso cui è orientata l'azienda;
- il personale: dati anagrafici (età, titolo di studio, anzianità lavorativa, qualifica,...), dati relativi al comportamento organizzativo (assenteismo, turnover, dimissioni ...);
- la formazione: quadro storico delle pregresse attività formative realizzate all'interno dell'organizzazione.

³⁷ Guilbert J.J. Guida Pedagogica per il personale sanitario, 2002 Edizioni Dal Sud.

³⁸ Quaglino G.P. Fare formazione. 2005, Raffaello Cortina Editore

³⁹ Beccastrini S. La formazione permanente nei servizi sociali e sanitari. Per imparare a cambiare insieme. 1996, Fondazione Smith Kline.

L'analisi dei bisogni formativi degli individui avviene invece attraverso:

- l'analisi delle attività: descrizione dei compiti che l'individuo svolge nella quotidianità, con particolare attenzione agli aspetti critici che avvengono durante lo svolgimento del lavoro assegnato;
- l'analisi del ruolo: descrizione in merito ad alcuni aspetti del ruolo organizzativo occupato utili all'identificazione dei bisogni formativi;
- l'analisi degli eventi critici: situazioni che gli individui ritengono particolarmente critiche e che capitano con una certa frequenza;
- l'analisi del sistema di attese degli individui: rilevazione esplicita della necessità di bisogni formativi da parte del personale.

Gli adulti infatti imparano quando:

- Hanno bisogno di conoscere;
- E' rispettato il concetto di sè;
- Sono rispettate le loro esigenze (fisiologiche di sicurezza, di autostima, di ruolo sociale);
- E' riconosciuta l'esperienza precedente;
- Sono disponibili ad apprendere;
- Sono orientati all'apprendimento;
- Sono motivati.

Queste sono le ragioni individuabili attraverso l'analisi della scala di Maslow, riportata nella figura seguente.



La piramide dei bisogni di Maslow (1954)

La L. 122/2010 di riforma della Pubblica amministrazione ne ha cambiato l'assetto, introducendo strutture complesse con nuovi compiti. Per accompagnare e gestire il cambiamento sarà pertanto necessario poter contare su figure professionali con maggiori e a volte nuove competenze. E' compito della formazione coadiuvare la crescita professionale del personale e sostenere l'Amministrazione nella gestione di questa evoluzione. La crisi economica e le scelte della politica hanno inoltre determinato forti tagli ai budget. La circolare n. 10/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica, avente come oggetto la Programmazione della Formazione delle amministrazioni pubbliche⁴⁰, ha sottolineato alcune misure di riduzione della spesa introdotte dal D. Lgs. 78/2010 convertito nella L. 122 /2010, indicando specifiche linee di indirizzo in materia di programmazione e gestione degli interventi di formazione.

In particolare ha precisato che tutte le risorse finanziarie destinate agli interventi di "formazione, aggiornamento ed informazione, svolti in presenza o con metodologie e-learning", avrebbero subito un ridimensionamento del 50% rispetto al 2009.

Oggi più che mai è pertanto indispensabile utilizzare al meglio le risorse e individuare con maggior precisione possibile tematiche e destinatari delle attività formative⁴¹. L'esiguità di risorse economiche e di personale obbliga però a perseguire questi obiettivi scegliendo modalità e strumenti diversi da quelli utilizzati in passato. La raccolta dei fabbisogni può essere definita come "ciò che i discenti devono essere capaci di realizzare al termine del periodo di formazione, che non erano capaci a realizzare prima" oppure come "il divario esistente tra il punto in cui si è adesso e quello a cui si vuole arrivare rispetto ad una particolare serie di competenze definite in un modello".

L'innescò della formazione sanitaria avviene di solito per diverse ragioni:

- risposta alla disfunzione organizzativa/inefficienza;
- sistematizzazione delle competenze/confronto di esperienze
- adeguamento competenze ai cambiamenti organizzativi
- rispetto della normativi

⁴⁰ La Circolare 10 del 2010 del Dipartimento della funzione pubblica in materia di programmazione della formazione delle amministrazioni pubbliche è stata registrata alla Corte dei conti il 4 agosto 2010.

⁴¹ Manovra correttiva: misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria Decreto Legge , testo coordinato 31.05.2010 n° 78 , G.U. 30.07.2010.

In sanità si osservano diverse metodologie di raccolta dei fabbisogni della formazione rispondenti a uno dei diversi impulsi che spingono alla progettazione di percorsi formativi. Prima di tutto il piano sanitario nazionale e poi regionale può essere un punto di riferimento per confrontare esigenze e obiettivi a livello verticale e declinarli attraverso formazioni dedicate al raggiungimento degli stessi o all'analisi ove gli elementi analizzati siano già presenti nella struttura. La seconda analisi dei fabbisogni è basata attraverso questionari o interviste/colloquio o relazioni con la Direzione che individua eventuali esigenze formative in risposta a inefficienze interne o riorganizzazioni mirate anche a portare a cambiamenti organizzativi. La stessa cosa può essere fatta su larga scala in maniera orizzontale sui dipendenti della struttura che per mantenere e migliorare la propria competenza professionale hanno esigenze specifiche quali il confronto e lo scambio di buone pratiche. Inoltre la normativa e la legge vigente (ad esempio la sicurezza sui posti di lavoro D.Lgs. 81/08 o la gestione della privacy) possono vincolare la formazione della struttura e l'attuazione normativa, in questo caso sarà necessaria non tanto una raccolta dei fabbisogni legati alla struttura ma un'applicazione di quanto individuato dal legislatore attraverso Decreti, leggi e regolamenti; la formazione diviene uno strumento di realizzazione di quanto richiesto.

3 LA PROGETTAZIONE FORMATIVA

La progettazione formativa risponde all'esigenza di trasformare gli obiettivi didattici in un programma formativo. E' un'attività eucaristica, anche creativa, non procedurizzabile che richiede due tipi di competenze: - di materia sull'argomento del corso, didattico pedagogiche su come organizzare l'argomento⁴².

La stesura della struttura complessiva del corso definita come macroprogettazione deve comprendere:

- per ogni unità didattica quarto di giornata;
- argomenti da trattare in sintesi;
- metodologie da usare.

Nella macroprogettazione in sanità possiamo individuare anche committenza (chi è il mandatario della formazione), le figure professionali a cui è rivolta la formazione, finalità generica e obiettivi generici, docenti individuati, materiale utilizzato e costi della formazione come elemento utile che confluirà nel budget della formazione. Utile alla macroprogettazione è il referente scientifico in grado di definire gli argomenti necessari per il raggiungimento degli obiettivi. Responsabili di questa fase sono il progettista e il referente scientifico o il comitato tecnico scientifico nel caso in cui siano presenti più figure specializzate per area tematica. La macroprogettazione nasce da un'esigenza della committenza legata all'analisi sul campo dei fabbisogni e alla successiva ridefinizione con la committenza della macroprogettazione.

Le fasi della microprogettazione sono⁴³:

- Finalità del corso
- Obiettivi di apprendimento

⁴² Castagna M. L'Analisi delle esigenze: dal fabbisogno all'intervento formativo. Principi, metodi e strumenti per il formatore. Franco Angeli, Milano, 2010 .

⁴³ Castagna M. Progettare la formazione. Franco Angeli, Milano, 1991 .

- Contenuti, argomenti
- Metodi didattici
- Articolazione ed ordine delle parti
- Tempi di realizzazione
- Numero dei partecipanti
- Aspetti logistico-organizzativi
- Metodi di valutazione

Gli elementi necessari da realizzare nella microprogettazione sono:

- Titolo
- Tipologia corso
- Anno di svolgimento
- Data inizio
- Durata
- N° partecipanti
- N° edizione
- Crediti assegnati
- Luogo di svolgimento
- Direttore del corso
- Responsabile scientifico
- Docenti/Tutor
- Eventuali sponsor
- Eventuali co-organizzatori

- Eventuale adempimento ad obblighi normativi
- Quota di iscrizione (se prevista)
- Obiettivi regionali/nazionali
- Area tematica/obiettivo generale
- Professioni accreditanti
- Finalità e metodi didattici
- Programma corso
- Locandina dell'evento
- Elementi di valutazione dei partecipanti (rilevazione della presenza, del gradimento e dell'apprendimento)

La microprogettazione deve necessariamente affrontare un percorso che parte dalla microprogettazione, si realizza attraverso l'esecuzione, analizza i risultati e li restituisce al committente. Un percorso di formazione è efficace se vi è coerenza tra obiettivi educativi, metodologie, tecniche didattiche e tecniche valutative adottate⁴⁴. Grande attenzione quindi andrebbe portata sugli obiettivi didattici per aumentare le capacità operative o manuali, le capacità intellettuali di risolvere i problemi e incrementare o facilitare i comportamenti interpersonali. Infatti la tassonomia degli obiettivi di apprendimento divide obiettivi conoscitivi di fatti, procedure e concetti, obiettivi legati a capacità operative o manuali, intellettuali e di problem solving, di processi eurocaristici oppure obiettivi legati a comportamenti prescrittibili o che richiedono adattamenti personali.

Vengono attivate differenti tipologie formative in relazione a quale competenza apprendere o migliorare⁴⁵. L'Accordo Stato Regioni (Piemonte) del 1 agosto 2007

⁴⁴ Fedeli M. La progettazione formativa. Pegaso Università Telematica.

⁴⁵ Castagna M. Role playing, autocasi ed esercitazioni psicosociali. Franco Angeli, Milano, 2001.

evidenzia che “la formazione e l’aggiornamento possono avvenire con diverse metodologie di trasferimento delle informazioni e delle competenze” considerando anche vantaggiose modalità quali la formazione blended e l’autoapprendimento. Vi è la tendenza a sviluppare maggiormente la tipologia di formazione sul campo, di formazione a distanza e di rendere la formazione residenziale, oggi ancora prevalente, più efficace favorendo quella ad alta interattività. La formazione residenziale implica la presenza contemporanea, in aula o altre sedi, di docenti e discenti; questa può essere declinata in congressi/simposi/convegni/meeting, seminario/tavole rotonde, conferenze, corsi o retraining. La formazione a distanza implica la separazione fisica tra docente e discente, un'organizzazione didattica strutturata e la disponibilità della comunicazione a due vie. In quest'ottica rientra la fruizione individuale o a gruppi di contenuti che avviene in tempi diversi, scelti singolarmente da ogni utilizzatore; possiamo vedere la loro declinazione in autoapprendimento con o senza tutoraggio. La formazione sul campo è invece una modalità di apprendimento praticata nei contesti lavorativi, nata dalla necessità di contestualizzare il più possibile metodi e approcci formativi alle specificità organizzative e finalizzata a collegare in stretto l'apprendimento teorico con la pratica, di questo fanno parte: stage/tirocini, audit clinici, gruppi di lavoro e progetti di ricerca.

3.2 IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' NELLA FORMAZIONE

La prima definizione di Qualità si ha nell'ISO 8402 sintetizzata nell'insieme di proprietà e caratteristiche di un prodotto o di un servizio, che gli conferiscano l'attitudine a soddisfare bisogni espressi o impliciti. Con l'ISO 9000:2000 la qualità è esplicitata come grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche (di un prodotto, servizio, processo, ecc) soddisfa i requisiti, ove con il termine requisito si intende un'esigenza o un'aspettativa che può essere espressa, o generalmente implicita o cogente. Nei requisiti della qualità di primaria importanza è il grado di soddisfazione dei diversi stakeholders, ovvero i soggetti coinvolti nei progetti di produzione e di utilizzazione di beni e servizi quali: utilizzatori e consumatori, lavoratori, proprietari ed azionisti, fornitori, le cui aspettative vengono prese in considerazione e soddisfatte tramite la conformità ai requisiti stessi. L'ISO 9000:2000 definisce fondamenti e concetti della qualità, con l'ISO 9001 si trattano i requisiti di gestione della qualità, in essa vengono specificati i requisiti dei sistemi di gestione della qualità che un'azienda/un'organizzazione deve soddisfare per dimostrare la sua capacità di fornire prodotti (e servizi) che soddisfino i requisiti del cliente e di ambiti regolamentati. La norma ISO 9004 evidenzia le linee guida sui sistemi di gestione per la qualità, inclusi i processi per il miglioramento continuativo, ai fini della soddisfazione dei clienti dell'azienda/organizzazione e delle altre parti interessate. Con l'entrata in vigore dell'ISO 9001:2008 è elemento importante la soddisfazione relativa a quelli che sono i requisiti negli ambienti di lavoro (struttura) e agli indicatori indiretti di soddisfazione quindi a quelli che sono gli stessi interessi economici cogenti con la produzione. Il Sistema deve quindi essere sottoposto a audit, ovvero conduzione di verifiche ispettive dei sistemi di gestione per collaudare l'efficacia del sistema e la tenuta sotto controllo in corso d'anno. Tali norme sono contenute nell'ISO 9011, che definisce anche i requisiti dei diversi auditors. Il sistema volontario di qualità si basa su una struttura per processi che garantisce la possibilità di gestire una determinata organizzazione attraverso l'identificazione e il controllo dei relativi processi e interazioni in modo sistematico e organico.

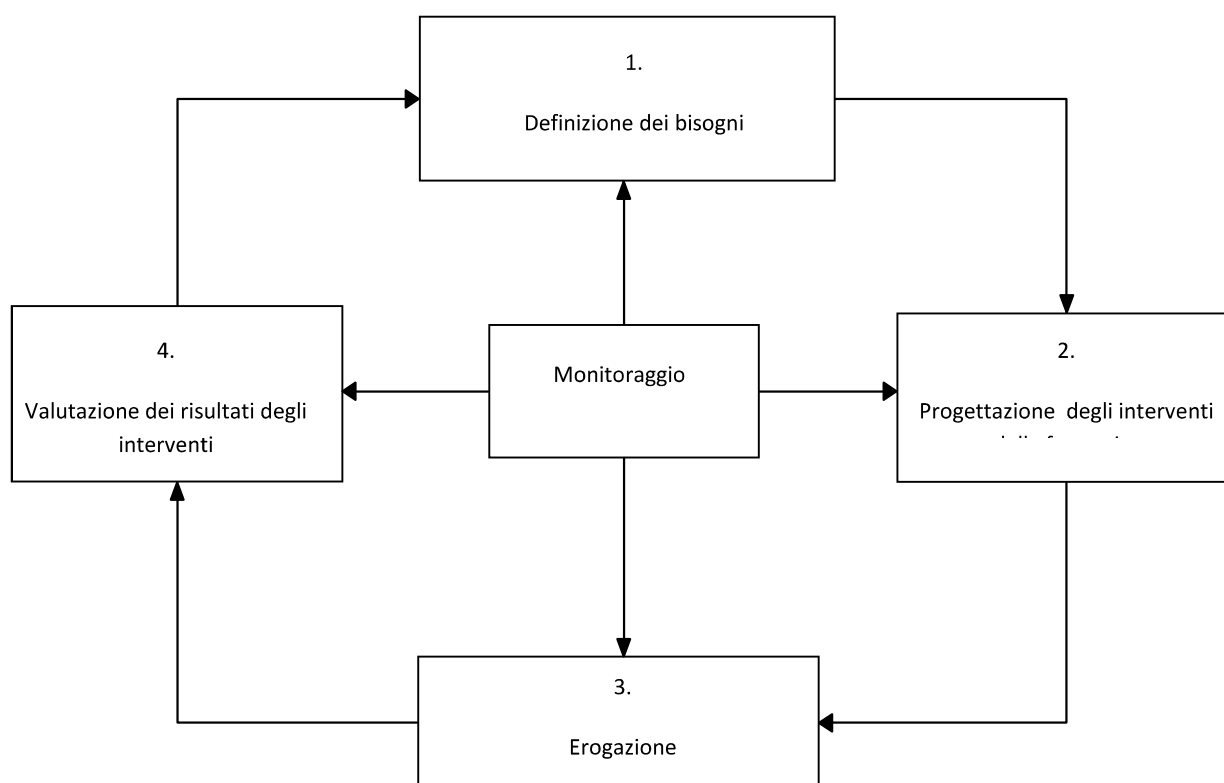
La ISO 2000:2008 è strutturata in 4 paragrafi fondamentali, corrispondenti alle 4 categorie essenziali di requisiti della gestione per la qualità nel quadro dell'approccio per processi e precisamente:

- Responsabilità della Direzione
- Gestione delle Risorse
- Realizzazione di prodotto
- Misurazioni, analisi e miglioramento

Tali paragrafi sono preceduti da uno specifico paragrafo sul “Sistema di gestione della qualità”⁴⁶ che definisce i requisiti generali sulla struttura e sulla documentazione del sistema.

L'identificazione dei processi relativi al Sistema di Gestione per la Qualità dell'organizzazione si basa sul ciclo PLAN DO CHECK ACT (P. D. C. A.) così come la loro pianificazione, attuazione, controllo e miglioramento continuo.

⁴⁶ Regolamento applicativo dei criteri oggettivi di cui all'Accordo Stato-Regioni del 5 Novembre 2009 e per l'accreditamento provvisorio dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 13 Gennaio 2010.



Il ciclo di Deming sopra indicato divide le fasi in processi continui⁴⁷:

- PLAN: PIANIFICARE – PROGETTARE: stabilire gli obiettivi ed i processi necessari per fornire risultati in accordo con i requisiti del cliente e con le politiche della organizzazione.
- DO: DIMOSTRARE – FARE: dare attuazione ai processi
- CHECK: CONTROLLARE: monitorare e misurare i processi e i prodotti a fronte delle politiche, degli obiettivi e dei requisiti relativi ai prodotti e riporta i risultati
- ACTION: AGIRE: adottare azioni per migliorare in modo continuo le prestazioni dei processi

Nella formazione sanitaria è necessario tenere sotto controllo l'intero sistema, per farlo sono presenti diversi strumenti utilizzabili. E' necessario un sistema di qualità che analizzi con un sistema di audit l'intero processo formativo. A questa analisi continua si affiancano altri strumenti derivanti da una valutazione esterna percepita (valutazione da

⁴⁷ Ovretveit J. La Qualità nel Servizio Sanitario. Edises Istituto Giano, 1996.

parte dei discenti del corso o dei docenti) o reclami da parte dei discenti riferiti al sistema⁴⁸. Attraverso il sistema di qualità è pertanto possibile individuare eventuali non conformità utili a una crescita e miglioramento proprio del processo formativo. Al sistema di qualità devono affiancarsi necessariamente dei risultativi dati dall'organizzazione formativa in primis e dagli obiettivi della formazione. Pertanto è necessario non solo applicare procedure e protocolli ma analizzare la reale ricaduta del sistema messo in campo su quelli che sono gli obiettivi specifici di un evento formativo in sanità⁴⁹.

⁴⁸ Verbale incontro gruppo: Qualità della formazione del 4 Agosto e 14 Settembre 2010 Aress – Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, Regione Piemonte.

⁴⁹ Manuale per gli osservatori della qualità dell'Educazione continua in medicina Edizione 26 maggio 2011.

3.3 LA METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE E I CENTRI DI COSTO DELLA FORMAZIONE

3.2.1. IL SISTEMA DI PIANIFICAZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Partendo dall'assunto che le organizzazioni sanitarie sono soggetti economici e aziende a tutti gli effetti e che vengono definite come organizzazioni in grado di trasformare le risorse in servizi (nel sanitario bisogna verificare la rispondenza ai bisogni degli stakeholders), è necessario valutare la loro capacità di aumentare il valore dell'output (efficacia) e di diminuire il valore dell'input a capacità di output (efficienza). In tutte le organizzazioni e non, il valore dell'input deve essere minore di quello dell'output⁵⁰.

Le organizzazioni sanitarie hanno la particolarità di non avere un sistema di prezzi per misurare il valore dell'output, non hanno concorrenza verso il mercato, non sono aziende con l'obiettivo di avere un profitto e essendo nella maggior parte a tutela di un servizio pubblico non rischiano il fallimento.

Per controllare il loro corretto funzionamento dobbiamo pertanto individuare delle alternative per quantificare il valore dell'output, dell'attività rispetto agli altri agenti e quali possono essere i sistemi premianti in un sistema che mira alla soddisfazione della popolazione.

Anche le organizzazioni sanitarie in un'ottica di corretta gestione devono ispirarsi a modelli manageriali che identifichino obiettivi, coerenza tra piani/programmi e risorse stanziati per obiettivi e che responsabilizzi per risultati i diversi attori in campo. Verifica della giusta organizzazione è possibile attraverso sistemi di pianificazione programmazione e controllo della gestione.

Pianificare programmazione e controllare vuol dire tenere sotto controllo l'efficienza cercando l'efficacia del servizio, tenere in considerazione il fatto che il bilancio non

⁵⁰ Brusa E., Zamprognà L. Il controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie. ETAS, Milano, 1991.

deve essere solo una questione economica e che il controllo generale non vede le aree specifiche di rendicontazione e gestione delle aziende sanitarie.

Attualmente si ha molta difficoltà ad avere una visione di insieme a causa di fattori spesso non omogenei. E' molto importante avere presenti le modalità di rendicontazione dell'azienda, ovvero cosa rendicontare a livello economico, finanziario e in termini di qualità del servizio e dei vari livelli di sistema. Molto spesso si cerca nel breve termine l'efficienza ma non si guarda mai al lungo periodo, nella pianificazione è necessario

valutare la questione economica come mezzo e non come fine. Il bilancio contabile presenta una stratificazione di dati aggregati di difficile lettura non sufficiente ad avere un quadro chiaro della situazione.

La programmazione, pianificazione e controllo è un sistema che deve essere in grado di misurare il sistema, conoscendo le attività svolte e responsabilizzando i diversi soggetti coinvolti, deve essere in grado di dividere in sub sistemi dove è possibile individuare leve d'intervento e di responsabilità. E' necessario conoscere i prodotti specifici, o meglio i servizi messi a disposizione del cliente, i processi operativi come insieme di attività svolte dai singoli organi raggruppate per output verso l'esterno o di servizio strumentale verso l'interno e le diverse risorse messe in gioco per la realizzazione del servizio. Se si ignora l'aspetto economico si trascura l'efficienza mentre l'efficacia delle azioni compiute spesso non viene identificata da aspetti economici e finanziari, può riguardare risultati diretti o indiretti di impatto e presenta diversi aspetti nella qualità e quantità del servizio. I modelli organizzativi coinvolti nel sistema sono la struttura organizzativa, il sistema direzionale, il modello di leadership e la cultura aziendale.

In un sistema di pianificazione e controllo è necessario effettuare una reportistica al fine di verificare il raggiungimento di criteri economici e patrimoniali, di centri di costo attraverso la contabilità analitica e di misurazioni extracontabili. Il budget è uno strumento necessario per verificare il raggiungimento di tutti gli indicatori contabili e non identificati relativi al sistema.

Prima di tutto è necessario definire nella pianificazione strategica qual è la missione aziendale, quali i campi di attività, la strategia aziendale identificando programmi operativi di breve periodo e un sistema di monitoraggio in itinere e finale.

E' necessario in tale processo di controllo e gestione definire diversi indicatori in grado di definire in sintesi la performance globale di ciascun responsabile di sub sistema al fine di guidare e valutare l'azione manageriale sia in fase di sviluppo che di controllo finale. Gli indicatori di performance sono definiti anno per anno e si riferiscono a ciascuna unità operante nel sistema con ruolo di responsabilità.

E' necessario valutare efficienza, efficacia, convenienza economica, definizione delle tariffe e budget preposto alle diverse attività del sistema per valutare l'efficacia ed efficienza delle terapie erogate.

In sanità l'output principale è il servizio erogato e l'efficienza è misurabile attraverso l'attitudine a realizzare i propri obiettivi quantitativi e qualitativi. L'efficacia invece deve essere analizzata sia a livello generale che specifico. A livello generale riguarda il numero di cittadini serviti rispetto a quelli potenzialmente da servire (visione prospettica), a tale livello è necessario pianificare un miglioramento strutturale a livello sanitario valutabile attraverso la mobilità attiva e passiva, non misurabile per i servizi di emergenza extraospedaliera.

Il livello specifico riguarda qualità percepita dai cittadini serviti, e la verifica dell'outcome ovvero il risultato che la prestazione ha prodotto sulla salute del paziente. L'efficienza è quindi valutabili nella produttività, riducendo i costi e i tempi di esecuzione. Efficienza ed efficacia definiscono l'economicità della gestione.

Possono essere definiti obiettivi di efficacia quantitativa(numero di prestazioni erogate) e qualitativa (bontà della prestazione, indicatori di risultato), oppure obiettivi di efficienza tecnica (riforma Brunetta e produttività del sistema) o economica (costo della prestazione valutabile per costi standard).

Attraverso i costi standard è possibile valutare l'appropriatezza dell'intervento sia a livello clinico (esito della prestazione) che a livello organizzativo (risorse impiegate e modalità organizzativa).

3.2.2 I COSTI STANDARD

Il “costo standard” è un costo definito in base a una costruzione ex ante dell'impegno economico che l'unità produttiva dovrà sostenere per l'esecuzione del ciclo produttivo⁵¹. Tale costo, infatti, viene definito in base a predefiniti livelli di efficienza e di prezzo in relazione a determinate condizioni operative in uno specifico lasso temporale. Per approfondire il concetto di costo standard è necessario, in primis, distinguere due

tipologie di costi: Costo Effettivo: oneri realmente sostenuti per la produzione di un bene/servizio Costo Previsto: costo che si prevede di sostenere in un determinato periodo di riferimento in relazione sia alle condizioni operative e funzionali in cui l'azienda opera, che delle azioni che l'organizzazione stessa intende attuare per il raggiungimento dei propri obiettivi In questo contesto si evidenzia l'importanza del costo standard come strumento di controllo dell'efficienza aziendale e supporto per la determinazione dei prezzi di vendita e di erogazione. Il costo standard si può distinguere in:

- Costi Standard Ideali: costi definiti in considerazione di un livello ottimale di efficienza tecnico-produttiva (dove vorrei arrivare) dell'azienda o nei suoi rapporti economici esterni.
- Costi Standard Pratici: costi determinati attraverso un'analisi dei costi effettivamente sostenuti dall'azienda in funzione dei livelli di output che si intende raggiungere (dove posso arrivare).

In un'ottica di miglioramento dell'efficienza dell'utilizzo delle risorse interne, quale analisi degli scostamenti effettivo/previsivo, assume un ruolo fondamentale di controllo delle performance ed indirizzo delle politiche correttive per il raggiungimento dei desiderata aziendali.

Ci sono diversi vantaggi nell'uso del costo standard anziché il costo effettivo:

⁵¹ Brusa L. Sistemi Manageriali di Programmazione e Controllo. Giuffrè, 2012.

- Il costo standard è base per il controllo delle performance. I risultati di unità organizzative, il costo del servizio erogato, le prestazioni di un manager possono essere misurate in confronto con il costo standard,

- il costo standard fornisce un costo mediato a fronte di cambiamenti puntuali nel processo produttivo in materiali, modalità di erogazione, esecuzione della prestazione.

Per esempio in un reparto ospedaliero ci sono professionisti con differente anzianità e le loro retribuzioni possono essere differenti. Se essi sono impegnati indifferentemente sulla medesima attività nel medesimo reparto assumo come costo orario per tutti quei professionisti sanitari il costo orario standard.

il costo standard semplifica notevolmente le registrazioni e i rilevamenti per la contabilità: nell'esempio precedente, non devo acquisire e tracciare il nome del professionista che ha realmente lavorato e calcolare il relativo costo orario in base al diverso costo aziendale del suo stipendio: assumo che il costo orario della prestazione sia uguale per tutti. Spesso si utilizza il costo standard perché non sarebbe economicamente conveniente rilevare i costi effettivi.

L'adozione di una contabilità a costi standard avviene in alternativa ai metodi basati sul costo storico di acquisto. Per aggiornare il costo unitario dei centri di produzione il prezzo dei materiali, il costo standard richiede un confronto con altre imprese dello stesso settore in un dato periodo di tempo, sia per l'azienda produttrice che per i suoi fornitori.

Una contabilità basata sul costo storico di acquisto è orientata ad osservare l'andamento dei costi nel tempo, piuttosto che fra aziende diverse.

Una metodologia a costi standard pone l'enfasi sul benchmark con le altre imprese del mercato e le best practice, introduce l'idea che il costo è un fattore variabile da ridurre se troppo si scosta dalle medie di mercato, al di là del fatto che in passato il costo storico di acquisto sia rimasto a determinati livelli.

L'esempio più esteso di utilizzo della contabilità a costi standard è rappresentato proprio dalle amministrazioni pubbliche. Per l'area formativa bisogna pianificare e tenere sotto controllo alcuni costi essenziali: la struttura ove si svolgono le attività dell'area formativa, il personale e tutti i costi relativi alla realizzazione dell'evento formativo. Ma non bisogna trascurare i costi relativi alla tenuta sotto controllo dei risultati ottenuti.

3.2.3. IL BUDGET

Il “costo standard” è un costo definito in base a una costruzione ex ante dell'impegno economico che l'unità produttiva dovrà sostenere per l'esecuzione del ciclo produttivo. Tale costo, infatti, viene definito in base a predefiniti livelli di efficienza e di prezzo in relazione a determinate condizioni operative in uno specifico lasso temporale. Per approfondire il concetto di costo standard è necessario, in primis, distinguere due tipologie di costi:

- Costo Effettivo: oneri realmente sostenuti per la produzione di un bene/servizio
- Costo Previsto: costo che si prevede di sostenere in un determinato periodo di riferimento in relazione sia alle condizioni operative e funzionali in cui l'azienda opera, che delle azioni che l'organizzazione stessa intende attuare per il raggiungimento dei propri obiettivi. In questo contesto si evidenzia l'importanza del costo standard come strumento di controllo dell'efficienza aziendale e supporto per la determinazione dei prezzi di vendita e di erogazione. Il costo standard si può distinguere in:
 - Costi Standard Ideali: costi definiti in considerazione di un livello ottimale di efficienza tecnico-produttiva (dove vorrei arrivare) dell'azienda o nei suoi rapporti economici esterni.
 - Costi Standard Pratici: costi determinati attraverso un'analisi dei costi effettivamente sostenuti dall'azienda in funzione dei livelli di output che si intende raggiungere (dove posso arrivare).

In un'ottica di miglioramento dell'efficienza dell'utilizzo delle risorse interne, quale analisi degli scostamenti effettivo/previsivo, assume un ruolo fondamentale di controllo delle performance ed indirizzo delle politiche correttive per il raggiungimento dei desiderata aziendali.

Ci sono diversi vantaggi nell'uso del costo standard anziché il costo effettivo:

- Il costo standard è base per il controllo delle performance. I risultati di unità organizzative, il costo del servizio erogato, le prestazioni di un manager possono essere misurate in confronto con il costo standard,

- il costo standard fornisce un costo mediato a fronte di cambiamenti puntuali nel processo produttivo in materiali, modalità di erogazione, esecuzione della prestazione.

Per esempio in un reparto ospedaliero ci sono professionisti con differente anzianità e le loro retribuzioni possono essere differenti. Se essi sono impegnati indifferentemente sulla medesima attività nel medesimo reparto assumo come costo orario per tutti quei professionisti sanitari il costo orario standard.

il costo standard semplifica notevolmente le registrazioni e i rilevamenti per la contabilità: nell'esempio precedente, non devo acquisire e tracciare il nome del professionista che ha realmente lavorato e calcolare il relativo costo orario in base al diverso costo aziendale del suo stipendio: assumo che il costo orario della prestazione sia uguale per tutti. Spesso si utilizza il costo standard perché non sarebbe economicamente conveniente rilevare i costi effettivi.

L'adozione di una contabilità a costi standard avviene in alternativa ai metodi basati sul costo storico di acquisto. Per aggiornare il costo unitario dei centri di produzione il prezzo dei materiali, il costo standard richiede un confronto con altre imprese dello stesso settore in un dato periodo di tempo, sia per l'azienda produttrice che per i suoi fornitori.

Una contabilità basata sul costo storico di acquisto è orientata ad osservare l'andamento dei costi nel tempo, piuttosto che fra aziende diverse.

Una metodologia a costi standard pone l'enfasi sul benchmark con le altre imprese del mercato e le best practice, introduce l'idea che il costo è un fattore variabile da ridurre se troppo si scosta dalle medie di mercato, al di là del fatto che in passato il costo storico di acquisto sia rimasto a determinati livelli.

3.2.4 IL REPORTING

Il reporting è un insieme strutturato di informazioni rilevanti di cui periodicamente deve disporre ogni responsabile nella forma più appropriata. Ovvero nelle Aziende Regionali ciascun livello piramidale deve avere un report differente utile a conoscere l'andamento delle variabili gestionali più importanti, identificare selettivamente le aree e i problemi, diagnosticare correttamente le cause, intervenire tempestivamente in modo appropriato e valutare le prestazioni manageriali. Il Report è un consuntivo che deve sia per centro di responsabilità/prodotto/processo che per benchmark individuare e analizzare gli indicatori, gli scostamenti e i commenti relativi. Il report è uno strumento per valutare in base alle variazioni e alle diverse relazioni di area il raggiungimento o meno degli obiettivi definiti. Deve essere uno strumento rivolto anche alla popolazione per valutare tale raggiungimento e definire se sussiste o meno una buona gestione e ove e come può essere migliorata. Un grosso limite della contabilità analitica è la possibilità di avere dei valori non confrontabili tra strutture ospedaliere, a tal fine l'applicazione del D.Lgs. 118 del 2008⁵² sta cercando di individuare parametri comuni a tutte le strutture sanitarie.

Nella formazione sanitaria è pertanto necessario confrontare sia la reale realizzazione della formazione pianificata in sede di progettazione che i risultati effettivamente raggiunti dalla formazione. E' sicuramente necessario mettere a confronto costi variabili e fissi definiti in sede di budget dell'area formazione e valutare eventuali scostamenti legati a variabili organizzative e variabili esecutive della formazione. Tali variabili devono essere valutate dalla direzione per essere utilizzate come strumento di controllo dell'area e di ricaduta effettiva sull'intero sistema. Solo una razionalizzazione dei corsi e una ricaduta effettiva sul sistema sanitario possono giustificare l'utilizzo della formazione come strumento di cambiamento e di management nelle aziende sanitarie. La ricaduta della formazione non è però spesso analizzata in quanto molto spesso non

⁵² D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42.

esistono indicatori comuni utilizzabili. Solo per progetti sperimentali è stato possibile individuare buone pratiche e ricadute in termini di risparmio per il sistema sanitario (esempio progetto nazionale di riduzione delle infezioni a livello post operatorio). La valutazione è un processo trasversale alla formazione e la connota in tutti i suoi aspetti; viene posta in essere in ogni fase del processo di formazione, nella fase di predisposizione del progetto di formazione per assicurare che tutti i fattori siano stati considerati (valutazione prospettiva), durante l'esecuzione del progetto per consentire di perfezionare il percorso (valutazione formativa,), nella fase finale per giudicare il percorso svolto e i risultati conseguiti, ma anche imparare per il futuro

(valutazione inferenziale)⁵³. E' basilare verificare soprattutto la trasferibilità del programma formativo, cioè quanto, in termini di conoscenze, abilità, comportamenti derivanti dalla azione formativa è stato traslato nell'ambito lavorativo.

Le due più importanti teorie che, in varia forma, sono rinvenibili negli approcci alla formazione e alla sua valutazione sono: la teoria della gerarchia degli obiettivi e la teoria dell'approccio sistemico.

La teoria della gerarchia degli obiettivi si basa su tre assunti:

- 1) esistono diversi tipi di obiettivi di formazione, a ciascuno dei quali corrispondono differenti risultati;
- 2) tra gli obiettivi esiste una gerarchia e una implicazione (più o meno forte) di tipo causale;
- 3) la valutazione della formazione deve riguardare l'aumento delle conoscenze, il cambiamento di atteggiamenti ma, soprattutto, quanto viene trasferito dai discenti nel concreto contesto di lavoro.

Secondo tale teoria è possibile ordinare i risultati in base ad una sequenza logica in cui l'effetto di un dato fenomeno è la causa del fenomeno successivo; così vengono individuati una serie di passaggi che compongono la sequenza dei risultati.

L'azione formativa provoca nei partecipanti delle reazioni; dalle reazioni dipende

⁵³ Kirkpatrick D. Evaluating training programs: the four levels. Berrett-Koehler, San Francisco, 1998.

l'apprendimento che a sua volta produce modificazioni nel comportamento sul lavoro; queste modificazioni si traducono in effetti sul funzionamento dell'organizzazione, i quali sono la condizione per il raggiungimento degli scopi ultimi dell'organizzazione. I passaggi debbono necessariamente compiersi tutti per produrre il risultato voluto: compito del valutatore è quello di verificare i collegamenti tra un livello e l'altro.

Secondo la teoria dell'approccio sistemico il campo in cui si sviluppa un progetto

formativo è caratterizzato dalla presenza di una serie di attori in relazione tra di loro e quindi da una possibile diversità di obiettivi. In questa situazione, la valutazione non si può limitare ad esplorare i temi connessi allo stretto contesto dell'intervento (relazione docenti – discenti, verifica della ricaduta alla fine) ma deve estendere il suo dominio all'intero quadro di relazioni che costituisce l'intervento nella situazione concreta. Si tratta dunque di sottoporre a verifica il contesto all'interno del quale dovrebbe essere realizzato il progetto (analisi dei bisogni), le risorse disponibili (input), le modalità di erogazione del processo, l'efficacia ed efficienza dell'intervento, la ricaduta in termini di impatto e la verifica della replicabilità alla luce dei risultati raggiunti.

In questo modo il processo di valutazione accompagna sistematicamente prima il processo di progettazione dell'intervento, quindi il processo di erogazione e infine il processo di verifica dei risultati.

L'approccio sistemico, più dell'approccio obiettivi risultati proprio della teoria della

gerarchia degli obiettivi, richiede una presenza costante ed un forte presidio da parte del valutatore:

In questa prospettiva viene inoltre posta una relazione fondamentale tra processo di progettazione e processo di valutazione che evolvono insieme, in modo integrato ed indissolubile. Questa sinergia va senz'altro assunta come necessaria per ogni progetto orientato alla qualità.

Uno dei modelli attualmente più utilizzati nella valutazione dei processi formativi, basato sulla teoria della gerarchia degli obiettivi, è quello di Kirkpatrick, usato soprattutto nel caso della formazione continua, che ipotizza 4 livelli gerarchici di valutazione:

1. Reazione/Gradimento: soddisfazione per l'intervento formativo ricevuto, basata sulle

percezioni soggettive maturate durante il percorso. Il giudizio dei discenti aiuta a testare la qualità dell'apprendimento sul programma formativo e permette di apportare durante lo svolgimento azioni correttive, se si avverte un livello di gradimento basso. Viene frequentemente accertato attraverso questionari somministrati in tappe intermedie e alla fine.

2. Apprendimento: acquisizione di nuove competenze sotto forma di conoscenze teoriche (sapere), abilità (saper fare), atteggiamenti (saper essere).
3. Comportamenti adottati nel lavoro: comportamenti assunti dopo l'intervento formativo, accertati attraverso questionari e test.
4. Impatto: risultati operativi frutto dei comportamenti professionali ovvero la trasferibilità dell'apprendimento nell'ambito lavorativo.

Nella valutazione di un programma formativo, a questi quattro ambiti, si aggiunge spesso la valutazione sul gradimento della didattica, sull'efficacia dell'attività formativa, sul coinvolgimento e sulle aspettative dei partecipanti, sull'apprendimento finale e quello in "itinerè".

Il sistema di valutazione può comprendere anche un follow-up per un periodo compreso tra sei mesi e un anno allo scopo di monitorare l'efficacia del programma formativo in termini di effetti sulle performance dei partecipanti e sull'organizzazione di cui fanno parte. La valutazione può anche implicare una verifica del "ritorno" sull'investimento del programma formativo (Return on Investment-ROI) cioè la differenza tra due valori: l'investimento effettuato per il programma formativo e l'incremento di prestazioni (in valore) per effetto di un processo formativo.

Generalmente si utilizzano quattro metodologie di valutazioni della formazione, per ciascuna delle quali vengono creati degli strumenti di rilevazione dei giudizi dei discenti, sui diversi ambiti che si intende analizzare:

1. di tipo quantitativo analitico effettuate tramite questionari dettagliati che utilizzano diverse tipologie di "Scale di Misurazioni" (scale di reazione, scale di punteggio, scale di opinione).
2. di tipo quantitativo sintetico effettuate con questionari brevi che indagano il giudizio

complessivo del programma formativo senza scendere in dettagli d'esplorazione.

3. di tipo qualitativo analitico effettuate tramite interviste approfondite, domande aperte e risposte molto descrittive.

4. di tipo qualitativo sintetico effettuate con brevi questionari di “autoriflessione” costituiti da domande aperte per raccogliere opinioni di carattere generale sull'esperienza formativa.

4 LA FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA COME STRUMENTO DI MANAGEMENT

Il Progetto di Educazione Continua in Medicina nasce e si istituzionalizza con Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502⁵⁴ poi integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229⁵⁵ nel Pronunciamento del Consiglio dei Ministri sulla “Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”. Ma la reale esigenza che ha voluto portare anche nel nostro Paese l’ E.C.M, la troviamo nell’analisi e nello studio della professionalità di un operatore della Sanità che può venire definita da tre caratteristiche fondamentali:

- Il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (il sapere);
- Il possesso di abilità tecniche o manuali (il fare);
- Il possesso di capacità comunicative e relazionali (l’essere).

Il rapido e continuo sviluppo della medicina ed, in generale, delle conoscenze biomediche, nonché l’accrescersi continuo delle innovazioni sia tecnologiche che organizzative, rendono sempre più difficile per il singolo operatore della sanità mantenere queste tre caratteristiche al massimo livello: in altre parole mantenersi “aggiornato e competente”. E’ per questo scopo che, in tutti i Paesi del mondo, sono nati i programmi di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.); essa comprende l’insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da chiunque lo desideri (si tratti di una Società Scientifica o di una Società professionale, di una Azienda Ospedaliera, o di una Struttura specificamente dedicata alla Formazione in campo sanitario, ecc.), con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della Sanità. Naturalmente, ogni operatore della Sanità provvederà, in piena autonomia, al proprio aggiornamento; dovrà privilegiare, comunque, gli obiettivi formativi d’interesse nazionale e regionale. La E.C.M. è finalizzata alla valutazione degli eventi formativi, in maniera tale che il singolo medico, infermiere, o altro professionista sanitario possa essere garantito della

⁵⁴ Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

⁵⁵ Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 - Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

qualità ed utilità degli stessi ai fini della tutela della propria professionalità; la E.C.M., inoltre, è lo strumento per ricordare ad ogni professionista il suo dovere di svolgere un adeguato numero di attività di aggiornamento e di riqualificazione professionale. Partecipare ai programmi di E.M.C. è un dovere degli operatori della Sanità, richiamato anche dal Codice Deontologico e anticipato da alcuni Ordini Professionali nell'aggiornamento delle proprie capacità comunicative, ma è anche e soprattutto un diritto dei cittadini, che giustamente richiedono operatori attenti, aggiornati e sensibili. Ciò è oggi particolarmente importante ove si pensi che il cittadino è sempre più informato sulle possibilità della medicina di rispondere, oltre che a domande di cura, a domande più complessive di salute.

4.01. NORMATIVA NAZIONALE ISTITUTIVA DELL'ECM

Con decreto del Ministro della salute del 5 luglio 2000 4 e prima determinazione della Commissione Nazionale, è stato elaborato, sulla base di precedenti esperienze europee, extraeuropee e nazionali, un programma di E.C.M.. Il programma nazionale di E.C.M., riguarda tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella Sanità, sia privata che pubblica. E' esonerato dall'obbligo dell'E.C.M. il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella G.U. n. 2 del 4 gennaio 2000; corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli; formazione complementare es. corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 "Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000 n. 270 Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale; 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 (anno di frequenza). Sono esonerati, altresì, dall'obbligo E.C.M. i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni, nonché in materia di adempimento del servizio militare di cui alla legge 24 dicembre 1986, n. 958, e successive modificazioni, per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

4.02 NORMATIVA REGIONALE ISTITUTIVA DELL'ECM

Il D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, agli articoli dal 16 al 16 sexies definisce le finalità, i soggetti coinvolti e la modalità di attuazione. In particolare nell'art.16 ter, terzo comma dispone che le regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazioni degli ordini e dei collegi professionali, provvedano alla programmazione e all'organizzazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale⁵⁶, elaborando gli obiettivi di specifico interesse regionale, accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale. L'Accordo in data 20 Dicembre 2001, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ha definito puntualmente le competenze di ciascuno e dei rapporti con il corrispondente livello Nazionale, tenendo conto delle novità relative per le Regioni in tema di sanità, formazione e ricerca a seguito della approvazione della Legge 18 Ottobre 2001 n.3 di revisione del titolo V della Costituzione⁵⁷, in attesa di adeguamento della richiamata normativa, si è provveduto alla definizione delle procedure attuative cui attenersi nell'immediato. L'Accordo ribadisce il ruolo delle Regioni, in coerenza con gli indirizzi nazionali, con particolare riferimento alla promozione del sistema per la formazione continua, procedendo in tale contesto:

⁵⁶ Decreto del Ministro della salute del 5 luglio 2000 programma di E.C.M.

⁵⁷ Legge del 23 Dicembre 2000 recante - Disposizione di formazione del bilancio annuale dello Stato (finanziaria 2001).

- all'analisi dei bisogni formativi;
- all'individuazione degli obiettivi formativi;
- all'accreditamento dei progetti di formazione;
- alla partecipazione nell'individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale;
- all'individuazione dei requisiti ulteriori e delle procedure per l'accreditamento dei soggetti fornitori di formazione;
- alle verifiche e alle valutazioni finali volte a verificare l'idoneità dei requisiti di tali fornitori,
- gli aspetti gestionali degli eventi di formazione in funzione del raggiungimento degli obiettivi formativi, le ricadute sull'attività del professionista delle attività formative svolte;
- alla promozione e realizzazione di un'anagrafe dei crediti formativi accumulati dagli operatori.

L'Accordo prevede che l'Assessorato regionale Tutela della salute e sanità, per quanto previsto dal D.Lgs sopra richiamato si doti di un sistema di governo e di coordinamento complessivo della formazione continua e permanente di tutti gli operatori che intervengono a qualsiasi titolo e con qualsiasi ruolo professionale al processo di promozione e tutela della salute dei cittadini e che, pertanto, il sistema di accreditamento ECM regionale debba collocarsi all'interno di tale sistema generale. Le Regioni avranno la competenza di promozione sul proprio territorio il sistema per la formazione continua, definendo l'assetto organizzativo ed operativo del quale dotarsi, distinguendo in tale contesto, i compiti e le funzioni riguardanti gli aspetti di natura istituzionale da gestire in maniera diretta rispetto a quelli di natura prevalentemente tecnico-professionali attribuibili ad organismi e soggetti esterni. Ritenuto che in assenza della definizione di requisiti e criteri per l'accreditamento dei soggetti fornitori, debbano considerarsi provvisoriamente accreditati:

- le Università,
- le Aziende sanitarie della regione e i presidi che fanno parte del sistema sanitario regionale, nonché le strutture a loro afferenti già accreditate come organizzatori di eventi ECM a livello nazionale,
- gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico,
- gli Istituti di zooprofilattici sperimentali,

- gli ordini e i collegi, limitatamente agli aggiornamenti su etica, deontologia e legislazione.

Al fine di promuovere il coinvolgimento dei rappresentanti di tutte le professioni e dei soggetti organizzativi interessati, sia opportuno prevedere l'istituzione di un organismo a cui partecipano le rappresentanze dei professionisti e delle direzioni aziendali, denominato Conferenza Regionale per la Formazione Continua in Sanità, che sarà presieduto dall'Assessore regionale alla Tutela alla Salute e Sanità e costituita da rappresentanti designati dagli Ordini, dai Collegi e dalle Associazioni professionali interessate e dai Direttori Generali per la Formazione Continua in Sanità sarà definita e formalizzata con successivi atti amministrativi. Valutato, inoltre, che per supportare i competenti livelli istituzionali nell'espletamento dei compiti richiamati, sia opportuno l'apporto di esperti nelle tematiche formative, sia sul pianometodologico che di contenuto, si rende necessaria la costituzione di una Commissione Regionale Tecnico Scientifica per l'Educazione Continua in Medicina con funzione di supporto tecnico scientifico alle decisioni della Regione in materia di accreditamento delle iniziative formative (eventi e progetti) proposte dai provider accreditati a livello regionale e di gestione della registrazione dei relativi crediti ECM acquisiti. In Regione Piemonte la Commissione Regionale Tecnico Scientifica è stata collocata all'interno delle funzioni attribuite all'ARESS, attualmente Regione Piemonte in materia di gestione del sistema ECM Regionale, e che la Direzione Regionale Sanità e su indicazione della Conferenza Regionale per la Formazione Continua in Sanità, sulla base di competenze scientifiche e professionali in ambito sanitario e assistenziale, competenze di tipo gestionale dei processi e delle metodologie didattiche tradizionali di formazione continua degli adulti e con una approfondita conoscenza dei sistemi di Educazione Continua in Medicina dal punto di vista nazionale e internazionale. La Regione Piemonte con le delibere relative al Dgr 61-7119 del 15/10/2007 e Dgr 62-7503 del 19/11/2007, ora denominate Testo Unico, ha istituito in maniera sperimentale per il triennio 2007 – 2010 un Progetto di Formazione ECM (Educazione Continua in Medicina).

4.03 PROGRESSO E PERCORSO DEL PROCESSO CONTINUO IN MEDICINA

Il percorso di accreditamento ha visto una progressione nel tempo sia a livello di sistema nazionale che a livello regionale. Il progetto era incentrato sull'accREDITAMENTO dei singoli eventi formativi, sul prodotto, basato su obiettivi definiti a livello nazionale attraverso le Conferenze Stato-Regione e analisi dei fabbisogni nazionali. L'evento era poi valutato da tre referee individuati dal Ministero in base alla propria professionalità sanitaria. I referee valutavano i requisiti richiesti per il raggiungimento degli obiettivi proposti attraverso l'abstract, la metodologia dichiarata, i docenti e i metodi di valutazione finale. I referee confermavano o rettificavano il numero di crediti attribuiti. Il sistema nazionale e l'impostazione del sistema regionale ha visto una spinta verso un accREDITAMENTO delle strutture da parte dell'Age.na.s. o della Regione al fine di garantire la formazione erogata invece che il singolo accREDITAMENTO di eventi. Un sistema che vede sia per il livello nazionale che per il livello regionale requisiti di diverso tipo⁵⁸⁻⁵⁹:

- strutturale (sede legale differente da strutture produttive o commerciali in ambito sanitario-farmaceutico, presenza esplicita nello Statuto e Atto Costitutivo di scopi formativi scientifici dedicati al mantenimento e aggiornamento di competenze, affidabilità economico-finanziaria, esperienza in formazione dimostrabile nell'ultimo triennio, affidabilità e rispetto delle norme in tema di sicurezza, previdenza e fiscalità, tipologia professionale definita e metodologia dedicata, strutture e attrezzature disponibile, struttura formativa adeguata, sistema informatico appropriato);
- la qualità dell'offerta formativa e la gestione del miglioramento continuo della qualità (attraverso procedure e tenuta sotto controllo della qualità e delle diverse parti del processo formativo o, per il sistema nazionale, ISO 9001:2008);
- organizzazione tecnico-scientifica (è richiesta la presenza di diverse figure con responsabilità diverse; un direttore della formazione con compito di

⁵⁸ Linee guida per i manuali di accREDITAMENTO dei provider nazionali e regionali/province autonome, allegato 1, Accordo Stato Regioni del 5 Novembre 2009.

⁵⁹ Manuale di accREDITAMENTO provider pubblici e privati rev.0 del 20 Marzo 2012.

coordinamento e direzione, un referente della formazione con supervisione dei percorsi formativi erogati, un referente della qualità con competenze specifiche di qualità in formazione continua in medicina e sorveglianza sul sistema e/o procedure, un progettista di formazione responsabile proprio della raccolta dei fabbisogni e della progettazione dei singoli percorsi secondo indicazione dei responsabili scientifici e un referente amministrativo con esperienza triennale in ambito amministrativo con responsabilità di pianificazione e controllo dei costi legati alla formazione erogata, per il sistema nazionale un referente informatico con competenze specifiche al mantenimento della struttura informatica e della piattaforma e infine un comitato scientifico composto dai diversi referenti scientifici responsabili delle aree tematiche della formazione erogata e a cui afferiscono di diritto responsabile della formazione, responsabile della qualità e progettista di formazione).

Sia per il sistema nazionale che per il sistema regionale sono previsti dei requisiti minimi necessari per essere accreditati provvisoriamente e dei requisiti standard o di qualità che devono essere raggiunti per mantenere l'accredimento e ricevere a seguito di audit istituzionale accreditamento standard o definitivo. La sorveglianza dei requisiti avviene a cura dell'Osservatorio della qualità che si occupa di verificare la sussistenza delle caratteristiche dichiarate per ogni evento formativo e dei requisiti richiesti dall'accredimento del sistema.

4.1 IL DOSSIER FORMATIVO E LE COMPETENZE

Tra le novità di maggiore rilievo presenti nelle nuove norme del programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) definite con gli ultimi Accordi in Conferenze Stato/Regioni in materia, vi è la parte riguardante la programmazione formativa, soprattutto a livello aziendale.

Nel testo originale si trova:

Il professionista della Sanità ha il diritto/dovere di acquisire crediti ECM su tematiche coerenti con il proprio lavoro. L'aggiornamento, pertanto, dovrà essere finalizzato sia ad obiettivi scelti sulla base della specificità professionale, sia ad obiettivi di interesse generale legati alla programmazione sanitaria (piani sanitari nazionali, regionali e aziendali), definiti su base triennale. Al riguardo è importante che il processo ECM non sia estemporaneo ma sia organizzato e pianificato, contemperando le specificità individuali e professionali con il contesto e gli interessi generali, finalizzati all'assistenza.

Queste componenti possono essere integrate nella predisposizione di un dossier formativo individuale o di gruppo, su base triennale, la cui coerenza e adeguatezza può essere valutata per gli operatori del SSN (pubblici e convenzionati) nell'ambito dell'azienda in cui lavorano, e per i liberi professionisti a livello degli Ordini, Collegi ed Associazioni professionali.

La definizione e la valutazione degli obiettivi formativi specifici avviene a livello individuale, di gruppo e di organizzazione attraverso tre strumenti che assumono nel nuovo Programma ECM un ruolo determinante:

1. Dossier Formativo: individuale (DFI) o di gruppo (DFG);
2. Piano della Formazione Aziendale (PFA);
3. Rapporto sulla Formazione Aziendale (RFA).

Il Dossier Formativo, DF, è lo strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (individuale) o del gruppo di cui fa parte (equipe o

network professionale). Non è quindi un portfolio delle competenze ma può essere considerato come un precursore ed è comunque correlato al profilo professionale ed alla posizione organizzativa.

Il DF si avvale di tre specifiche attività documentabili:

1. L'individuazione del piano formativo, in cui sono indicati gli obiettivi formativi declinati in funzione delle aree e dei campi di apprendimento e degli indirizzi prioritari ovvero quelli rispondenti a bisogni individuali;
2. La periodica e sistematica attività di verifica e di acquisizione della documentazione relativa alle attività di formazione continua svolte dai professionisti accreditati all'ECM, con indicazione delle specifiche tipologie, che verrà sostenuta attraverso gli organismi preposti alla registrazione e certificazione dei crediti;
3. La valutazione periodica (triennale) dell'andamento e dei risultati del percorso, da parte degli organi tecnico professionali preposti alle verifiche delle attività.

Il DF rappresenta una novità assoluta e di primaria rilevanza. Cosa sia, a quali finalità debba rispondere, cosa debba contenere e quali soggetti siano titolati a realizzarlo è descritto in modo chiaro nell'Accordo 2007. Può essere utile, tuttavia, metterne in luce alcune caratteristiche meno evidenti, ma che sono state presenti nel dibattito che ha portato all'Accordo e che sono significative per comprendere il senso della proposta e le sue potenzialità, e per sostenere le ragioni della sua importanza. A questo fine possono essere usate alcune parole chiave: contrappeso, metro e opportunità.

4.2.1 CONTRAPPESO

L'introduzione del DF mira a dare equilibrio a un sistema che è stato sbilanciato dall'introduzione dell'accredimento dei provider. In precedenza, infatti, il meccanismo dell'accredimento degli eventi, anche se era realizzato valutando progetti di carta, permetteva comunque agli enti preposti (CNFC e Regioni) eventualmente di intervenire prima dello svolgimento delle iniziative e in modo capillare e specifico.

Con l'accredimento dei provider, invece, si attribuisce una licenza ampia a programmare la formazione e a realizzarla direttamente. Il meccanismo che è stato

adottato seleziona i provider sulla base di una serie di requisiti ma non garantisce sulla qualità delle iniziative che realizzeranno. Il richiamo a seguire gli obiettivi del Servizio Sanitario e le aree di riferimento prioritarie non è sufficiente, come sa bene chi progetta corsi. Peraltro, la possibilità che vi sia un effettivo controllo su ciò che verrà messo in campo sarebbe fondamentale, ma è anche remota perché tuttora non è stato messo a punto alcun programma di verifica né a livello centrale né regionale.

Per questo per l'applicazione del sistema ECM, in particolare nelle organizzazioni sanitarie, è stato introdotto l'obbligo di muoversi secondo roadmap non solo di carattere generale (il Piano e il Rapporto annuale sulla formazione), ma dettagliate a livello individuale e motivate, che comprendono l'intero ciclo programmazione/valutazione. Ci si dovrà sforzare di rendere esplicite le traiettorie e le ragioni della formazioni, di dare un senso ai progetti e non solo di farli.

4.2.2. METRO

In effetti in questo contesto il termine “metro” andrebbe usato con due significati, come strumento e come unità di misura. Il DF, infatti, è lo strumento che dovrà essere adottato per rendere esplicita la misura dei bisogni, della pertinenza e della rilevanza delle scelte e dei percorsi formativi, del grado di raggiungimento dei risultati. Il sistema ECM si basa sull'acquisizione di crediti che sono, alla fine dei conti, la misura del tempo che presumibilmente è stato dedicato all'apprendimento. Non si misura così la pertinenza della formazione rispetto alle esigenze, non si misura l'effettivo apprendimento e tantomeno l'impatto. Il DF è, invece, uno strumento con cui si può realizzare la valutazione di tutti questi elementi, E, aspetto, particolarmente importante, permette l'autovalutazione da parte dell'individuo, del gruppo o dell'organizzazione, con tutte le straordinarie ricadute che un tale approccio avrebbe sulla responsabilizzazione e sull'autonomia. Il DF, tuttavia, è anche una unità di misura. L'esistenza di un processo di costruzione dei DF è, infatti, di per sé indicatore di qualità delle capacità individuali e dell'organizzazione a governare la formazione.

4.2.3. OPPORTUNITA'

Infine, il DF, è un'opportunità. Anzi, molte opportunità. Come è scritto sull'Accordo, può rappresentare l'anello per la costruzione del portfolio delle competenze. Infatti potremmo cominciare a costruire in modo diffuso i profili di competenze e ad apprendere a mettere in luce i relativi bisogni formativi. Dal cosa saper fare saremmo passati al come saperlo fare. Potrebbe, inoltre, aprire effettivamente la strada al riconoscimento della formazione continua non solo come accumulo di conoscenze ma come strada per i processi di miglioramento professionale e organizzativo. Molto più vicina, invece, è l'opportunità che gli esperti di formazione del personale sanitario hanno per valorizzare il loro ruolo. La costruzione dei DF interessa in primo luogo l'operatore sanitario e il suo responsabile (l'Ordine a cui appartiene nel caso che si tratti di un libero professionista senza relazioni di lavoro con altri), ma è un'operazione complessa che non sarebbe possibile senza competenze specialistiche. Quindi, è un'opportunità anche per le Aziende Sanitarie di organizzare e valorizzare le proprie capacità interne di governare la formazione e di contribuire a migliorare attraverso questa leva la qualità dell'assistenza che erogano. Visto in termini più generali, infine, l'introduzione del DF è un'opportunità anche per il sistema ECM. Se non si sviluppasse una diffusa e impegnata attività di programmazione, coerente con gli obiettivi del miglioramento dell'assistenza, il programma ECM rischierebbe di essere solo un mercato, appetibile forse per le risorse economiche a disposizione, ma utile per interessi diversi da quelli per cui è stato pensato.

5 LA FORMAZIONE MANAGERIALE IN SANITA'

5.1 LE BASI CULTURALI PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE MANAGERIALI IN SANITA'

Un modo di guardare allo sviluppo delle competenze di management nel Servizio Sanitario Nazionale Italiano è quello di seguire, da un lato, le proposte del "nuovo management pubblico" e il dibattito al quale ha dato origine e, dall'altro l'evoluzione dei contributi specifici originati nello stesso sistema sanitario. Il filone del nuovo management pubblico⁶⁰ ha promosso il rafforzamento di logiche di mercato e di strumenti di management nelle aziende pubbliche dall'inizio degli anni 90. Si tratta di una proposta culturale legata in qualche misura alle importanti esperienze di governo liberali che avevano caratterizzato gli anni ottanta negli Stati Uniti e nel Regno Unito, ma anche a una risposta della crisi fiscale di tanti paesi occidentali e dei loro sistemi di benessere sociale. In particolare, Osborne e Gaebler organizzano il loro libro "Reinventing government" attorno a dieci capitoli, ciascuno dei quali dedicati a un principio da adottare:

- governare invece che gestire;
- mettere in grado le comunità di risolvere i problemi invece che, semplicemente, organizzare servizi;
- incoraggiare la concorrenza invece che i monopoli;
- essere orientati dalle finalità istituzionali più che dalle regole;
- orientare ai risultati finanziando questi ultimi invece che nello spendere;
- investire nel prevenire i problemi invece che nel curare la crisi;
- promuovere il decentramento dell'autorità, la partecipazione e il lavoro di gruppo;

⁶⁰ Hood, 1991; Osborne e Gaebler, 1992

- risolvere i problemi attraverso le forze de mercato invece che attraverso nuovi programmi pubblici.

Al tempo della loro proposta, tali concetti erano spesso lontani dal modo di operare concreto di molte pubbliche amministrazioni in buona parte dei paesi occidentali. Ed alcuni di tali cambiamenti sembrano certamente lontani dalla sensibilità, dal campo d'intervento, dalla cultura professionale e organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche. Se si riguarda dai primi anni novanta a oggi, risulta in ogni caso evidente che molte trasformazioni delle pubbliche amministrazioni hanno perseguito obiettivi molto simili a quelli proposti in quell'indice. E che anche il settore sanitario non è rimasto esente da queste trasformazioni. Molto spesso però l'applicazione concreta di tali principi sono state oggetto di critiche perchè viste come logiche e strumenti originati dalle imprese private con fini di lucro piuttosto che dal pubblico. Un secondo filone lungo il quale si è sviluppato il dibattito è stato originato all'interno dello stesso settore sanitario, come conseguenza della necessità di dare risposta a una crescente complessità organizzativa delle strutture sanitarie. Tale complessità è a suo volta stato portato da una serie di evoluzioni del sistema legate al periodo con la dinamicità del processo scientifico in ambito clinico, la professionalizzazione delle attività assistenziali e il progresso tecnologico con le relative crescenti esigenze di garantire la sicurezza del paziente. Si tratta quindi di un'evoluzione interna al sistema sanitario, riferibile in generale al concetto di clinical governance e ancora al tema dell'accountability. Un'evoluzione basata su ragioni scientifiche e tecniche più che su ragioni economiche e culturali, com'è stato per il nuovo management pubblico.

5.2 CARATTERISTICHE DELL'ESPERIENZA ITALIANA

In Italia i cambiamenti sviluppati lungo le due dimensioni citate, soprattutto sotto il riferimento al nuovo management pubblico, erano stati in parte anticipate da un filone di analisi emerso all'interno dell'economia aziendale⁶¹. Questa maturazione è ben testimoniata da, tra gli altri, dagli scritti del Prof. Borgonovi, che fin dalla metà degli

⁶¹ Ongaro e Valotti, 2008

anni ottanta dedica sistematica attenzione alle amministrazioni pubbliche e al settore sanitario, applicando loro le categorie analitiche della teoria economico aziendale italiana⁶². La maturazione anche teorica prodotta in Italia e all'estero sui temi di management per il sistema sanitario è poi incanalata nel processo legislativo di cosiddetta aziendalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, anticipato dai provvedimenti legislativi del 1990 che avevano posto le basi per una riforma complessiva delle pubbliche amministrazioni. L'applicazione di quelle riforme al sistema sanitario è poi avvenuta principalmente con il D.Lgs. 502/1992 e le norme di settore degli anni successivi. A queste norme di settore si era poi affiancata la riforma del pubblico impiego con il D.Lgs. 29/1993. L'aziendalizzazione ha difatti reso esplicita la responsabilità gestionale delle singole aziende e ha aumentato i gradi di autonomia all'interno dei quali le stesse aziende erano chiamate a sviluppare le risposte più adatte al contesto epidemiologico, istituzionale e sociale presente a livello locale. Come tutte le riforme strutturali di sistemi organizzativi complessi e strettamente legati alle dimensioni del complesso politico, il processo di aziendalizzazione ha vissuto fasi di accelerazione, di rallentamento, di riordinamento. Le Regioni a volte hanno assunto atteggiamenti dirigenziali e di riaccentramento regionale, altre volte hanno invece lasciato maggiore autonomia all'azione aziendale. In molti casi si hanno avute resistenze da parte del personale sanitario, che spesso ha vissuto l'aziendalizzazione come un attacco alla propria autonomia professionale e un tentativo di far prevalere le logiche economiche di efficienza o di costo-efficacia rispetto a quelle tradizionali di della cultura clinico-assistenziale, per lo più attente alla sola dimensione dell'efficienza e scarsamente interessate alle implicazioni economiche dei comportamenti professionali⁶³. Infine non poche resistenze si sono incontrate tra gli stessi amministrativi e gli stessi responsabili delle strutture amministrative aziendali. In quest'ultimo caso le preoccupazioni sono state spesso legate a un eccesso di discrezionalità che, a loro dire, sarebbe il portato dall'aziendalizzazione, insieme al rischio di politicizzazione, lì dove tale discrezionalità fosse utilizzata impropriamente a fini politico-elettorali. All'interno di tale dibattito si possono ricondurre anche le diverse posizioni che nel corso del tempo vari attori del sistema sanitario, compresi rappresentanti del Governo nazionale e il Parlamento, hanno assunto con riguardo al presunto eccessivo potere dei direttori generali e dei loro staff, e all'opportunità d

⁶² Borgonovi, 1984; Borgonovi e Zangradi, 1998; Borgonovi et al. 1998; Borgonovi 1191.

⁶³ De Piero 2005

allargare la direzione aziendale, recuperando in particolare la sensibilità e gli orientamenti dei clinici, attraverso un potenziamento del collegio di direzione o attraverso altre soluzioni relative all'assetto istituzionale e organizzativo interno (esempio per il conferimento degli incarichi dirigenziali apicali).

5.3 QUADRO NORMATIVO DELLA FORMAZIONE PER I RUOLI DI DIREZIONE GENERALE

La nomina a Direttore Generale di una ASL o Azienda Ospedaliera da parte della Giunta Regionale è normalmente effettuata a partire da un elenco di persone che, avendo i requisiti richiesti, sono presenti in un Albo pubblico che ciascuna Regione gestisce.

Le modalità di iscrizione all'Albo possono variare da Regione a Regione, ma normalmente vengono richiesti gli stessi requisiti che rendono possibile la nomina nella posizione da Direttore Generale. L'iscrizione all'Albo avendo i requisiti può anche essere effettuata successivamente alla nomina in posizione.

Per i requisiti ci si riferisce a quanto previsto dal D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni che all'art.3-bis indica che per essere nominati Direttori Generali servono:

- a) Diploma di laurea
- b) Esperienza almeno quinquennale di dirigenza tecnica o amministrativa in enti, aziende pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e di diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.

La norma non vincola la materia del corso di laurea; dall'analisi delle esperienze in Italia c'è una predominanza di medici a cui si aggiungono in seconda battuta economisti, giuristi, psicologi e ingegneri.

Elemento comune che deve sussistere, una pregressa omogeneità di competenze per coloro che ricoprono la carica di Direttore con l'obbligo entro 18 mesi di produrre una relazione in cui si certificano le proprie competenze manageriali e organizzative in sanità pubblica (determinazione stabilita dall'art.3 bis D.Lgs. 502/229 richiamato con D.lgs. 502/92 e s.m. Art.3 bis c.4). Nell'ultimo comma citato si chiede che i Direttori Sanitari producano certificazione di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con l'Università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'art. 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale.

Caratteristica obbligatoria della formazione: i contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a 120 ore programmate in un periodo non superiore a 6 mesi, nonché la modalità di conseguimento della certificazione sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del D.lgs. 19 Giugno 1999 n.229 con decreto del Ministero della Sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra stato e Regioni.

Successivamente con Decreto Ministeriale del 1 Agosto 2000 (Disciplina dei corsi di formazione di Direttori Generali delle Aziende Sanitarie (G.U. Serie Generale n.300 del 27 Dicembre 2000) sono state definite le specifiche per la realizzazione della formazione ai fini del conseguimento della certificazione prevista per l'iscrizione all'Albo di coloro con i requisiti per poter ricoprire la carica di Direttore Generale. L'art.3 definisce i macroargomenti della formazione: "I corsi di formazione hanno lo scopo di fornire strumenti e tecniche propri del processo manageriale, quali l'analisi e la diagnosi organizzativa, la pianificazione strategica e operativa, il controllo di gestione, la direzione per obiettivi e la gestione delle risorse umane". In particolare inoltre "I programmi dei corsi sviluppano le tematiche riferite alle aree di sanità pubblica; organizzazione e gestione dei servizi sanitari; gestione economico-finanziaria; risorse umane e organizzazione del lavoro" (art.3 c.2).

Lo stesso decreto definisce le modalità didattiche, che possono essere sia in plenaria, sia di lezione frontale che seminariale a distanza (in parte) e introduce l'accREDITAMENTO delle strutture abilitate ad erogare questo tipo di formazione da part di ciascuna Regione. La certificazione delle competenze ha una dimensione regionale e nulla si dice riguardo la sua eventuale trasferibilità/validità in altre Regioni.

5.4 DIRETTORI SANITARI E DIRIGENTI SANITARI

Quanto detto per i Direttori Generali era stato introdotto per i Direttori Sanitari qualche anno prima. Infatti il DPR 484/97 ha introdotto l'obbligatorietà dei corsi di formazione per i dirigenti sanitari (medici, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi), per ricoprire incarichi di struttura complessa e per l'avanzamento in carriera. E' necessario anche in questi casi una certificazione delle competenze possedute, che si ottiene attraverso la partecipazione a corsi specifici organizzati dalle Regioni, orientati proprio a questo fine. La certificazione per i dirigenti di struttura complessa ha una validità di 7 anni (DPR 10 Dicembre 1997, n.484, art.7) (mentre nulla si dice formalmente in merito alla scadenza della certificazione per i direttori generali che ovviamente possono non essere dirigenti sanitari) e, per essere mantenuta, deve essere aggiornata attraverso la partecipazione a corsi specifici durante il periodo di validità. Sempre per i Direttori Sanitari si individua anche attraverso un accordo Stato-Regioni (10 Luglio 2003), la reciprocità tra Regioni dei corsi di formazione manageriale ai sensi degli art. 15 e 16-quinquies del D.Lgs. 502/92 s.m. e dell'art.7 del DPR n.484/97. L'accordo fissa la reciprocità del riconoscimento della formazione manageriale, della capacità gestionali, organizzative e di direzione, seguite ai fini del conseguimento di incarichi di direzione sanitaria e di secondo livello dirigenziale. L'accordo fissa anche le regole affinché la formazione ricevuta in una Regione possa essere considerata valida anche in un'altra Regione. L'accordo richiama anche la formazione obbligatoria posta con un monte ore minimo di 120 definendo i temi formativi e lasciando discrezione alle Regioni gli eventuali argomenti e approfondimenti aggiuntivi (decreto 18/2000). Per acquisire la certificazione il partecipante deve sostenere un esame conclusivo, le cui modalità possono essere stabilite dalle Regioni o Province Autonome. Con il corso di 120 ore previsto per i i Dirigenti Sanitari vengono acquisiti in corso d'anno i crediti obbligatori ma dovranno essere acquisiti secondo quanto stabilito da norme ECM per gli anni successivi.

5.5 IL GRADO DI ATTIVITA' NELLE REGIONI

In molte Regioni sono presenti diverse attività pregresse per ruoli di Direzione Sanitaria, in molte altre Regioni non esistono ancora precedenti. Il grado di attività infatti è molto diverso e, accanto a Regioni che hanno periodicamente realizzato interventi, in modo da consentire l'acquisizione della certificazione e il suo mantenimento, ve ne sono altre che, per diversi motivi, non sono riuscite a realizzare concretamente le iniziative previste. Tra le Regioni non attive, in qualche caso non si arriva ancora ad una realizzazione:

- Nessuna attività specifica: Marche e Calabria
- Solo progettazione: Campania e Puglia
- Realizzate solo 2 edizioni dal 2000: Veneto, Basilicata, Piemonte e Sardegna
- Realizzati Corsi Specifici e periodici (più di 2 edizioni): Umbria, Toscana, Lazio, Emilia Romagna, Lombardia, Liguria e Sicilia.

Nel complesso notiamo un grado di attività con iniziative mirate e periodiche. Inizialmente sarebbe ipotizzabile che un lo scarso livello di attività di alcune Regioni possa essere dato dalle dimensioni del target di riferimento: uno scarso numero di posizioni di direzione generale determina la mancanza di una massa critica utile alla definizione di un percorso formativo complesso. In realtà non si evidenzia tale situazione. Anche in alcune Regioni, con un piccolo numero di Aziende Sanitarie, sono risultate attive con corsi regolarmente erogati (es. Umbria). Un'altra ipotesi potrebbe essere basata sulla caratteristica di "bassa domanda regionale" che è quella per cui Regioni con poche posizioni potrebbero essere spinte verso accordi strutturali con altre Regioni ma, non pare una strada seguita. E' interessante osservare le diversità su come le stesse hanno impostato organizzativamente la propria attività, analisi da cui emergono interessanti differenze.

5.6 I DIVERSI MODELLI DELLA ATTIVITA' FORMATIVA NELLE REGIONI

Esistono due principali modelli di assetto che le Regioni hanno realizzato per la organizzazione e gestione dell'attività formativa. In primo modello prevede la creazione di attività organizzativa distinta dalla Regione ma da essa completamente posseduta, dedicata alla progettazione operativa e all'organizzazione dei processi formativi per le Aziende del territorio. Appartengono a questo gruppo di Regioni la Lombardia, il Piemonte, l'Emilia Romagna, l'Umbria, la Sicilia, il Lazio, il Veneto. Questo modello è stato scelto per le economie di scopo e di scala che realizza, innanzitutto perchè facilita la concentrazione di saperi e di competenze sulle attività formative in un unico soggetto specializzato in tali attività. La sua dimensione di riferimento regionale, inoltre, consente di guardare l'intera platea di riferimento della sanità regionale come destinatari e fruitori primi dell'organizzazione delle attività, che comunque abbiamo osservato essere estesa anche oltre ai confini regionali nella maggioranza dei casi. In tutti i casi appartenenti a questo modello, le singole aziende sanitarie e ospedaliere effettuano alcune attività formative specifiche rispetto il proprio ambito di autonomia. Infatti i processi formativi erogati da queste entità sono talvolta differenziati per "target": normalmente sono rivolti innanzitutto ai ruoli di direzione generale e anche agli altri ruoli dirigenziali (nei diversi ruoli sanitari, amministrativi, tecnico-professionale); talvolta si occupano anche della formazione di "Educazione Continua in Medicina" per le figure del comparto, ma normalmente emerge più autonomia data alle singole aziende per queste finalità formative. I tre target principali della formazione possono essere raggiunti attraverso entità diverse, ma stabili in questo modello, e modalità diverse nelle varie Regioni.

Altre economie di scala implicate da questo modello derivano dalla creazione di un "rapporto privilegiato" e consolidato tra società dedicata e Regione, che quindi non deve ogni volta esprimere una gara per la scelta dell'erogazione dei singoli corsi. Il modello specializzato ha una variante in Toscana, ove la Regione ha avviato una sorta di "partnership" dal 2004 con un'unica struttura universitaria per la formazione manageriale alla sanità regionale, che include anche la formazione ai ruoli di dirigente generale. Il partner in questo caso non è un organismo regionale, ma è legato da un

rapporto stabile, rinnovato attraverso convenzioni alla Regione stessa. Il modello specializzato si articola al suo interno in due sottomodelli: il primo è rappresentato dalle strutture dedicate e integrate verticalmente, nel senso che si occupano della progettazione di dettaglio, della erogazione mantenendo sia il controllo che la responsabilità di erogazione. A questo modello specializzato e integrato appartengono Umbria, Emilia Romagna, Sicilia e Toscana. Il secondo sottomodello invece è formato da strutture che mantengono la progettazione di alto livello e la verifica della coerenza con i bisogni formativi, ma comprano l'erogazione da strutture terze, ad esempio le Università presenti sul territorio di riferimento, dopo un processo di accreditamento. Tra le Regioni attive appartenenti a questo modello specializzato ed esternalizzato vediamo la Lombardia e il Veneto. In questo caso la scuola Regionale ha una funzione di broker, di preavalutazione e di scelta di erogatori accreditati, ed è garante del corretto svolgimento di corsi, ma lascia la libertà agli stessi nel definire le modalità specifiche di erogazione. Le altre Regioni invece, hanno adottato per ora un modello tradizionale, per certi versi forse più flessibile, mantenendo al loro interno la rilevazione del fabbisogno formativo, la progettazione di alto livello, il controllo delle iniziative formative, mentre ricercano di volta in volta all'esterno l'erogatore ritenuto migliore. Questo modello che è possibile definire internalizzato da un lato garantisce flessibilità, dall'altro richiede grandi capacità di controllo e probabilmente anche tempi più lunghi. Per ogni intervento formativo viene normalmente indetta una gara, che richiede tempi e costi per la sua realizzazione per l'individuazione del soggetto erogatore migliore. A questo modello appartengono la Regione Liguria, la Regione Sardegna, la Regione Campania e la Regione Basilicata. Potremmo ipotizzare che la scelta del modello specializzato sia tipico delle Regioni molto attive, mentre quello internalizzato rifletta forse uno studio iniziale nella progettazione e realizzazione di attività formative specialmente per il top management delle aziende sanitarie. La creazione di un ente specializzato genera un circolo virtuoso, per cui le Regioni che li hanno creati o utilizzati, possono essere state da questi sensibilizzati ad una periodica realizzazione di iniziative formative, anche oltre il limite minimo previsto dalla normativa. Le Regioni adottano le linee guida per l'indirizzo della definizione dei Piani Formativi che le aziende debbono recepire nella formazione delle attività formative per gli ECM, indirizzi normalmente contenuti nel Piano Sanitario Regionale.

5.7 LE COMPETENZE DEI DIRIGENTI GENERALI ATTUALI E PROSPETTICHE

Il momento di avvio di un'attività formativa rivolta ai ruoli direttivi come quelli di direzione generale richiede una valutazione delle esigenze formative attente e continua. A maggiore ragione in una situazione in cui i requisiti formali di ingresso nella posizione non implicano automaticamente un livello omogeneo di competenze, nè relative all'esperienza pregressa (tipo di ruolo direttivo, dimensione della struttura diretta, settore di lavoro precedente) , nè tecnico-formative (settore di laurea, effettiva coerenza tra laurea ed esperienza lavorativa ecc). Quindi l'individuazione di competenze di livello specialistico che debbono essere diffuse a tutta la popolazione dei ruoli di direzione generale, affiancando le competenze tipiche e caratterizzanti le tre posizioni dirigenziali. Ci sono alcune esperienze molto significative di valutazione delle esigenze formative portate avanti da alcune Regioni. Ad esempio in Emilia Romagna, l'ultimo corso tenuto ha previsto un ruolo molto attivo dei partecipanti nella definizione dei contenuti e del taglio da dare alle lezioni vere e proprie, anche prevedendo seminari tenuti da alcuni partecipanti, e questa fase ha consentito di personalizzare i contenuti le modalità didattiche alle effettive esigenze. Anche la Regione Lombardia, attraverso la scuola di Direzione in Sanità, presidia la valutazione delle esigenze formative, indirizzando i partecipanti a corsi specifici. In questa Regione, questa fase è molto importante, proprio per la varietà di offerta formativa di qualità presente nel suo territorio e vista la numerosità della domanda (162 posizioni nei 4 ruoli di direzione generale, incluso il direttore sociale per le ASL). Indirizzare correttamente, lasciando poi al singolo partecipante la scelta dell'erogatore, risponde proprio all'esigenza di gestire il processo di acquisizione/rafforzamento delle competenze eventualmente mancanti, lasciando però autonomia nello scegliere la struttura erogativa preferita. Anche in Regione Sicilia è stata dedicata particolare attenzione alla rilevazione delle esigenze formative, qui infatti è stato portato avanti un elaborato programma di analisi delle competenze, di focus group e questionari, per rilevare il profilo delle competenze possedute e da acquisire nei corsi, nonché l'utilità della trattazione di tematiche a loro attinenti. Già in fase di progettazione si è previsto di mantenere alcune giornate del corso a disposizione, per offrire l'opportunità di rispondere alle richieste specifiche dei

partecipanti opportunamente rilevate. Attività in questo senso si sono avviate anche in Regione Umbria. Mediamente però questa fase è stata dichiarata piuttosto debole dalle Regioni, e la valutazione delle competenze in ingresso e delle esigenze formative personalizzate solitamente non viene effettuata con strumenti formalizzati o strutturati. Altre Regioni quali Umbria nonché la stessa Emilia Romagna, hanno previsto accanto al percorso formativo standard per tutti i partecipanti, la messa a disposizione di materiali, lezioni aggiuntive, presenza di docenti e tutor su richiesta, modalità di formazione a distanza affinché ciascun partecipante possa approfondire volontariamente gli eventuali argomenti su cui si sente di voler approfondire. Tale possibilità al momento è ancora complessa nella sua realizzazione e organizzazione. La Lombardia invece sceglie tra suggerire il corso interno e la partecipazione solo ad alcuni moduli per ciascun candidato, a partire dal suo curriculum, proponendo quindi un percorso personalizzato. Un elemento di rigidità da considerare nella scelta degli argomenti e del taglio da dare ai corsi, deriva anche dalla prescrizione normativa relativa ai temi formativi da sviluppare obbligatoriamente per il conseguimento della certificazione. I temi sono definiti in termini ampi, è possibile approfondirli, svilupparli e personalizzarli, ma una traccia fissa esiste. Un'area di flessibilità sono i temi che possono essere attivati anno per anno con i corsi brevi, o con seminari o convegni ad hoc per il mantenimento della certificazione, e infatti su questi si osservano alcune prospettive nuove. Taluni hanno evidenziato come la definizione a priori dei temi oggetto della formazione, lasci uno spazio in termini di modalità didattiche attraverso cui trattarli, e infatti ci sono stati alcuni tentativi di introduzione di modalità didattiche più nuove ad esempio in Regione Liguria. Normalmente le tematiche trattate sono quelle previste per Direttori Generali e di altri Direttori per macroaree di intervento (Organizzazione e gestione dei servizi sanitari, indicatori di qualità dei servizi-sanità pubblica, gestione delle risorse umane, criteri di finanziamento ed elementi di bilancio e controllo). Solo in pochi casi, sono state dichiarate dalle Regioni competenze diversificate di interesse per gli argomenti del corso alle proprie esigenze.

Ad esempio in Liguria le competenze chiave dei Direttori Generali sono state identificate in:

- Capacità di programmazione dei servizi nel medio periodo
- Conoscenze gestionali

- Gestione servizi in rete
- Capacità di tenere le relazioni

Altre Regioni hanno individuato argomenti tecnici specifici (il trasferimento della competenza sulla sanità penitenziaria es esempio). La Regione Lombardia nei moduli propedeutici al corso verso e proprio propone Economia Aziendale di Base e Medicina per i non medici e, nel corso specifico, un'attenzione particolare alle competenze di analisi e programmazione strategica e, nel corso specifico, un'attenzione particolare alle competenze di analisi e programmazione strategica e operativa e alla gestione delle risorse. Il bilanciamento tra competenze tecniche - specialistiche e competenze generali, gestionali e organizzative, di gestione di percorsi di cambiamento nel complesso, è un tema molto sentito. Alcune Regioni cercando di lavorare su entrambe le fonti, favorendo l'integrazione e lo scambio delle esperienze oltrechè l'introduzione di tecniche specifiche. Come argomenti specifici, il corso più recente tenuto nella Regione Piemonte aveva il fine di sviluppare con l'alta direzione aziendale un ragionamento integrato rispetto alla politica, alla organizzazione aziendale e alla gestione delle risorse, umane e finanziarie. Il corso era finalizzato a favorire lo scambio di esperienze per sollecitare l'assunzione di ruolo, teso a presidiare intervenendo sul raggiungimento dei risultati, ma in modo da non confondersi con il puro perseguimento degli obiettivi. Questo elemento appare di grande rilevanza anche in relazione agli strumenti di valutazione delle performance aziendali introdotti in alcune Regioni in via di introduzione in altre. Altro punto rilevante nella formazione erogata dalle Regioni risulta la volontà di utilizzare i percorsi per rafforzare le competenze manageriali dei professionisti, al fine di creare uno spirito di appartenenza al ruolo ricoperto andando ad arricchire le competenze tecniche-professionali.

5.8 IL PROCESSO DI EROGAZIONE DELLA FORMAZIONE AI RUOLI DI DIREZIONE GENERALE

Il tipo di processo messo in campo dalle Regioni per la progettazione ed erogazione delle attività formative è piuttosto diversificato. Segue il seguente percorso:

1 RILEVAZIONE OBIETTIVI FORMATIVI (LATO OFFERTA) ED ESIGENZE FORMATIVE (LATO DOMANDA): molto spesso la scelta e analisi delle competenze pregresse possedute dai partecipanti e la specificazione degli argomenti definiti dalla normativa sono stati bay passati dal committente (livello politico). Anche se in alcune regioni virtuose sono stati adattati i contenuti a esigenze specifiche dei partecipanti.

2 MACROPROGETTAZIONE: tematiche principali, programma di massima utile a selezionare l'ente erogatore

3 SCELTA DELL'EROGATORE: dove esiste un ente regionale stabilito per la formazione o un unico partner regionale tale fase non esiste, ove invece ci sono enti definiti viene aperto un bando che prevede i requisiti per le società/enti/Università.

4 SCELTA DEI PARTECIPANTI: il bando specifica i requisiti per i partecipanti, e assegna le responsabilità della procedura di selezione, che normalmente riserva alcuni posti a coloro che sono in carica e o provenienti dalla Regione di erogazione. Spesso anche la procedura di selezione è affidata all'Ente erogatore.

5 MICROPROGETTAZIONE: elaborazione di dettaglio dei contenuti anche in base all'osservazione dei partecipanti che parteciperanno effettivamente al corso, modalità didattiche, docenti e testimoni, ecc..

6 EROGAZIONE: fase che si sviluppa in alcuni mesi (per legge non più di 6) anche con momenti residenziali

7 VALUTAZIONE E CONTROLLO: valutazione dei partecipanti con colloquio in commissione congiunta di docenti o con projet work in azienda e relazione finale.

ATTORI IDENTIFICATI E RESPONSABILITA' PRINCIPALI: i ruoli identificati sono il ruolo Regionale (livello apicale/dirigenti del settore formazione) e gli Enti Erogatori (enti formativi di proprietà regionale o soggetti privati)

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROCESSO: adempimento legislativo, certificazione formativa prevista, occasione di sensibilizzazione, team building, accrescimento professionale.

BUDGET: normalmente sostenuto dal partecipante con rimborso forfettario previsto a contratto per i per tal fine per i dirigenti. Media 5000 euro. Limitazione riscontrata (fondi per visitare realtà aziendali anche esterne).

DIMENSIONE REGIONALE/SOVRAREGIONALE: è decisamente prevalente la dimensione regionale di erogazione, nel senso che ciascuna Regione organizza i propri corsi; sono generalmente previste, anche, le aperture a partecipanti extraregionali anche tra gli erogatori, alcuni fornitori di eccellenza iniziano ad essere invitati formalmente in più Regioni.

5.9 ANALISI ULTIMI EVENTI FORMATIVI REALIZZATI PUNTI PIU' RILEVANTI

Andando a comparare le diverse iniziative attive realizzate si possono analizzare alcune caratteristiche:

ATTIVITA' DEI CORSI NELLE REGIONI DEL CAMPIONE: le Regioni attive a vario titolo e livello sono 10 su 14.

CONTINUITA' DEL PROCESSO FORMATIVO: delle 10 Regioni attive, 7 hanno organizzato più di 2 edizioni, mentre 3 si sono mosse più sporadicamente; visto che il livello di continuità è buono, possiamo ritenere che risponda all'osservazione di risultati positivi e che quindi si ritenga che valga la pena la continuare ad investire su questo tipo di attività.

TIPOLOGIA E QUANTITA' DI PARTECIPANTI: 30 – 35 persone con composizione selezionata delle aule per priorità (chi già in carica e futuri candidati a titoli dirigenziali)

DURATA (minimo 120 ore previste per legge): da un minimo di 120 a un massimo di 160 ore per ottenere la prima certificazione a 260 ore di aula (190 con 70 moduli propedeutici) cui si aggiungono le ore per la redazione di un progetto conclusivo.

MATERIE TRATTATE: definite a partire dalle macro indicazioni dell'accordo Stato Regione (sanità pubblica, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, gestione

economico-finanziaria, risorse umane e organizzazione del lavoro), poi sviluppate in argomenti specifici (1-2 gg ciascuno). Talvolta vengono integrati da abilità tecniche e strumenti di gestione manageriale.

MODALITA' DIDATTICHE: lezioni frontali integrate con testimonianze e discussioni di casi. In alcuni casi project work e in rari casi esperienze di coaching.

VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO: questionario finale o project work con commissione di valutazione.

VALUTAZIONE FORMALE DELLA SODDISFAZIONE DEL CORSO: qualità docenza e contenuti del corso, su ogni singolo modulo erogato. Usato come feedback per la Regione.

Argomenti/temi	Basilicata	Campania	Emilia Romagna	Lombardia	Piemonte	Sicilia	Toscana	Umbria
Strategie, modelli e assetti dei sistemi socio-sanitari; modalità di finanziamento	x		x	x	x	x	x	
Federalismo fiscale e federalismo sanitario						x		
Strategie di innovazione e gestione cambiamento nelle organizzazioni complesse, società miste	x		x			x	x	x
Diritto e normativa sanitaria in Italia	x							
La riorganizzazione dell'offerta: dipartimentalizzazione Ospedale per intensità di cura	x				x			
Governo sanità territoriale; rapporti H-MG			x	x			x	

I sistemi informativi (sistemi di supporto alle decisioni)	x	x		x		x		x
I sistemi di valutazione delle performance aziendali; accountability delle aziende sanitarie			x					x
I sistemi di qualità e di accreditamento	x	x				x	x	x
La gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente						x		
L'epidemiologia per l'analisi dei bisogni sanitari	x							
La gestione della comunicazione interna ed esterna; relazioni istituzionali				x				x
Il ruolo della dirigenza; strumenti di gestione manageriale, leadership e delega	x			x	x			x
Gestione risorse umane e sviluppo capitale intellettuale; formazione, motivazione del personale	x		x		x	x		x
La dinamica economico-finanziaria delle aziende sanitarie				x	x	x	x	x
Pianificazione strategica e programmazione (budget), lettura bilancio azienda sanitaria	x							x

Le tecniche di pianificazione e analisi degli investimenti			x					
HTA e valutazione economica	x	x						
Farmacovigilanza, economia sanitaria		x				x		x
Emergenza-urgenza		x		x				
Etica/umanizzazione		x	x					
Ricerca e innovazione, rapporti con Università			x					
Medicina per non medici				x				
Gestione risorse strumentali				x				x
Acquisizione di beni e servizi						x		
Sicurezza sul lavoro e responsabilità DG						x		

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CUSAS/Università di Firenze - CLASSIFICAZIONE ARGOMENTI FORMATIVI DELL'ULTIMA EDIZIONE DEL CORSO REALIZZATO DALLE REGIONI

5.10 VALUTAZIONE SUL PERCORSO

La valutazione dell'esito delle attività formative nel medio periodo al di là della valutazione specifica ottenuta in aula con i moduli compilati a fine corso, è ritenuto un elemento migliorabile per la valutazione delle reali competenze e capacità acquisite, oggi nessuna regione mappa la ricaduta effettiva della formazione erogata. In qualche caso è stato segnalato il requisito della continuità, secondo cui è importante che le Regioni riescano a progettare ed erogare attività formative ai direttori generali, che

siano tempestive e coerenti ai mutamenti dei contesti ambientali e agli obiettivi. Tempi molto lunghi tra un corso e l'altro fanno perdere di intensità i momenti formativi e non contribuiscono a consolidare un sistema di relazioni forti tra i direttori e gli altri ruoli di direzione generale che invece è un obiettivo rilevante.

5.11 FORMAZIONE MANAGERIALE NEI CONTESTI EUROPEI

In tutti i sistemi, l'Autorità pubblica centrale deputata alle politiche sanitarie, svolge un ruolo di indirizzo strategico nell'ambito delle politiche formative in accordo con le linee di sviluppo del governo centrale. In tale ambito la Norvegia sembra avere il sistema meno centralizzato, a questa, in termini di intensità della centralizzazione, si aggiungono Francia seguita dal Regno Unito. La Norvegia infatti richiede come requisiti d'ingresso alle cariche dirigenziali la certificazione e il periodo di aggiornamento di competenze manageriali specifiche per il settore sanitario. Tuttavia i programmi formativi, in tale contesto, sono attivi principalmente da due università, la Università of Oslo, pubblica, e la University of Victoria Business, privata; a questi programmi si affiancano corsi attivati dall'associazione dei medici. Non esiste un Albo specifico per la Dirigenza Generale che potrebbe riflettere la caratteristica della presenza di un'associazione di medici e non di un ordine. Il sistema formativo francese si colloca ad un livello intermedio in termini di centralizzazione. All'interno del sistema francese la formazione manageriale dei dirigenti delle organizzazioni sanitarie è delegata in forza di legge all'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Quest'ultima regola il ciclo di formazione teorica e pratica ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. del 13 Febbraio 1996. I requisiti di ingresso e i programmi formativi attivati sono i medesimi requisiti, che consentono una volta completato il ciclo formativo, di ricoprire incarichi dirigenziali all'interno delle strutture sanitarie pubbliche (Decreto n. 291 del 2005 I parte, art.4). Prima della loro entrata in formazione, i candidati sono tenuti a sottoscrivere un ingaggio in una struttura ospedaliera per la durata di dieci anni. I candidati che hanno superato la prova finale possono scegliere il posto assegnatogli dalla classifica redatta dal Ministero della Sanità. Chi non supera la prova finale viene licenziato o ricollocato nella struttura di provenienza con funzione precedente alla

formazione. Non si riscontra un albo dei Direttori Generali, tuttavia i Dirigenti ospedalieri formano un corpo che rientra nella categoria A⁶⁴ della funzione pubblica ospedaliera e possono esercitare le loro funzioni come dirigenti di struttura o come direttori aggiunti. L'assetto della formazione manageriale nel Regno Unito, appare essere quello maggiormente centralizzato. Si rileva la presenza di due organizzazioni deputate a intervenire nel processo di formazione e assunzione dei Chef executive in ambito sanitario, ovvero l'Institute for improvement and Innovation e l'Appointment Commission. L'Institute for improvement and Innovation ha infatti sviluppato due tipologie di programmi formativi, il primo rivolto ai senior managers, il secondo ai neolaureati, tesi a sviluppare adeguate competenze di leadership e management al fine di formare professionalità coerente rispetto alle linee evolutive strategiche della NHS. I programmi formativi sono sviluppati di concerto con il DH, con le SHAs e con i Trust accreditati dal programma. In un'ottica di sviluppo della leadership a livello di intero sistema con le caratteristiche richieste ai dirigenti dalle strutture di offerta NHS descritti nel NHS Plan and Shifting the balance of Power⁶⁵. I requisiti di accesso ai ruoli dirigenziali possono quindi essere principalmente ridotti a requisiti di accesso ai programmi formativi di tipo executive, attivati dall'Institute of Improvement and Innovation, che a vario livello consentono l'ingresso dei candidati nei percorsi di carriera orientati alla dirigenza in ambito sanitario. L'altra istituzione che interviene nel percorso di carriera dei Chief Executive e dei non - executive directors per: Strategic Health Trust, Department of Health Arms Length Bodies. Nel contesto NHS non sono presenti registri o albi dei direttori generali a livello sia centrale che regionale. Gli albi esistenti sono una sorta di associazionismo privato la cui iscrizione è legata all'iniziativa personale e non sono specifici per il settore sanitario su competenze specifiche analizzate dall'ente privato.

I percorsi formativi degli Stati analizzati presentano una durata di 12 mesi in Norvegia, due anni in Francia e Regno Unito. La loro frequentazione è un requisito essenziale per

⁶⁴ Il corpo dei funzionari pubblici è regolato dal decreto n.84-I 206 del 28 Dicembre 1984. I membri di questo corpo sono assunti e nominati dal direttore generale dell'Institut National de la santé et de la recherche médicale. L'INSERM è stato creato nel 1964, è una struttura pubblica a carattere scientifico e tecnologico, sotto la doppia tutela del Ministère de la Santé e del Ministère de la Recherche.

⁶⁵ Report pubblicato dal Department of Health, 9 Febbraio 2007.

ricoprire incarichi dirigenziali. Tutti i percorsi prevedono una parte teorica e una parte di stage operativo in strutture accreditate dalle strutture formatrici. I test di ammissione sono rigidi e sono presenti diversi test scritti lungo il percorso con un colloquio orale teso a verificare conoscenza e spinta motivazionale. Si osserva però la tendenza a uniformare e gestire a livello nazionale i piani formativi erogati verso i ruoli dirigenziali in modo da creare sinergie e rilancio competitivo del sistema sanitario nel suo complesso.

5.12 ANALISI ED ELENCO ARGOMENTI MAGGIORMENTE TRATTATI PER IL TOP E MIDDLE MANAGEMENT

La maggior parte della formazione erogata per Direttori è svolta dalla Regione (43 casi su 60) e dalle università (12 casi su 60); il corso è stato svolto prevalentemente in qualità di Direttore Generale (46 casi su 60), di Direttore Sanitario (8 casi), laddove i casi di Direttore Amministrativo e del Sociale sono relativamente pochi (per entrambi 3 casi su 60)⁶⁶. La tabella rappresenta la formazione manageriale ai sensi del art. 3 bis del D.Lgs 229/1999

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Dato mancante	1	1,4	1,4
Si	60	81,1	82,4
No	13	17,6	100,00
Totale	74	100,0	

Nel caso in cui gli intervistati avessero frequentato più di un corso di formazione manageriale è stato loro richiesto di esprimere un giudizio rispetto al corso da loro ritenuto più significativo. Sui 60 soggetti che hanno dichiarato di aver già ricevuto una formazione, solo 26 hanno poi specificato una regione a cui riferire le valutazioni. Dal

⁶⁶ Agenas-Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S.Anna di Pisa

punto di vista dei contenuti trattati, gli argomenti affrontati da almeno 2/3 tra coloro che lo hanno già frequentato il corso sono:

- Normativa sul sistema sanitario italiano
- Strategie e assetti dei sistemi sanitari pubblici
- I sistemi di valutazione delle performance aziendali
- Il ruolo della dirigenza
- Strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse
- Il sistema di controllo di gestione
- La gestione del sistema di budget

Gli argomenti che invece sono stati trattati al massimo da 1/3 tra coloro che già hanno frequentato il corso sono:

- Federalismo fiscale e federalismo sanitario
- Il contratto collettivo nazionale e le relazioni sindacali.

Nella tabella sono riportati gli argomenti trattati per numero di corsi erogati e per percentuale di casi di riferimento:

Titolo/argomento	N	Percentuali di casi
I sistemi di valutazione delle performance aziendali	50	83,3%
Normativa sul sistema sanitario italiano	50	83,3%
Il ruolo della dirigenza	46	76,6%
Il sistema di controllo di gestione	46	76,6%
Strategia e assetti del sistema sanitario pubblico	46	76,6%
La gestione del sistema di budget	44	73,3%
Strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse	44	73,3%
I sistemi di qualità e di accreditaamento	43	71,7%
La dinamica economico-finanziaria delle aziende sanitarie	42	70,0%
La clinical governance	40	66,7%
La gestione dei percorsi ospedale - territorio e la comunità assistenziale	40	66,7%

La leadership e i processi di delega	40	66,7%
La gestione della comunicazione interna ed esterna	35	58,3%
Strumenti e metodi per la formazione, lo sviluppo e la motivazione del personale	35	58,3%
I sistemi sanitari internazionali	34	56,7%
La riorganizzazione dell'offerta: dipartimentalizzazione e Ospedale per intensità di Cura	33	55,0%
Strumenti e processi di negoziazione	32	53,3%
I sistemi informativi (sistemi di supporto alle decisioni)	31	51,7%
Le tecniche di pianificazione e analisi degli investimenti	30	50,00%
Il problem solving e la gestione del gruppo di lavoro	29	48,3%
L'epidemiologia per l'analisi dei bisogni sanitari	28	46,7%
La contabilità analitica	28	46,7%
Il contratto collettivo nazionale e le relazioni sindacali	22	36,7%
Federalismo fiscale e federalismo sanitario	19	31,7%

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S.Anna di Pisa

Dal punto di vista delle metodologie didattiche valgono le lezioni frontali, indicate dal 223% dei rispondenti con metodo impiegato per un 50% dell'intero percorso, seguito per consistenza dall'analisi e discussione di casi di studio che per il 25% dei rispondenti ha occupato il 20% del tempo e dall'elaborazione di un project work per il 26,7% ha occupato il 10% del tempo e dai lavori di gruppo in aula per il 26,7% ha occupato anche questo il 10% del tempo e il 23,3% il 20% del tempo. Sono impiegate molto più raramente le formazioni a distanza (è al massimo il 5,4% dei soggetti che ritiene di averle impiegate per il 10% del tempo disponibile), il lavoro individuale a fine lezione (ancora al massimo il 5,4% dei soggetti che ritiene di averle impiegate per il 10% del tempo disponibile), i Giochi di ruolo (il 10,8% dei soggetti che ha impiegato il 10% del tempo) e le esercitazioni esperenziali in outdoor (il 14,9% le ha impiegate per il 10% del tempo).

Come appare evidente le metodologie didattiche più impiegate sono:

- lezione frontale (esplicitata in tutti i casi)
- lavoro di gruppo in aula (esplicitata per 11 Regioni su 12)

- analisi e discussione dei casi di studio e elaborazione di project work (esplicitate per 10 Regioni su 12).

Raramente vengono impiegate le formazioni a distanza e i giochi di ruolo.

Rispetto agli strumenti di valutazione dell'apprendimento impiegati, il test di autovalutazione è stato segnalato dall'11,7% del campione come utilizzato al 50% mentre la valutazione di gruppo e il test di verifica individuale vengono impiegati per un 20% come indicano rispettivamente il 13,3% e l'11,7% dei rispondenti. Solo in due casi si rileva l'assenza della valutazione dell'apprendimento. Nell'87% dei casi è presente un sistema di Valutazione del gradimento rispetto ai contenuti ed alle metodologie didattiche proposte al termine. La qualità del corso erogato nel suo complesso ha dei giudizi molto positivi. La valutazione della qualità ha visto l'analisi di diversi aspetti quali:

- livello della docenza
- livello di integrazione degli argomenti trattati
- la durata complessiva del corso in relazione ai contenuti/argomenti trattati
- l'adeguatezza del materiale didattico fornito
- le metodologie didattiche utilizzate
- l'equilibrio tra teoria e pratica
- coerenza con gli obiettivi programmati all'inizio del corso
- utilità dei contenuti trattati per l'esercizio del suo ruolo
- i rapporti con lo staff del corso
- l'adeguatezza delle strutture e dei servizi di supporto alla didattica
- valutazione complessiva del corso

Andando ad analizzare la formazione erogata vediamo ancora uno spazio limitato alla contabilità analitica, al problem solving e la gestione del gruppo di lavoro, il contratto collettivo nazionale e le relazioni sindacali, Federalismo fiscale e federalismo sanitario. In tutti i moduli o corsi era previsto un sistema minimo di valutazione (anche autovalutazione) e un rispetto ai contenuti e alle metodologie didattiche proposte. Durante i corsi di formazione con il top management i risultati migliori si ottengono quanto laddove i professionisti sono portati a ragionare su temi presentati con spunti operativi e applicabili nel loro ambito lavorativo. In linea con i Direttori Generali, è molto apprezzata la possibilità di visitare strutture sanitarie di eccellenza e contesti di riferimento anche se nel 60% dei casi non sono state previste visite di questo tipo. Per la maggior parte si rilevano casi di visite esterne in Toscana, Veneto, Lazio e Lombardia. Le aree che il campione ha valutato come da sviluppare o carenti nel sistema formativo a loro proposto sono: la professionalità e competenze della dirigenza, chiarezza dei ruoli organizzativi, clinical risk management e sicurezza del paziente, technology assessment, gestione delle risorse umane. Mentre il campione ha ritenuto valutare come estremi punti di forza le competenze sui sistemi di contabilità, presidio delle condizioni di equilibrio economico/finanziario, rapporto con gli enti locali; tutti aspetti che non vengono normalmente dichiarati nella raccolta dei bisogni formativi. E' stato evidenziato dalla raccolta e analisi fatta che molto spesso il vero problema legato all'organizzazione del lavoro svolta dal Direttore Generale sia nella comunicazione e nelle riunioni con il Direttore Sanitario e Amministrativo e in generale con lo Staff. La formazione risulta uno strumento di equiparazione delle conoscenze e degli strumenti operativi gestione che non deve essere sottovalutato in modo da incrementare i risultati della struttura e facilitare ragionamenti condivisi e chiari a tutti i livelli della struttura.

5.13 ATTORI DELLA FORMAZIONE MANAGERIALE

I vettori dei nuovi modelli di formazione e i programmi di management sanitario istituiti presso università (facoltà di economia, di medicina e chirurgia, di sociologi, ecc.),

società di consulenza e formazione, agenzie specializzate istituite dalle Regioni, Agenzie regionali della sanità, enti di ricerca, associazioni professionali.

Le prime iniziative pilota in tal senso sono state avviate alle metà degli anni ottanta.

Nei programmi formativi offerti è possibile individuare tre blocchi di contenuto principali:

- Un primo blocco di competenze trasmesse in quei contesti riguarda la conoscenza del sistema sanitario italiano e del suo assetto istituzionale (competenze livelli di governo, finanziamenti e competenze);
- Un secondo blocco di competenza riguarda l'applicazione alle aziende sanitarie di logiche e strumenti di management rispetto alle funzioni gestionali classiche. E' il caso della pianificazione strategica, del controllo di gestione, della gestione del personale ecc..
- Il terzo blocco riguarda competenze relative al rapporto tra persone e organizzazione e alle relazioni sociali interne all'azienda. In questo ultimo insieme di contenuti ricadono quindi le iniziative volte a sviluppare le competenze di comunicazione, negoziazione, gestione dei gruppi di lavoro, risoluzione dei conflitti personali ecc..

In termini di pacchetti di offerta, le principali tipologie di corsi sono le seguenti:

- I corsi brevi (in genere di durata compresa tra 2 e 8 giornate) su temi specifici;
- Corsi lunghi (10-30 giornate) di general management in sanità;
- Corsi di perfezionamento universitari (30-40 giornate) di general management in sanità o su temi specifici;
- Programmi master (60 giornate) di general management in sanità o su temi specifici

La domanda di formazione è stata sostenuta da precise disposizioni normative, le 2 principali prescrizioni in tal senso:

- Il DPR 484/1997 (regolamento concernente i requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale ed i requisiti e criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale) che per l'accesso al secondo livello dirigenziale prevedeva un attestato di formazione manageriale con validità di 7 anni. I corsi che danno luogo a tali attestati hanno durata complessiva non inferiore alle 100 ore. Tale previsione è stata poi ripresa nel d.lgs. 229/1999 che l'art. 16-quinquies "Formazione manageriale" pone come condizione per la direzione di strutture complesse delle aziende SSN la partecipazione a un corso di management sanitario;
- La L. 43/2006 che all'art.6 prevede il master universitario di I livello in "management o per le funzioni di coordinamento "come condizione necessaria per vedersi assegnata una funzione di coordinamento nell'ambito delle professioni sanitarie ex L. 42/1999, in alternativa all'esperienza almeno triennale ne profilo di appartenenza".

6 ANALISI DI CASI AZIENDALI

6.1 LA FORMAZIONE DA DIRETTORE GENERALE CASO PIEMONTESE

La Giunta Regionale con Delibera n° 15 - 11108 del 30 Marzo 2009, ha indetto un pubblico avviso per l'aggiornamento dell'elenco dei candidati in possesso dei requisiti per la nomina a Direttore Generale di Azienda sanitaria regionale, da utilizzare per la copertura delle sedi che si dovessero rendere vacanti. I requisiti di riferimento sono quelli previsti nell'art.3 bis, comma 3, lett. b) del D.lgs. 502/1992 e successive modifiche, ovvero diploma di laurea; esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione del presente avviso.

Situazione Della Formazione Nella Regione

Con DGR 62-7503 dd 19/11/2007 sono state attuate modifiche al sistema regionale per la formazione continua in sanità e l'istituzione del sistema di accreditamento ECM regionale, frutto di un articolata attività promossa da un gruppo di lavoro istituito presso l'assessorato e formato da professionisti dei servizi di formazione provenienti dalle ASL regionali.

Il sistema formativo regionale è caratterizzato da due funzioni principali:

- programmazione e controllo in capo all'Assessorato - agito dalla Direzione Generale del settore organizzazione personale e formazione attraverso il gruppo tecnico regionale;

- accreditamento ECM, svolto per il sistema dell'Agenzia Regionale della Sanità AReSS, le cui funzioni sono state portate in capo alla Direzione Sanità dal 2013.

La programmazione degli interventi formativi, non è avvenuta dal sistema ma rappresenta la sintesi da quanto proposto in sede di Conferenza Regionale per la formazione continua in sanità e dalle linee di indirizzo programmatico definite dall'Assessorato. La direzione svolge una funzione di governance graduando le priorità degli interventi, predisponendo inoltre un documento di indirizzo strategico per la formazione, costituito da obiettivi e linee programmatiche. La traduzione operativa del documento in attività formative specifiche è demandata ai coordinamenti interaziendali di formazione (5 aggregazioni provinciali). Ogni ASL o ASO ha comunque la facoltà di organizzare corsi di formazione dedicati.

L'Assessorato promuove corsi strategici, le cui tematiche hanno valenza regionale in genere e affrontano sia tematiche tecnico-professionali sia temi di organizzazione, di change management, aspetti di governo clinico ecc. E' stato predisposto un apposito report sulle attività regionali programmate che contiene anche la descrizione dell'architettura del sistema e degli strumenti di supporto.

Gli ambiti di riferimento per l'individuazione degli obiettivi formativi sia a livello di providers (aziende) sia a livello dei corsi regionali, è contenuto nel documento programmatico per il governo del sistema regionale di formazione continua in sanità. Il piano aveva individuato in passato 6 ambiti:

- generali, relativi ad tematiche organizzative e gestionali che favoriscono l'integrazione;
- governo del sistema, relativi a tematiche di accoglienza, ascolto, costruzione di percorsi e modelli organizzativi;
- promozione della salute e prevenzione;
- integrazione socio-assistenziale e cure primarie, relativi a integrazione gruppi cure primarie, integrazione ospedale territorio;
- rete ospedaliera;

competenze informatiche e lingue straniere.

La delibera 22777 del 20/12/2007 individua il tema della formazione manageriale come focale per il 2008 così come temi di etica del management. Il corso di formazione manageriale per direttore di struttura ha avuto diverse edizioni fino a quell'anno: 3 nel 2007, 4 nel 2008, 3 nel 2009/2010. In quel periodo gli operatori coinvolti sono stati 120 all'anno. Il corso del 2009 - 2010 è stato orientato in due percorsi:

- percorso A: indirizzato a coloro che pur essendo direttori di struttura complessa necessitano di acquisire il titolo;
- percorso B: indirizzato ai direttori di struttura complessa ma già in possesso del titolo e quindi con una finalità di manutenzione delle competenze manageriali.

In seguito ad approfondimenti normativi, l'orientamento è di proseguire con l'organizzazione del percorso B, eventualmente allargandolo a dirigenti di struttura semplice e interessati ad acquisire competenze superiori.

CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PER DIRETTORI GENERALI, DIRETTORI AMMINISTRATIVI E DIRETTORE SANITARIO DI AZIENDE SANITARIE

Il corso si è svolto il 28 Febbraio 2008 al 10 Luglio 2008.

La partecipazione è stata estesa anche alla Valle d'Aosta e Liguria. Quest'ultima non ha fruito dell'opportunità. Il corso era articolato in moduli tematici con una serie di giornate di studio interattivo seguite da seminari su tematiche generali e da una valutazione finale che consisteva nella predisposizione di una tesi individuale o di gruppo.

Le aree tematiche affrontate sono state le seguenti:

- politiche sanitarie;
- organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- criteri di finanziamento e gestione economico-finanziaria;
- gestione risorse umane e strumentali di gestione manageriale;
- modulo specifico per direttori sanitari.

Il corso prevedeva 150 ore con obbligo di frequenza di almeno l'80% (91 ore di didattica frontale, interattiva e giornate seminari 59 ore di lavoro individuale). La composizione dell'orario per i direttori sanitari era il seguente: 112 ore frontali, 38 ore di lavoro individuale. Il corso era struttura in 4 moduli di 2-3 giornate ciascuno. Ogni modulo era gestito d un coordinatore che si avvaleva di specialisti in relazione ai temi trattati, in alcuni casi appartenenti a settori non sanitari o operanti in strutture sanitarie private. Il modulo per i direttori sanitari è stato strutturato in 3 giornate con tematiche specifiche legate a analisi dei bisogni di salute della popolazione, profili e piani di salute, governo ed attività di coordinamento con i direttori di presidio, distretto e dipartimento, organizzazione dipartimentale, rischio clinico. Sono stati realizzati inoltre due seminari multi tematici, uno relativo a Responsabilità ed Etica della dirigenza, l'altro sulla manutenzione delle competenze attraverso il sistema ECM e l'individuazione di prospettive future per la cura e l'accrescimento delle stesse. La partecipazione è stata la seguente: 5 Direttori Generali, 9 direttori amministrativi, 13 direttori sanitari.

Il corso è nato sulla richiesta specifica della Regione Piemonte al fine di sviluppare nell'alta direzione aziendale un ragionamento integrato rispetto alla politica, organizzazione e gestione delle risorse, pur avendo un valore amministrativo puro di acquisizione del titolo previsto dal D.Lgs. 502/1992. Il corso era finalizzato a favorire lo scambio di esperienze per sollecitare l'assunzione di ruolo, teso a presidiare intervenendo sui risultati da non confondersi con puro perseguimento degli obiettivi. C'è un mandato forte dell'Assessorato di realizzare i corsi, prova ne è stata la presenza all'inizio ed alla fine del corso dell'Assessorato e del direttore generale. La progettazione del corso, ovvero la scelta dei professionisti e la metodologia didattica è stata validata dall'Assessorato, a riprova dell'interesse manifestato in questa attività.

I partecipanti hanno espresso un giudizio positivo sul corso anche se hanno manifestato l'interesse ad affrontare in modo più concreto alcune temi trattati dedicando più spazio a strumenti e soluzioni gestionali. Al momento non sono previsti nuovi interventi formativi per la direzione generale.

6.2 LE PROPOSTE DI FORMAZIONE DA DIRETTORE SANITARIO CASO PIEMONTESE

Master II Livello in Direzione Medica di Presidio Ospedaliero

Il Master si propone di fornire una elevata specializzazione di carattere interdisciplinare sulle competenze del Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero ed è diretto a soddisfare la diffusa richiesta di approfondimento culturale, nonché le esigenze di aggiornamento e qualificazione professionale degli operatori del settore.

In particolare i partecipanti dovranno acquisire un dettagliato e aggiornato bagaglio culturale di conoscenze e competenze tecniche inerenti l'igiene, l'organizzazione e la gestione ospedaliera.

Obiettivi formativi

Il Master in Direzione Medica di Presidio Ospedaliero **si** pone l'obiettivo di fornire gli strumenti operativi fondamentali ai medici specialisti in Igiene e Medicina Preventiva che si trovano a ricoprire incarichi professionali nell'ambito dell'organizzazione e della direzione medica di presidio ospedaliero.

Moduli didattici

1. Le funzioni organizzative e gestionali nel presidio ospedaliero

- La direzione medica di presidio ospedaliero ieri, oggi e domani: funzioni, attività e compiti

- Programmazione sanitaria ed organizzazione dei servizi ospedalieri

- Coordinamento dell'ospedale, delle unità operative e delle strutture dipartimentali.

Governo clinico- Organizzazione e gestione delle aree ospedaliere

- Degenze, servizi, sale operatorie, aree critiche, day care, dipartimento di emergenza e pronto soccorso,

zone a supporto

- Modello di ospedale per intensità di cura
- Integrazione tra ospedale e territorio
- Controllo di gestione e sistemi informativi. Flussi informativi
- Processo di budget. Valutazione delle attività con indicatori
- Sistemi premianti
- Spending review ed impatto sulla organizzazione e gestione dell'ospedale

2. Le funzioni di prevenzione, igienico sanitarie e di gestione del parco edilizio e tecnologico

- Architettura e progettazione degli ospedali
- Interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria
- Impianti termotecnici e gas medicali
- Sicurezza nei luoghi di lavoro
- Piani di emergenza intraospedaliera
- Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
- Ristorazione ospedaliera
- Rifiuti ospedalieri
- Capitolati d'appalto
- Logistica in ospedale
- Health technology assessment. Gestione del farmaco
- Green hospital

3. Le funzioni medico-legali

- Medicina legale ospedaliera
- Gestione del rischio clinico

- Documentazione sanitaria e cartella clinica
- Consenso informato
- Attività di prelievo di organi e trapianti
- Provvedimenti di polizia mortuaria.
- Denunce obbligatorie
- Umanizzazione dell'attività ospedaliera
- Sperimentazione clinica e comitato etico
- Tutela della privacy
- Deontologia ed etica professionale

4. Le funzioni di promozione della Qualità

- Sistema gestione qualità
- Cicli del miglioramento continuo, verifica e revisione di qualità, audit clinico ed organizzativo
- Evidence based medicine e evidence based management
- Linee guida e i percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali
- Appropriatelyzza clinica ed organizzativa
- Valutazione delle performance
- Accredimento istituzionale e professionale e certificazione
- Carta dei servizi. I rapporti con il cittadino-utente

5. Le funzioni scientifiche

- Formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale (ECM)
- Ricerca in ambito ospedaliero
- Programmi di ricerca finalizzata

- Rapporti con l'Università e le peculiarità dell'ospedale di insegnamento

6. Le funzioni relazionali e di comunicazione

- Competenze del medico della direzione medica di presidio ospedaliero

- Comunicazione in ambito sanitario

- Direzione e gestione delle risorse umane

- Gestione dei gruppi di lavoro e delle riunioni

- Rapporti con la direzione generale, con gli uffici di staff, con le organizzazioni sindacali

- Rapporti con gli organi di informazione e comunicati stampa

- Rapporti con gli organi ispettivi e con l'autorità giudiziaria

Come vediamo la formazione proposta nel 2013 è stata progettata dal Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche in collaborazione con ANMDO sezione Piemonte e Valle d'Aosta. Per l'accesso al Master di II livello (minimo 15, massimo 25 partecipanti) è richiesto il possesso della Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e del Diploma di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva o di una comprovata esperienza decennale in Direzione Medica di Presidio Ospedaliero. Il Master ha durata di 18 mesi a partire dal novembre 2013 per un totale di 60 CFU. L'impegno d'aula consiste in circa 40 giornate pianificate bimensilmente alternando formule settimanali e formule week-end. Sono previsti lo studio individuale e il tirocinio. I docenti sono individuati in ambito universitario, in ambito di SSN e in professionalità specifiche.

6.3 PROPOSTA DI FORMAZIONE MANAGERIALE DI STRUTTURE SANITARIE LOCALI E OSPEDALIERE

Master in Management delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Locali Approfondire i temi relativi alla formazione manageriale, agli strumenti di gestione delle aziende ospedaliere e sanitarie locali, anche con riferimento ai processi innovativi in corso: management sanitario, patto per la salute, gestione dei servizi sanitari e del personale, valutazione dell'attività amministrativa e delle risorse umane con valorizzazione del merito, federalismo fiscale e sanitario, costi standard, clinical governance. Il programma formativo del Master ha natura specialistica ed è orientato all'acquisizione di competenze e alla conoscenza dell'azienda ospedaliera e sanitaria secondo un approccio al management per aree funzionali (amministrazione razionale fondata sul bilancio, finanza, programmazione e controllo, organizzazione e personale, produzione e qualità dei servizi sanitari, sistema informativo).

Programma del master e moduli:

Pianificazione, programmazione e controllo delle aziende ospedaliere e sanitarie locali

Produzione e qualità dei servizi delle aziende ospedaliere e sanitarie locali

Bilancio, contabilità e tesoreria delle aziende ospedaliere e sanitarie locali

Analisi e contabilità dei costi delle aziende ospedaliere e sanitarie locali

Gestione del personale e organizzazione delle aziende ospedaliere e sanitarie locali

L'organizzazione e attività del Servizio Sanitario Nazionale

Modelli organizzativi per l'acquisizione di beni e servizi nel settore sanitario

Diritti e tutela del malato

Project work

Tirocinio

Prova finale

Il master Organizzato dal Dipartimento di Management della Facoltà di Economia di Torino in collaborazione con la Scuola di Medicina, il Centro Studi Ragioneria Pubblica di Torino, l'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Ivrea Pinerolo

Torino, dell’Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e INPS. Il master ha durata annuale con un numero di crediti pari a 80 con cadenza didattica di tre giorni a settimana. Il master è rivolto ai medici, ai laureati delle professioni sanitarie ed al personale tecnico ed amministrativo che opera nella sanità, ed è comunque aperto a tutti i laureati. Il master iniziato nel 2013 è alla sua IV Edizione merito dell'interesse delle figure adibite a ruoli dirigenziali specifici. La III Edizione del corso ha avuto una valutazione positiva con rilevanza data ai casi studio affrontati.

6.4 PROPOSTA DI STRUTTURAZIONE DI UN SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA ALL'INTERNO DEL DIPARTIMENTO DI MANAGEMENT DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO

Di seguito viene proposto un modello di controllo della formazione basato sulle procedure essenziali legate alla progettazione. Il sistema è stato elaborato secondo indicazioni regionali e requisiti normativi richiesti. La proposta elaborata è composta da procedure e modelli di raccolta ed elaborazione. E si compone in capitoli.

Sez. 3.1 Termini e definizioni

I termini di base e le definizioni utilizzati in questo Manuale sono quelli definiti nella Norma UNI EN ISO 8402 Qualità –Termini e Definizioni.

Per garantire comunque una migliore comprensione di alcuni dei termini usati, sono fornite le seguenti definizioni:

Definizioni da UNI EN ISO 9000 e UNI EN ISO 8402

ASSICURAZIONE DELLA QUALITÀ:

Tutte le attività pianificate e sistematiche attuate nell'ambito del sistema qualità, di cui viene data dimostrazione per quanto occorre, messe in atto per dare adeguata confidenza che un'entità (prodotto,

processo, servizio, ecc.) soddisferà i requisiti per la qualità (confidenza alla direzione dell'Azienda, al Cliente o a enti terzi).

AUTOCONTROLLO:

Controllo di qualità attuato dalla stessa persona che esegue il lavoro.

CARATTERISTICA:

Qualsiasi proprietà o attributo, riferito ad un prodotto, ad un procedimento o un servizio che sia distinguibile, descrivibile e misurabile.

CONFORMITÀ:

Soddisfacimento di requisiti specificati.

CONTROLLO DELLA QUALITÀ:

Le tecniche e le attività a carattere operativo messe in atto per soddisfare i requisiti della Qualità.

DEROGA:

Autorizzazione scritta preventiva che consente lo scostamento da particolari prescrizioni specificate.

DOCUMENTAZIONE DELLA QUALITÀ:

Qualsiasi informazione scritta, illustrata o registrata che descriva, definisca, specifichi, documenti o certifichi attività, prescrizioni, procedure o risultati aventi attinenza con la qualità.

GESTIONE / CONDUZIONE AZIENDALE PER LA QUALITÀ:

L'insieme delle attività di gestione aziendale che determinano la politica della qualità, gli obiettivi e le responsabilità per la qualità e li traducono, in pratica, nell'ambito del sistema qualità, con mezzi quali la pianificazione della qualità, il controllo della qualità, l'assicurazione della qualità e il miglioramento della qualità.

GESTIONE TOTALE PER LA QUALITÀ (TOTAL QUALITY MANAGEMENT - TQM):

modo di governo di un'organizzazione incentrato sulla qualità, basato sulla partecipazione di tutti i suoi membri, mirante al successo a lungo termine ottenuto attraverso la soddisfazione del Cliente, e comportante benefici sia per i membri dell'organizzazione, sia per la società.

PIANO DI MIGLIORAMENTO:

Documento che precisa le azioni da intraprendere nell'ambito di un'organizzazione per accrescere l'efficienza e l'efficacia delle attività e dei processi a vantaggio sia dell'organizzazione, sia del Cliente.

NON CONFORMITÀ:

Non soddisfacimento di un requisito specificato.

PIANIFICAZIONE DELLA QUALITÀ:

Le attività mediante le quali vengono stabiliti gli obiettivi ed i requisiti per la qualità e per l'applicazione degli elementi del sistema qualità.

POLITICA DELLA QUALITÀ:

Gli obiettivi e gli indirizzi generali di un'organizzazione per quanto riguarda la qualità, espressi in modo formale dall'alta direzione.

PROCEDURA:

modalità definite per eseguire un'attività. In molti casi le procedure sono documentate (per esempio le procedure relative ai sistemi qualità). Quando la procedura è documentata conviene utilizzare il termine "procedura scritta" o "procedura documentata". Una procedura scritta o documentata di regola contiene: lo scopo e il campo di applicazione di un'attività; che cosa deve essere fatto e da chi; quando, dove e come deve essere fatto; quali materiali, apparecchiature e documenti devono essere utilizzati; come ciò deve essere tenuto sotto controllo e registrato.

QUALITÀ:

L'insieme delle caratteristiche di un'entità (prodotto, processo, servizio,etc.) che conferiscono ad essa la capacità di soddisfare esigenze espresse ed implicite.

SERVIZIO:

risultato di attività svolte all'interfaccia tra fornitore e Cliente e di attività proprie del fornitore, per soddisfare le esigenze del Cliente.

SISTEMA QUALITÀ:

La struttura organizzativa, le procedure, i processi e le risorse necessarie ad attuare la gestione per la qualità.

EROGAZIONE DEL SERVIZIO:

il processo attraverso il quale si realizzano gli obiettivi di fornitura del servizio stabiliti nel contratto e, di conseguenza, si soddisfano le aspettative del Cliente.

ATTIVITA':

Elemento significativo e programmabile dei processi necessari per l'erogazione del servizio.

FORMAZIONE SULLA QUALITÀ:

attività mirata a sviluppare il livello di conoscenza delle problematiche e delle metodologie della qualità e ad addestrare le risorse umane nell'utilizzo del sistema qualità aziendale.

FORNITURA DEL SERVIZIO:

per fornitura si intende il processo che inizia con la fase di definizione del contratto e termina con quella di erogazione del servizio.

OFFERTA :

Documento tecnico-economico contenente la proposta che si intende offrire al Cliente per soddisfare le sue esigenze e che se accettata o emendata e controfirmata può costituire il contratto di fornitura del servizio.

VALUTAZIONE DEL SISTEMA QUALITÀ:

determinazione del grado di conformità del sistema qualità aziendale alle prescrizioni delle norme applicabili.

VERIFICA DEL SISTEMA QUALITÀ:

esame della congruenza del sistema qualità aziendale progettato e del suo livello di attuazione e/o mantenimento in azienda.

MANUALE DELLA QUALITÀ:

Documento che precisa le particolari modalità operative, le risorse e le sequenze delle attività relative alla qualità di un determinato prodotto, progetto o contratto

Sez. 3.2 Abbreviazioni

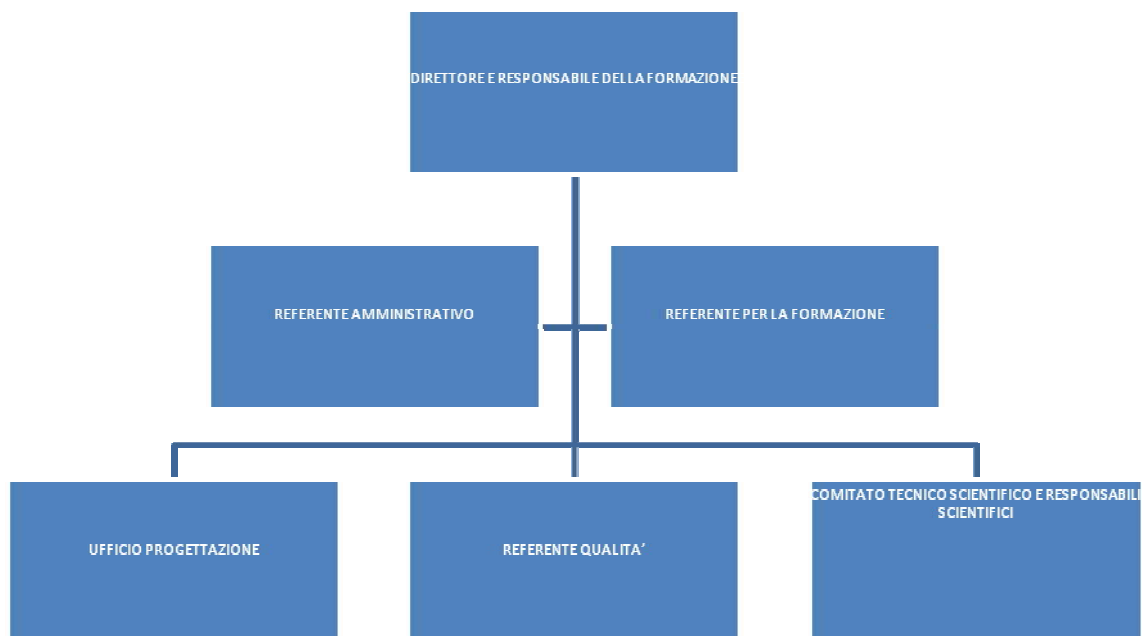
AC = *AZIONI CORRETTIVE*

AP = *AZIONI PREVENTIVE*

<i>CP</i>	=	<i>COORDINATORE UNICO DI PROGETTO</i>
<i>IQ</i>	=	<i>INDICATORE DI QUALITÀ</i>
<i>MQ</i>	=	<i>MANUALE DELLA QUALITÀ</i>
<i>NC</i>	=	<i>NON CONFORMITÀ</i>
<i>RAC</i>	=	<i>RICHIESTA AZIONI CORRETTIVE</i>
<i>RAP</i>	=	<i>RICHIESTA AZIONI PREVENTIVE</i>
<i>RNC</i>	=	<i>RAPPORTO DI NON CONFORMITÀ</i>
<i>SQ</i>	=	<i>SISTEMA QUALITÀ</i>
<i>VI</i>	=	<i>VERIFICHE ISPETTIVE</i>

Sez. 5.1. Addendum Organigramma Area Formazione ECM

Di seguito è descritto l'organigramma delle figure afferenti all'Area Formazione e le relative responsabilità:



DESCRIZIONE DELLE FIGURE E DELLE RESPONSABILITA':

Direttore/Responsabile della Formazione e Referente della Formazione

DESCRIZIONE PROFILO E FUNZIONI	Il Responsabile di struttura formativa è il responsabile del Settore Formazione, pianifica l'attività, valuta le prestazioni ed i servizi erogati dal Provider. Definisce la politica e gli obiettivi generali della formazione e/o supporta la Direzione Generale nella definizione del piano aziendale di formazione. E' responsabile delle risorse umane e
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	materiali assegnate.
RESPONSABILITA'	<p>Emana il piano formativo e ne garantisce l'erogazione.</p> <p>Garantisce che i criteri per l'accreditamento previsti dal manuale regionale siano rispettati.</p> <p>Assicura il coordinamento tecnico-amministrativo dell'area.</p> <p>Rende disponibili le risorse materiali e organizzative per raggiungere gli obiettivi stabiliti.</p> <p>Supervisiona il processo di approvvigionamento delle risorse umane e strumentali.</p> <p>Verifica il raggiungimento degli obiettivi mediante l'analisi delle relazioni del Referente per la formazione e del Responsabile alla qualità.</p> <p>Coordina il Comitato Scientifico di cui è componente.</p> <p>Assicura l'attuazione del programma formativo annuale.</p> <p>Elabora annualmente in collaborazione con il Referente alla formazione i dati relativi agli interventi formativi.</p> <p>Utilizza l'analisi periodica per il miglioramento alla qualità.</p> <p>E' garante dell'invio annuale della relazione annuale sull'esito della formazione erogata, sull'attività del comitato scientifico all'ente Accreditante.</p>

Responsabile/Referente qualità

DESCRIZIONE PROFILO E FUNZIONI	<p>Il Responsabile/Referente della qualità assicura la predisposizione, attuazione, verifica delle strategie relative procedure per il monitoraggio della qualità della formazione erogata, con particolare riferimento a quanto previsto da regole, requisiti minimi e procedure per l'accreditamento dei provider ECM. Assicura l'applicazione e il mantenimento di un sistema di gestione per la qualità conforme ai requisiti della norma a cui il</p>
--------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	sistema si riferisce
RESPONSABILITA'	<p>Presidia la documentazione necessaria per la realizzazione delle diverse fasi del processo di accreditamento del Provider.</p> <p>E' componente del Comitato Scientifico per la parte relativa alla qualità della formazione.</p> <p>Mantiene attivi i rapporti di collaborazione con l'Ente accreditante sia per la verifica del possesso dei requisiti previsti per l'accREDITamento che la verifica in itinere dei processi e dei risultati della formazione erogata con relativo accesso alla documentazione.</p> <p>Cura l'elaborazione del sistema qualità della formazione e dei relativi criteri in linea con le norme emanate dall'Ente accreditante.</p> <p>Definisce le procedure necessarie per garantire la qualità nella formazione.</p> <p>Assicura la costante applicazione del sistema di verifica della qualità formativa finalizzato al rispetto dei requisiti minimi richiesti per lo svolgimento di attività formative di Educazione Continua in Medicina e di formazione continua in ambito sanitario: del soggetto richiedente, strutturali, organizzativi, della qualità dell'offerta formativa.</p> <p>Valuta l'attività della Struttura Formativa affinché siano costantemente e correttamente applicate le indicazioni contenute nel Manuale di AccredITamento Provider.</p> <p>Collabora con la formazione del personale afferente alla formazione al fine di divulgare la "cultura della qualità".</p> <p>Collabora con altri Referenti della qualità dell'Ente ove presenti.</p> <p>Collabora con il Referente per la formazione alla realizzazione delle statistiche e della relazione sull'andamento della formazione, alla Regione e al Sistema di accREDITamento Provider.</p>

Progettista di formazione

DESCRIZIONE PROFILO E FUNZIONI	<p>Il progettista di formazione è esperto di progettazione formativa (Residenziale, FSC, FAD, Blended) con significativa e documentata esperienza in attività di docenza. Elabora e predispone la struttura, l'articolazione la documentazione di un intervento formativo in tutti i suoi aspetti organizzativi, economici ed, in accordo con il Responsabile scientifico, di contenuto di</p>
--------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	metodologia.
RESPONSABILITA'	<p>Concorda con il committente/responsabile scientifico risorse, vincoli e condizioni di fattibilità tempistiche e finalità dell'intervento formativo.</p> <p>Individua finalità e obiettivi del progetto formativo tenendo conto della normativa di riferimento e del piano formativo.</p> <p>Identifica i soggetti da coinvolgere nella fase di costruzione del progetto formativo.</p> <p>Definisce gli obiettivi specifici di apprendimento in relazione con le finalità e gli obiettivi del progetto.</p> <p>Definisce ed elabora gli strumenti di valutazione formativa in relazione agli obiettivi dell'intervento formativo.</p> <p>Individua contenuti, metodi, strumenti e tempistica dell'azione formativa in coerenza con gli obiettivi di apprendimento.</p> <p>Elabora il preventivo finanziario del progetto formativo in conformità alle richieste nonché ai vincoli di budget.</p> <p>Valuta l'intervento formativo erogato, a livello di processi e di risultati, utilizzando strumenti di monitoraggio.</p> <p>Individua le criticità a livello di progettazione e di erogazione e progetta azioni di miglioramento</p>

Referente per la formazione

DESCRIZIONE PROFILO E FUNZIONI	<p>Il Referente per la formazione è il responsabile organizzativo della formazione. Pianifica l'attività, valuta le prestazioni ed i servizi erogati. Ha il compito di analizzare le tendenze dei macrobisogni formativi, di definire le priorità e le strategie di intervento, di pianificare la programmazione, di coordinare i collaboratori,</p>
--------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	presidiando e valutando l'attività formativa svolta.
RESPONSABILITA'	<p>Organizza le attività della formazione.</p> <p>Presidia l'analisi del fabbisogno formativo secondo il modello concordato.</p> <p>Assicura la redazione del piano formativo e ne garantisce l'applicazione coordinandone le varie fasi.</p> <p>Assegna le risorse (progettazione e gestione amministrativa) al fine dell'applicazione del piano formativo.</p> <p>Assicura la coerenza del piano formativo con i bisogni formativi espressi da tutto il personale operante in sanità.</p> <p>Promuove l'attivazione dell'anagrafica dei crediti ECM.</p> <p>Gestisce la rete di referenti di formazione.</p> <p>Partecipa alla progettazione formativa e alla verifica dei progetti formativi.</p> <p>Promuove la ricerca di metodologie e strumenti innovativi funzionali al raggiungimento degli obiettivi formativi.</p> <p>Garantisce il budget secondo le indicazioni del Direttore, Responsabile della Formazione.</p> <p>Coordina la redazione delle statistiche e la reportistica annuale.</p> <p>Valuta l'attività del personale valutandone i risultati in rapporto agli obiettivi del corso e alle competenze attese.</p> <p>Analizza i fabbisogni del personale operante in formazione e ne cura il piano formativo.</p> <p>Presidia e supervisiona il processo di approvvigionamento di risorse umane e strumentali.</p> <p>E' componente del Comitato Scientifico</p>

Componente comitato tecnico-scientifico e Responsabile Scientifico

DESCRIZIONE PROFILO E FUNZIONI	E' esperto nel settore di competenza. Ha un'esperienza pregressa in ambito formativo e professionale specifico, ha capacità valutative dei docenti e conosce le metodologie didattiche più appropriate per ciascun argomento
RESPONSABILITA'	In collaborazione con il progettista:

	<p>individua gli obiettivi in relazione al programma formativo</p> <p>individua gli argomenti e le principali metodologie didattiche</p> <p>individua i criteri di selezione e scelta del team dei docenti, istruttori e tutor</p> <p>cura i rapporti con i docenti e tutor in relazione alla disponibilità e fruibilità del materiale didattico identificandole i requisiti e le caratteristiche anche in collaborazione con il progettista</p> <p>sceglie la metodologia di valutazione dell'apprendimento</p> <p>concorre alla valutazione del percorso formativo, all'analisi e alla verifica del raggiungimento degli obiettivi formativi</p> <p>valuta il gradimento del corso e dei docenti</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Direttore amministrativo

DESCRIZIONE PROFILO E FUNZIONI	Direttore amministrativo redige il bilancio, verifica e definisce il budget, effettua un'analisi del centro di costo area formazione. Fa rispettare i principi contabili e la trasparenza. Ha esperienza superiore a 3 anni in ambito amministrativo.
RESPONSABILITÀ	E' responsabile del budget e della rendicontazione in accordo con il Referente alla Formazione e al Progettista.

PO 02 Raccolta fabbisogni, progettazione ed erogazione di eventi formativi

1.1 Titolo

PO 002: Raccolta fabbisogni, progettazione ed erogazione di eventi formativi

1.2 Descrizione sintetica

Questa Procedura descrive le attività e dettaglia le responsabilità connesse alla gestione del processo di progettazione ed erogazione di eventi formativi.

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

Trattandosi della revisione 0 non si registrano modifiche al documento.

3. OBIETTIVI

Descrivere il processo e la sequenza delle attività che lo caratterizzano al fine di definire ed omogeneizzare le modalità di progettazione ed erogazione di eventi formativi all'interno del Dipartimento di Management dell'Università degli Studi di Torino.

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

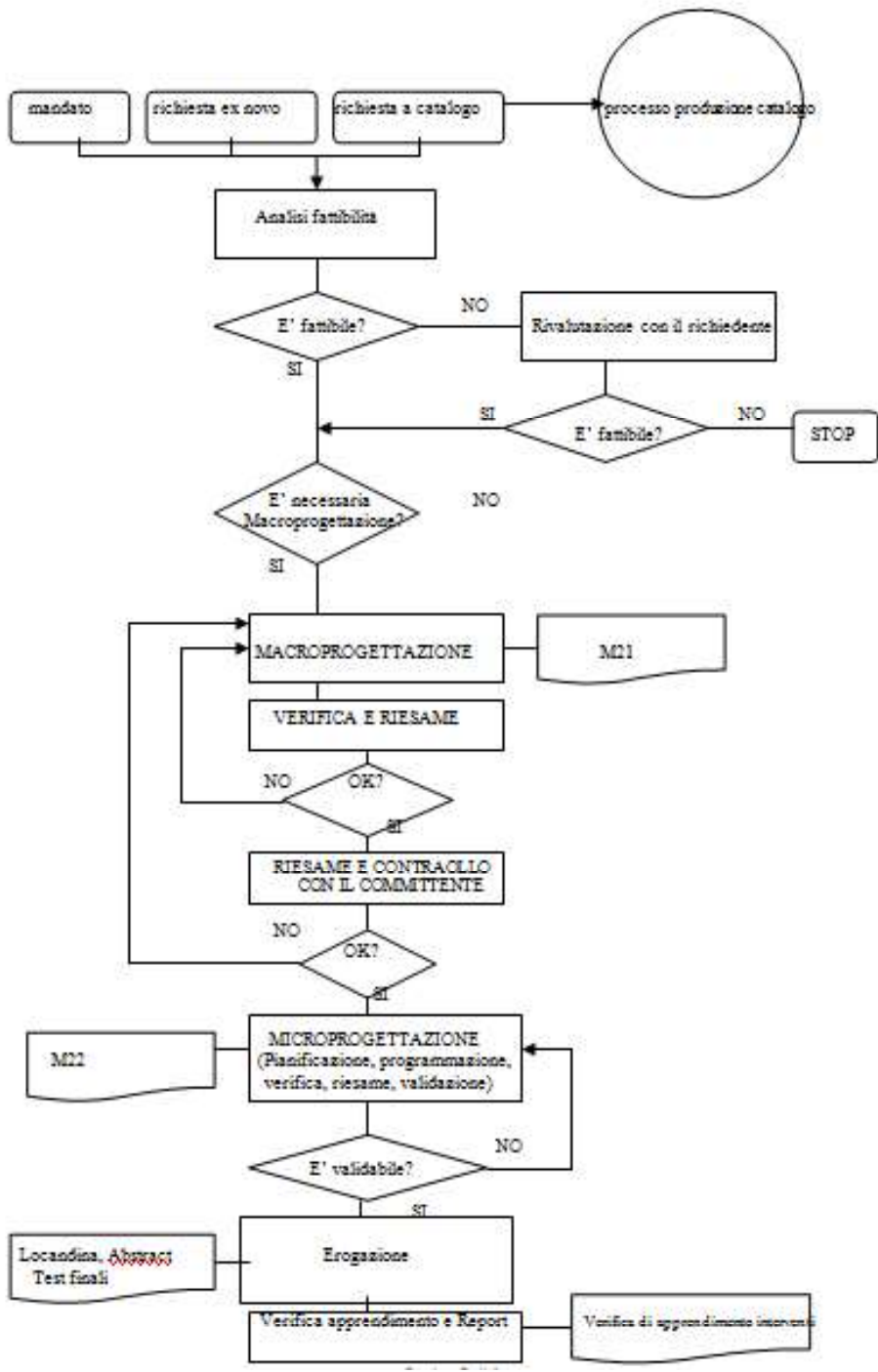
Tutti gli eventi formativi progettati ed erogati dal Dipartimento di Management dell'Università degli Studi di Torino.

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Il processo di progettazione ed erogazione di eventi formativi per adulti è descritto, nel diagramma di flusso che segue corredato da specifiche note esplicative e da una scheda processo (M 21 – M 22).

La scheda processo permette di identificare e definire:

- ❖ i clienti ed i loro requisiti;
- ❖ i requisiti dei prodotti;
- ❖ i punti critici individuati per il monitoraggio/controllo del processo;
- ❖ le risorse necessarie;
- ❖ i documenti e le registrazioni ritenute necessarie per il controllo del processo;
- ❖ i fattori di qualità rispetto ai quali monitorare e misurare i prodotti con opportuni indicatori e standard.



FONTE: GRAFICO DI PROGETTAZIONE PRODUZIONE PROPRIA

Nota 1 Analisi dei bisogni

Prima di elaborare il piano di formazione si procede a raccogliere i bisogni formativi attraverso:

- gli esiti (gradimento, suggerimenti, proposte) provenienti dai discenti durante il momento d'aula M MC5
- tramite un questionario docenti e Responsabili scientifici individuati M27 – M 29.
- tramite consultazione dei dipendenti e collaboratori della struttura M02
- tramite un incontro con il Direttore formazione, il Referente per la Formazione e il Comitato Scientifico.

Nota 2 Raccolta annuale richieste eventi

Ogni anno vengono raccolte le richieste secondo quanto predisposto dal Progettista, la raccolta viene poi comunicata al Responsabile Formazione che in collaborazione con il Comitato Scientifico analizza le esigenze formative dividendole per aree. Il Comitato Scientifico raccoglie le richieste eventi e le predispone in maniera organica divise per aree tematiche; una volta che la raccolta è stata avvalsa dal Direttore alla formazione, il Comitato Scientifico in collaborazione con il progettista predispone il modello M21.

Nota 3 Programma annuale

Annualmente si elabora il programma per l'anno. Questo, per agevolare la consultazione e l'analisi, viene prodotto in una edizione riferita al personale sanitario e una edizione riferita al personale amministrativo, tecnico e professionale. In allegato vengono trasmesse le modalità di prenotazione agli eventi formativi.

Il programma annuale consiste in una raccolta degli eventi formativi in parte derivanti dalle richieste raccolte annualmente, in parte da mandati istituzionali (quali normative, emergenze sanitarie e organizzative). Per ogni intervento formativo viene declinato: titolo, obiettivi, date ed orario, destinatari, numero di partecipanti, progettista/gestore/segreteria organizzativa, crediti ECM (se pertinente) sede. Il programma viene inviato ai progettisti e successivamente viene determinato.

Nota 4 Richieste post programmazione annuale

Occasionalmente possono pervenire richieste post programmazione legate a specifiche esigenze organizzative, normative o emergenze di carattere sanitario, che vengono valutate dal Direttore della Formazione della Dipartimento di Management dell'Università degli Studi di Torino che ne verifica la fattibilità rispetto:

- alle risorse a disposizione: progettisti e gestori corsi,
- alla disponibilità di supporti di segreteria e logistici (aule e supporti didattici)
- alla congruenza con quanto pianificato nel piano di formazione

Sulla base delle valutazioni effettuate decide il livello di priorità per la loro realizzazione e quindi i tempi di progettazione ed erogazione.

Nota 5 Valutazione per attivazione intervento formativo e della necessità di macroprogettazione

Le attività per la realizzazione di un intervento formativo iniziano con la valutazione della necessità di macroprogettazione.

Se è necessaria la macroprogettazione, ossia se la richiesta di intervento formativo (M 021), non è corredata da una progettazione di massima da parte del proponente, si attiva un percorso per la realizzazione del corso di formazione con l'assegnazione dell'incarico di macro e microprogettazione ad un "Progettista". In caso contrario si parla di evento e l'incarico non prevede la macroprogettazione, ma solo la microprogettazione. Tale incarico viene affidato ad un "Gestore di corso" che, insieme al Responsabile del settore o suo delegato, provvederà a completare la progettazione di norma con una specifica microprogettazione (M 021).

Nota 6 Macroprogettazione

La macroprogettazione è una raccolta sistematica di elementi, riferiti ad un intervento formativo per la definizione di massima dello stesso.

Durante la macroprogettazione il progettista raccoglie informazioni in merito a tipologia dell'evento obiettivi, indicazioni didattiche generali, target discenti ed indicazioni

economiche. Queste informazioni costituiscono gli elementi in ingresso della microprogettazione e permettono di definire gli obiettivi formativi, scegliere in modo adeguato i percorsi didattici, i metodi, i tempi, i supporti, i docenti.

Nel corso della macroprogettazione vengono ridefiniti in termini più realistici e circoscritti gli obiettivi che l'interlocutore di committenza può attendersi dall'evento formativo.

La sintesi delle attività effettuate in fase di macroprogettazione è in genere riportata sul modulo M 021 che contiene il titolo, i destinatari, l'obiettivo generale, l'organizzazione, i tempi, i docenti, la segreteria scientifica ed organizzativa, costi, finanziamenti e materiali. Sempre in macroprogettazione viene inoltre definito il committente, il progettista, il referente, l'interlocutore (ove necessario) e i tempi e gli attori del riesame.

Nel caso di corsi realizzati su mandato istituzionale (in genere regionale) la macroprogettazione è effettuata in conformità ai requisiti specificati dal committente e pertanto non è generalmente registrata sul modulo M 022, ma con relazione su schema assegnato.

In ogni caso al termine della macroprogettazione il progettista verifica i risultati ottenuti rispetto al mandato con il committente (riesame del contratto). Il committente se concorda con quanto definito, firma per sottoscrizione mentre, in caso contrario, riferisce le sue richieste al progettista che le analizzerà nella successiva verifica con il responsabile di settore apportando le necessarie modifiche alla progettazione.

Le modifiche apportate saranno comunque oggetto di nuovo riesame e firma del contratto con il committente.

In ogni caso la macroprogettazione termina con una verifica e riesame tra progettista e responsabile di settore ed il mandato per la microprogettazione.

Nota 7 Microprogettazione

La microprogettazione è successiva alla macroprogettazione ed in questa fase il progettista definisce oltre al titolo, destinatari, obiettivo generale, organizzazione, tempi, docenti, segreteria scientifica e organizzativa, costi e finanziamento derivati dalla macroprogettazione, l'abstract dell'evento e la locandina. Inoltre dettaglia e riporta sul

modulo M 021, in particolare gli obiettivi specifici, il programma, il sistema di valutazione e l'analisi dei costi. L'importanza di una microprogettazione è quello di costruire un percorso formativo coerente, in analogia agli obiettivi prefissati e costruiti in modo puntuale per i destinatari.

La pianificazione delle attività di microprogettazione, comprende sempre le attività di verifica, riesame e validazione.

La validazione prevista dal Dipartimento di Management dell'Università degli Studi di Torino. E' in genere di due tipi:

a) Validazione interna:

Al termine dell'attività di microprogettazione il progetto è sottoposto alla validazione di un progettista diverso da chi ha effettuato la progettazione in modo da garantirne attraverso la supervisione la validità e la tenuta durante l'erogazione. Sul modulo M 022 è registrata tale attività con data e firma del validatore.

Sullo stesso modulo è prevista l'evidenza dell'inizio dell'attività di microprogettazione con una data di inizio posta in prima pagina e di fine progettazione con relativa data apposta con firma da progettista in ultima pagina.

b) Validazione esterna:

Qualora l'intervento formativo necessiti di accreditamento ECM è prevista un'ulteriore validazione esterna che coincide con l'accreditamento e l'assegnazione dei crediti da parte dei referenti ECM. Evidenza di tale validazione è la comunicazione della validazione dei crediti da parte della Regione Piemonte – Aress.

Nei casi in cui l'intervento formativo sia la riedizione di un corso od evento precedente già progettato ed erogato e non ci siano sostanziali modifiche da effettuare, rimane valida la precedente progettazione e l'attività di esame della stessa è registrata in apposito verbale.

Nota 8 Erogazione e registrazione attivazione

L'erogazione dell'intervento formativo avviene secondo la pianificazione riportata dal progettista o dal gestore del corso.

Nota 9 Verifica apprendimento e report

La verifica dell'apprendimento viene valutata attraverso apposito report verifica di apprendimento. I dati raccolti in termini di gradimento vengono registrati e tenuti sotto controllo.

MODELLO 27 RACCOLTA DEI FABBISOGNI FORMATIVI DOC

Alla Direzione, Ufficio Formazione, Ufficio Progettazione

Le sottoponiamo alcune domande a cui chiediamo gentilmente di rispondere, al fine di offrirvi l'opportunità di migliorare la progettazione del Programma di Formazione Aziendale 200_

- 1) Gli obiettivi formativi che si intendono perseguire per il proprio personale per l'anno 200_ trovano corrispondenza nell'offerta formativa proposta dall'Azienda?

Scarso	Soddisfacente	Buono

- 2) Breve commento sugli aspetti giudicati più carenti:

.....
.....
.....
.....

- 3) Suggerimenti per il 200_:

Per eventuali proposte compilare l'allegato modulo M 021 da inviare presso Dipartimento di Management – Università degli Studi di Torino attenzione Referente Formazione

Firma

Recapito Telefonico

Data.....

Grazie per la collaborazione!!!!

M 29 TABULAZIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE DIPENDENTI, SUGGERIMENTI

Alla voce “osservazioni” si evidenziano i seguenti suggerimenti per argomenti di eventi formativi:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

MODELLO M02 RACCOLTA DEI FABBISOGNI FORMATIVI

NOME: _____ PROFESSIONE _____

COGNOME: _____ MAIL _____

AREA/REPARTO/SPECIALIZZAZIONE DI ATTIVITA'
LAVORATIVA: _____

A) SU QUALE TRA LE SEGUENTI AREE/TEMATICHE TI INTERESSEREBBE RICEVERE FORMAZIONE: (**MASSIMO 3 SCELTE TEORICHE E 3 SCELTE PRATICHE**)

	FORMAZIONE	
	TEORICA	PRATICA
1. AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. AREA CURE PRIMARIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. AREA SALUTE MENTALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. AREA MATERNO INFANTILE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. AREA DELLE DIPENDENZE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. AREA RIABILITAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. AREA ONCOLOGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. AREA FARMACEUTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. AREA GIURIDICO - NORMATIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. AREA METODOLOGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. AREA ETICA E DEONTOLOGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. AREA SPECIALITA' CHIRURGICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. AREA SPECIALITA' MEDICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. AREA PREVENZIONE/PROMOZIONE DELLA SALUTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. AREA INFORMATICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. AREA EMERGENZA ED URGENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. AREA IGIENE E SANITA' PUBBLICA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. AREA SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. AREA SALUTE IMMIGRATI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. AREA CARDIOVASCOLARE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. AREA MEDICINA VETERINARIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. AREA MANAGEMENT ORGANIZZATIVA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. AREA MANAGEMENT ECONOMICO FINANZIARIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. MALATTIE CEREBROVASCOLARI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. MEDICINA PENITENZIARIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. NEONATOLOGIA E PEDIATRIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. NON AUTO-SUFFICIENZA: ANZIANI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. NON AUTO-SUFFICIENZA DISABILITA' | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. CURE ODONTOIATRICHE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. AREA SOCIO-SANITARIA INTEGRATA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. CURE DOMICILIARI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) TRA LE AREE PRECEDENTEMENTE DEFINITE QUALI RITIENI DI INTERESSE INTERDISCIPLINARE? INDICANE IL NUMERO E L'AREA :

C) E' DI TUO INTERESSE L'ANALISI DELLE PERFORMANCE PROFESSIONALI?

1 SI 2 NO

D) PROPONI TRE TITOLI DI EVENTI DI TUO INTERESSE:

FIRMA

9. SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

10. FINANZIAMENTO:

autofinanziamento

finanziamento pubblico

quote iscrizione

altro (specificare)

11. COSTI (presumibili):

Docenza _____

altro (specificare) _____

12. MATERIALE DOCUMENTATIVO PER I DISCENTI

si (predisposto a cura di: _____ entro il: _____

no

13. ALTRO (specificare) _____

Committente: _____ Firma _____

Progettista: _____ Firma _____

Data di riesame del contratto : _____

	Data inizio progettazione:				
1)	TITOLO DELL'INTERVENTO FORMATIVO				
2)	SEGRETERIA ORGANIZZATIVA	Cognome:			
		Nome:			
		e-mail:.			
		n. tel.:			
		n. fax:			
4)	PRESENZA DI MACROPROGETTAZIONE		<i>SI</i>		
			<i>NO</i>		
5)	Se accreditato ECM definire:se:		<i>PROGETTO FORMATIVO</i>		<i>Aziendale solo per interni</i>
					<i>Per interni ed esterni</i>
			<i>EVENTO</i>		<i>Aperto ad esterni – Regione Piemonte</i>
6)	Eventuali COLLABORAZIONI: <i>(specificare se l'evento è presentato in collaborazione con altri Provider ECM e indicare in n° di riferimento ECM)</i>				
7)	LUOGO DI SVOLGIMENTO:				
8)	TEMPI:	<i>EDIZIONE 0 (PER ACCRED. NAZIONALE)</i>	<i>dal</i>		<i>al</i>
		<i>EDIZIONE 1</i>	<i>dal</i>		<i>al</i>
		<i>EDIZIONE 2</i>	<i>dal</i>		<i>al</i>
		<i>EDIZIONE ----</i>	<i>dal</i>		<i>al</i>
9)	MONTE-ORE TOTALE <i>(riferito a singola edizione)</i>				

10)	QUOTA INDIVIDUALE DI PARTECIPAZIONE <i>(IVA compresa dovuta solamente per i corsi non accreditati ECM)</i>		
11)	PROFESSIONI E NUMERO. PARTECIPANTI		
		<i>Medico chirurgo</i>	
		<i>Veterinario</i>	
		<i>Odontoiatra</i>	
		<i>Farmacista</i>	
		<i>Psicologo</i>	
		<i>Chimico</i>	
		<i>Fisico</i>	
		<i>Infermiere</i>	
		<i>Ostetrica/o</i>	
		<i>Tecnico sanitario di radiologia medica</i>	
		<i>Fisioterapista</i>	
		<i>Tecnico sanitario di laboratorio biomedico</i>	
		<i>Assistente sanitario</i>	
		<i>Dietista</i>	
		<i>Educatore professionale</i>	
		<i>Igienista dentale</i>	
		<i>Infermiere pediatrico</i>	
		<i>Logopedista</i>	
		<i>Ortottista/Ass. di oftalmologia</i>	
		<i>Podologo</i>	
		<i>Tecnico di neurofisiopatologia</i>	

		<i>Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare</i>	
		<i>Tecnico audiometrista</i>	
		<i>Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro</i>	
		<i>Tecnico educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale</i>	
		<i>Tecnico ortopedico</i>	
		<i>Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva</i>	
		<i>Terapista occupazionale</i>	
		<i>Ottico</i>	
		<i>Odontotecnico</i>	
		<i>Tutte le professioni</i>	
		<i>Altri partecipanti esclusi dai crediti (specificare figura prof.le)</i>	
		<i>NUM. TOTALE PARTECIPANTI:</i>	
12	<i>TIPOLOGIA</i>)		
		<i>Corso (minimo 4 ore)</i>	
		<i>RETRAININ</i>	
		<i>altro</i>	
13	<i>OBIETTIVI:</i>)		
		<i>REGIONALE</i>	
		<i>MOTIVAZIONE</i>	
14	<i>OBIETTIVI SPECIFICI:</i>)	<i>FAR ACQUISIRE CONOSCENZE TEORICHE E AGGIORNAMENTI IN TEMA DI:</i>	
		<i>FAR ACQUISIRE ABILITÀ MANUALI, TECNICHE O PRATICHE IN TEMA DI</i>	

		<i>FAR MIGLIORARE LE CAPACITÀ RELAZIONALI E COMUNICATIVE IN TEMA DI:</i>		
		<i>FAR ACQUISIRE COMPETENZE DI ANALISI E RISOLUZIONE DI PROBLEMI CHE SI POSSONO PRESENTARE NEI DIVERSI CONTESTI</i>		
15	AREA TEMATICA)			
16	MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti)	<i>non previsto</i>		
		<i>Previsto:</i>		
		<i>tipologia</i>	<i>Testo</i>	
			<i>Dispensa</i>	
			<i>cd-rom</i>	
			<i>Altro (specificare)</i>	
		<i>a cura di:</i>	<i>Responsabile Scientifico</i>	<i>Entro il</i>
			<i>Docente/docenti</i>	<i>Entro il</i>
17	RESPONSABILE/I SCIENTIFICO/I)	COGNOME/NOME		COMPETENZA PROFESSIONALE (sintetica)
18	DOCENTI:) (scrivere l'elenco)			
19	PROGRAMMA:) (eventuale allegato)	<i>NUMERO GIORNATE</i>		
		<i>MONTE-ORE COMPLESSIVO:</i>		
20	VALUTAZIONE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA) (se corso accreditato ECM allegare file con lo strumento di valutazione)	METODO/I DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO:		
		<i>PROVA PRATICA</i>	<i>Role playing con griglia</i>	
			<i>Prova manuale</i>	
		<i>PROVA ORALE</i>	<i>Strutturata</i>	
			<i>Non strutturata</i>	

21	PROMOZIONE DELL'INTERVENTO FORMATIVO		PROVA SCRITTA	<i>Tema</i>
			<i>Saggio</i>	
			<i>Tesine</i>	
			<i>Altro</i>	
			QUESTIONARIO	<i>Domande chiuse</i>
			<i>Domande aperte</i>	
			<i>Entrambe</i>	
			PROJECT WORK	
			LOCANDINA	
			ALTRO (specificare):	
22	MATERIALE DA ACQUISTARE O DA REPERIRE			
23	VALUTAZIONE DEL GRADIMENTO		QUESTIONARIO ECM	
			VALUTAZIONE DEI DOCENTI	
			ELOGIO O RECLAMO	
			EVENTUALE STRUMENTO AGGIUNTIVO (specificare)	
25	ANALITICO SPESE (crocettare unicamente presenza delle voci di interesse – per dettaglio vedi scheda in allegato alla determina)		DOCENZE INTERNE	
			IRAP DOCENZE INTERNE (DOCENZE)	
			DOCENZE ESTERNE	
			IRAP ALTRI SOGGETTI (DOCENZE ESTERNE)	
			RIMBORSO SPESA DOCENTI/RELATORI	
			MATERIALE SEGRETERIA	
			MATERIALE DIDATTICO	
			AFFITTO AULE	
			AFFITTO AUDIOVISIVI	
			ALTRO (SPECIFICARE)	
26	PREVENTIVO SPESE	TOTALE SPESE DOCENTI		

) PER EDIZIONE		<i>%: quote di iscrizione</i>	<i>Docenza (compens o richiesto)</i>	<i>Rimborso spese</i>
		<i>% sponsor non commerciali</i>		
				<i>% sponsor commerciali</i>
27)	FONTI DI FINANZIAMENTO (IN PERCENTUALE)	<i>100</i>	<i>% autofinanziamento</i>	
		<i>DENOMINAZIONE</i>	<i>RAGIONE SOCIALE</i>	
28)	ELENCO EVENTUALI SPONSOR			SEDE LEGALE

**VERIFICA DI APPRENDIMENTO INTERVENTI FORMATIVI:
EVENTI/CORSI**

ELEMENTI COSTITUTIVI DELLA VERIFICA DI APPRENDIMENTO

Titolo dell'intervento formativo: _____

Data/date di svolgimento: _____

Sede di svolgimento: _____

Strumento utilizzato per la verifica dell'apprendimento in relazione agli obiettivi di apprendimento

(scegliere all'interno della seguente tabella)

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO	<i>VERIFICHE</i>
A) Fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti	Questionario, prova scritta, prova orale
B) Fare acquisire abilità manuali, tecniche e pratiche	Prova pratica Project Work
C) Fare migliorare le capacità relazionali e comunicative	Prova pratica
D) Fare acquisire competenze di analisi e risoluzione di problemi che si possono presentare nei diversi contesti	prova scritta, prova orale, Project Work, Prova pratica

- Inserire il testo della prova scelta
- Definire i criteri di valutazione utilizzati per la correzione delle prove di verifica
- SINTESI dell'esito/giudizio finale

Data:

Il Responsabile scientifico dell'evento/corso oppure Progettista _____
(qualifica, cognome, nome + firma)

MODELLO MC 5 VALUTAZIONE DEL CORSO

A seguito della Sua gradita partecipazione al corso La preghiamo di compilare il presente questionario al fine di raccogliere impressioni e suggerimenti. La preghiamo inoltre di riconsegnare il questionario al personale presente al desk di registrazione.

On the occasion of the Course, we kindly ask you to take time to fill in the following form in order to allow us to collect feedback and suggestions from you. We would be grateful if you could hand it in to the personnel present at the registration desk.

CORSO: _____

1	Non soddisfacente	Unsatisfactory
2	Quasi soddisfacente	Almost satisfactory
3	Soddisfacente	Satisfactory
4	Più che soddisfacente	More than satisfactory
5	Oltre le aspettative	Excellent
n.a.	Non applicabile	Not applicable

Il Corso ha soddisfatto le Sue aspettative?

Did meet your expectations?

1	2	3	4	5	n.a.

	1	2	3	4	5	n.a.
Contenuto globale General content						
Organizzazione ed efficienza complessivi General organization and efficiency						
Come giudica il Corso? How do you judge this Course?						
Il Corso ha ottenuto i risultati che si aspettava? How do you judge this Course?						
Il linguaggio utilizzato si è dimostrato comprensibile? Were the terms used understandable?						
Gli istruttori si sono dimostrati disponibili ad ulteriori chiarificazioni e approfondimenti? Were the trainers available to give you further explanations and clarifications?						
Ritiene che il materiale che Le è stato fornito sia utile e comprensibile? In your opinion documents supplied are useful and intelligible?						

Quale argomento trattato durante il corso ha apprezzato di più perchè ritiene Le sia più utile?

During the course which subject has been more appreciated because of its usefulness?

Quale aspetto del corso ritiene dovrebbe essere ulteriormente approfondito nelle prossime sessioni del corso?

Which aspect of the course do you think should be explained further in the next sessions?

Le chiediamo un ultimo sforzo. Se vuole rispondere a questa domanda ci dia anche, per favore, le motivazioni della Sua scelta, se negativa. Ci servirà per migliorare. Vorrebbe frequentare in futuro altri corsi in questo Centro, con il team di docenti/istruttori che ha conosciuto e/o con i loro colleghi?

We ask you for a final effort. If you like to answer to this questions, please provide us with the reason of your choice, if negative. It will help us to improve. In the future, would you like to attend other courses in this location, with the team of teachers/instructors you met here and with their colleagues?

Quali corsi suggerirebbe di progettare?

Which courses would you share?

P 010 PROCEDURA DI GESTIONE AMMINISTRATIVA

1.1 Titolo

PO 010: Gestione amministrativa

1.2 Descrizione sintetica

Questa Procedura descrive le attività e dettaglia le responsabilità connesse alla gestione amministrativa relativa all'erogazione del servizio formazione sanitaria e spese/entrate cogenti presso la struttura.

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

Trattandosi della revisione 0 non si registrano modifiche al documento.

3. OBIETTIVI

Descrivere il processo e la sequenza delle attività che lo caratterizzano al fine di definire ed omogeneizzare le modalità di definizione delle risorse, verifica e rendicontazione all'interno del Dipartimento di Management.

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

L'area formazione ECM del Dipartimento di Management e tutti gli eventi erogati e progettati dalla struttura.

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Il processo di gestione amministrativa è descritta di secondo quanto segue:

1)IL BUDGET

Tenendo presente la struttura dei modelli di responsabilità, le aree di risultato, i sistemi amministrativi e la cultura aziendale è necessario elaborare i diversi input in output. Il budget è lo strumento che tenendo conto dei fabbisogni formativi e definiti gli obiettivi generali dell'area formazione (risorse fisse e variabili) deve essere in grado di valutare volumi di attività, costi e ricavi per l'erogazione del servizio formazione. Il Budget deve altresì valutare i servizi tecnico-economali in rapporto ai volumi di attività e ai costi sostenuti. Deve essere poi in grado di valutare i costi dei singoli corsi e delle aree tematiche relative quali sono i costi del personale, degli approvvigionamenti e dei servizi erogati inerenti la formazione.

Il budget può essere costruito secondo i volumi programmati su costi parametrici vincolati e discrezionali. I criteri parametrici possono essere identificati

attraverso il prodotto tra volume di attività programmato e costo unitario di budget. I volumi trattati possono essere quantificati attraverso la rilevazione dei consumi del periodo precedente, il calcolo dei volumi del periodo precedente, il calcolo del volume consuntivo per unità di prodotto, del coefficiente unitario di costo per standard unitario, la formulazione del programma di produzione e il calcolo del costo di budget per costo prodotto tra costo standard unitario e volume di produzione programmato. I costi vincolati sono indicati come costi fissi, di struttura o di capacità; derivano da risorse utilizzate per far funzionare una data capacità produttiva e sono costi da imputare in base alla variazione di capacità e alle variabili esogene. I costi discrezionali sono invece qualificabili come costi di politica o di sviluppo e sono discrezionali delle scelte assunte dalla Direzione al fine di raggiungere gli obiettivi aziendali. A tal fine è possibile definire il budget secondo il modello M600. La Macroprogettazione è un ottimo sistema di quantificare il volume di corsi da erogare e relative voci.

Responsabile dei voluti del Budget è il referente alla formazione mentre responsabile della redazione è il Direttore Amministrativo che sentito il parere del Direttore alla Formazione lo redige.

2) IL REPORTING

Il reporting è un insieme strutturato di informazioni rilevanti di cui periodicamente deve disporre ogni responsabile nella forma più appropriata. Ovvero nell'Azienda il Direttore alla Formazione, il Referente alla formazione e il Direttore Amministrativo devono avere un report differenziale utile a conoscere l'andamento delle variabili gestionali più importanti, identificare selettivamente le aree e i problemi, diagnosticare correttamente le cause, intervenire tempestivamente in modo appropriato e valutare le prestazioni manageriali. Il Report è un consuntivo che deve sia per centro di responsabilità/prodotto/processo che per benchmark individuare e analizzare gli indicatori, gli scostamenti e i commenti relativi. Il report è uno strumento per valutare in base alle variazioni e alle diverse relazioni di area il raggiungimento o meno degli obiettivi definiti. Deve essere uno strumento rivolto anche all'utenza per valutare tale raggiungimento e definire se sussiste o meno una buona gestione e ove e come può essere migliorata. Il Report deve essere eseguito per ciascun corso o percorso formativo, vista la Microprogettazione e i

costi realmente sostenuti oltre ai ricavi/entrate è possibile riportare i relativi importi nel Modello M600 in modo da poter effettuare verifiche sugli scostamenti avvenuti. In tale fase sono responsabili il Direttore alla Formazione, il Referente alla formazione e il Direttore Amministrativo.

3) BILANCIO

La contabilità deve essere eseguita secondo i principi economico finanziari e patrimoniali secondo quanto previsto dall'Art. 2423 del c.c.. Inoltre deve presentare la nota integrativa che ha l'obbligo di illustrare in modo dettagliato il contenuto dello stato patrimoniale e del conto economico, nonché i criteri di valutazione utilizzati per la loro redazione. Tutti conti del Modello M600, le entrate e uscite devono confluire nel Bilancio di fine anno, in cui se possibile deve essere evidenziato in nota integrative importi parziali relativi all'area formazione.

PO 008 RILEVANZA ESIGENZE FORMATIVE, MANTENIMENTO E QUALIFICA ISTRUTTORI

1.1 Titolo

PO 008: Rilevazione esigenze formative, mantenimento e qualifica istruttori

1.2 Descrizione sintetica

Questa Procedura descrive le attività e dettaglia le responsabilità connesse alla gestione del reperimento docenti e mantenimento qualifica presso la struttura.

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

Trattandosi della revisione 0 non si registrano modifiche al documento.

3. OBIETTIVI

Descrivere il processo e la sequenza delle attività che lo caratterizzano al fine di definire ed omogeneizzare le modalità di selezione, analisi e mantenimento qualifica istruttori all'interno del Dipartimento di Management.

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

Tutti gli eventi formativi progettati ed erogati dal Dipartimento di Management

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Il processo di selezione e di mantenimento della qualifica di istruttore è descritta di secondo quanto segue:

1 – Recepimento domande candidati istruttori: i candidati istruttori devono compilare in tutte le sue parti il modello richiesta di collaborazione M40 e la liberatoria per la privacy.

2 – Analisi: La Direzione in collaborazione con il Direttore del Centro analizzano le richieste ricevute andando ad individuare eventuali esigenze formative rilevate attraverso M27 - M29 e M02 selezionano in base alle competenze eventuali docenti in relazione ai corsi che intendono attivare per il piano formativo annuale offerto.

3 – Formalizzazione: la nomina del corso viene formalizzata attraverso comunicazione scritta al docente che ne può accettare o meno la nomina. I Docenti e gli istruttori sono iscritti nell'apposito Albo Docenti/Istruttori secondo modello M 004 e ad Anagrafica ECM in piattaforma disponibile sul sito <https://www.ecmpiemonte.it/> in area privata.

4 – Mantenimento qualifica istruttore: in corso d'anno il Direttore analizza secondo quanto previsto da M41 il mantenimento delle competenze di ciascun docente. Inoltre viene verificata la sussistenza dei requisiti minimi previsti dalla scheda di

autovalutazione M48. In caso non fosse verificata la sussistenza dei criteri minimi per i docenti viene aperta una NC che può portare la Direzione a definire la perdita della qualifica di docente. Per quanto riguarda gli istruttori IRC/AHA la Direzione verifica che il docente abbia effettuato almeno due corsi l'anno.

5 – Miglioramento competenze : I docenti devono rispettare gli argomenti previsti dalla Direzione per quanto riguarda il programma di miglioramento continuo in medicina ove esplicitato. Oppure devono seguire i corsi di aggiornamento previsti dalla Direzione su specifici argomenti di interesse strategico organizzativo.

M 040 RICHIESTA DI COLLABORAZIONE

ALL'UFFICIO FORMAZIONE

Data ____/____/____

Il sottoscritto Dr./Prof.

nato a _____ il ____/____/____

residente a _____ C.A.P. _____

in via _____ n° _____

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ e-mail _____

Chiede di essere ammesso in qualità di docente/tutor

§

§ Specificare: corso residenziale, formazione sul campo

Dichiara, sotto la propria responsabilità,

1. Di essersi laureato presso l'Università di _____ (anno _____),
2. di essersi laureato vecchio ordinamento in _____
3. di essere un soccorritore professionista in _____
4. specializzato in: _____

5. Di prestare attualmente attività presso la seguente struttura:
_____ indirizzo _____ Tel. _____
Fax _____ E-mail _____ con le seguenti
funzioni _____ []
strutturato _____ [] frequentatore
per _____ ore settimanali.

6. Di essere già istruttore dei Dipartimenti di Management a./IRC/AHA/ Albo
professionale (specificare _____) dal _____ **in regola con il
pagamento della quota annuale 200...**
7. **Di avere letto e accettato la Politica, e regolamento interno del Dipartimento di
Management**
8. Motivazione succinta per cui intende intraprendere/**continuare**** il percorso
formativo del Centro:

Firma _____

Quando previsto:

Parere del direttore : _____

Firma Direttore Regionale e/o Ufficio Formazione:

- Allegare alla presente domanda il **proprio** curriculum vitae (formato Europeo) con particolare riferimento alle attività svolte in campo FORMATIVO.

Le richieste di ammissione verranno esaminate dal **Direttore alla Formazione e dall'Ufficio Formazione** dopo il ricevimento della domanda e la valutazione positiva verrà comunicata all'interessato via mail entro 30 giorni. L'ammissione sarà adeguata alla disponibilità dei posti della Scuola in base alla pianificazione biennale del bisogno nazionale e regionale di formatori.

Accettato

Non Accettato

Necessario acquisire ulteriori dati

Data:

MODELLO 004 ALBO DOCENTI E ISTRUTTORI

NOME COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCIATA - C.F.	RIFERIMENTI (mail, telegono, Mobile)	PROFESSIONE	AREA TEMATICA - ARGOMENTO

M 041 VALUTAZIONE DEI FORNITORI DI PRESTAZIONI PROFESSIONALI

FORNITORE _____					
PERIODO _____					
TIPOLOGIA DI FORNITURA _____					
Valutazione	Punteggio				
	1	2	3	4	5
Rispetto di quanto riportato nel progetto o sulle specifiche di incarico					
Qualità della prestazione fornita					
Collaborazione e disponibilità durante la fornitura					
Punteggio complessivo (valori accettabili se > 9)				
N° non conformità rilevate				
N° non conformità risolte (accettabile NC rilevate/NC risolte = 1)				
QUALIFICATO	SI			NO	

Il Direttore del Corso/Master/Referente Scientifico di Area

PG 08.01 PROCEDURA DI VERIFICHE ISPETTIVE DI GESTIONE DELLA QUALITÀ

1.1. Titolo

PG 08.01: Verifiche ispettive del Sistema di Gestione per la Qualità.

1.2. Descrizione sintetica

La procedura definisce le responsabilità e le modalità di programmazione e successiva esecuzione delle verifiche ispettive interne, focalizzate a valutare la conformità delle attività previste dal Sistema di Gestione per la Qualità alla norma di riferimento, a quanto pianificato per garantire l'efficacia delle attività stesse.

Le attività di verifica sono condotte per verificare, non solo la conformità alla norma, ma a qualunque regola, cogente o volontaria, che il Dipartimento di Management si è posto.

La procedura specifica anche le attività conseguenti all'attuazione delle verifiche ispettive: diffusione dei risultati, individuazione degli eventuali provvedimenti correttivi e responsabilità d'attuazione, modalità di verifica dei provvedimenti decisi, utilizzo dei risultati per l'esecuzione del riesame da parte della direzione del Centro.

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

Trattandosi della revisione 0 non si registrano modifiche al Documento.

3. OBIETTIVI

Descrivere le attività e le responsabilità connesse alla programmazione, pianificazione e realizzazione delle verifiche ispettive interne.

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

L'intero Sistema di Gestione per la Qualità nel Dipartimento di Management

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

5.1. Premessa

In generale, per verifica ispettiva interna (o audit), il Dipartimento di Management intende uno strumento a propria disposizione per autovalutarsi, e quindi eseguire un

esame sistematico ed indipendente mirato a stabilire se quanto pianificato a livello organizzativo, o più in dettaglio a livello operativo:

È coerente con i requisiti richiesti dal Manuale di accreditamento Provider Pubblici e Privati redatto in data 20/03/2012 ed0 o a qualunque altra regola, cogente o volontaria, a cui il Dipartimento di Management deve attenersi;

è coerente con quanto stabilito riguardo al Sistema di Gestione di Qualità, al suo funzionamento ed al suo aggiornamento;

risulta efficace, cioè adeguato al conseguimento degli obiettivi pianificati.

Le verifiche ispettive interne consistono in una serie di attività che seguono una sequenza prestabilita:

definizione del programma annuale delle verifiche,

pianificazione dell'esecuzione,

esecuzione delle verifiche e raccolta delle evidenze,

stesura del rapporto di verifica interna e sua trasmissione

eventuale definizione delle azioni correttive,

verifica di attuazione e di efficacia delle azioni correttive attivate,

valutazione delle informazioni emergenti dalle verifiche e dei risultati delle eventuali azioni correttive in sede di riesame.

riesame del programma di audit.

5.2. Definizione del programma delle verifiche

Il Rappresentante della Direzione redige il programma delle verifiche ispettive interne che ha un'articolazione annuale. Nel programma sono stabiliti gli obiettivi, l'estensione e la frequenza delle verifiche ispettive riguardo allo stato e all'importanza dei processi e delle attività da verificare oltre che dei risultati di precedenti verifiche ispettive (interne o dell'Ente di Certificazione). Sono inoltre prese in considerazione, per la programmazione, anche situazioni o aree particolarmente soddisfacenti, in modo da

poter trarre elementi di miglioramento anche per altre aree o situazioni carenti e/o lacunose.

Nel programma vengono definite dal Rappresentante della Direzione le responsabilità e le risorse ed in base alla disponibilità dei valutatori per ogni verifica viene di norma identificato il Responsabile del Gruppo di Verifica (RGVI) ed il gruppo di verifica.

La scelta dei componenti del gruppo di verifica è responsabilità del Rappresentante della Direzione che identifica il valutatore o i valutatori tenendo conto di:

indipendenza nei confronti delle attività da verificare;

competenza nelle attività/funzioni oggetto di verifica;

capacità di interagire con i formatori ed i professionisti esterni valutati e di lavorare insieme agli altri valutatori componenti il gruppo.

Il Programma annuale delle verifiche ispettive è approvato dal Direttore alla Formazione del Dipartimento di Management.

La direzione ha l'autorità di richiedere al Rappresentante della Direzione l'effettuazione di verifiche ispettive discrezionali, finalizzate ad orientare correttamente le azioni di miglioramento o a verificare particolari aree del Sistema di Gestione per la Qualità che possono apparire disomogenee alle altre o potenziali cause di non-conformità. L'autorità di decidere l'effettuazione di verifiche ispettive interne discrezionali è propria anche del Rappresentante della Direzione.

5.3. Pianificazione dell'esecuzione

Indipendentemente dal fatto che la verifica ispettiva da compiere sia pianificata o discrezionale, è responsabilità del Responsabile del gruppo di verifica prendere contatto gli altri componenti il gruppo per verificarne la disponibilità e quindi contattare la funzione oggetto di verifica per concordare data ed ora dell'audit.

Il Responsabile del Gruppo di verifica quindi formula il Piano di Verifica identificando:

gli obiettivi dell'audit

i criteri dell'audit e tutti i documenti di riferimento

il campo dell'audit

le date ed i luoghi dove si devono attuare le attività di audit sul posto

la stima del tempo e della durata per le attività di audit sul posto comprese le riunioni con i Responsabili dell'attività/funzione oggetto dell'audit e le riunioni del gruppo di audit

i ruoli e le responsabilità dei membri del gruppo di audit e degli eventuali accompagnatori (osservatori)

l'assegnazione di appropriate risorse per le aree critiche dell'audit

Al fine della predisposizione del Piano, il RGVI utilizza un apposito modulo (M 009).

Altra documentazione significativa considerata in questa fase sono i rapporti di precedenti verifiche ispettive e le eventuali azioni correttive scaturite dalle verifiche stesse.

Formulato il Piano è responsabilità del RGVI notificare la verifica utilizzando l'apposito modulo (M 008), inviando il piano di audit al Responsabile dell'attività/funzione oggetto di quello specifico audit.

Tale comunicazione deve essere effettuata, di norma, almeno una settimana prima della verifica in modo da permettere ai valutati di organizzarsi al fine di permettere il normale svolgimento delle attività.

Le verifiche sono condotte con il supporto di apposite check lists all'uopo predisposte dal Rappresentante della Direzione.

Pur senza costituire una indicazione totalmente vincolante per l'incaricato delle verifiche, le liste di riscontro sono più di una semplice traccia per l'attività, e ciascuno dei quesiti, o dei punti che si è deciso di sottoporre a verifica deve poi essere analizzato e trovare adeguata risposta, o riscontro, in fase di visita.

Le considerazioni emergenti dalla verifica, gli eventuali rilievi od osservazioni concernenti non conformità saranno riassunti nelle check-lists, in modo da poter disporre sempre di un supporto oggettivo alle affermazioni di sintesi contenute nel rapporto finale di verifica.

5.4. Esecuzione delle verifiche e raccolta delle evidenze

5.4.1. Incontro preliminare o riunione di apertura

La verifica ispettiva si attiva a partire da un breve momento preliminare durante il quale RGVI precisa ai presenti gli obiettivi, le modalità generali di realizzazione delle attività di audit, le modalità di valutazione e la tipologia delle non conformità che eventualmente verranno riscontrate.

Nel corso della riunione preliminare è confermato il Piano di audit e sono concordati anche tutti i dettagli logistici necessari: sala o spazi dedicati al personale incaricato all'esecuzione delle verifiche, definizione delle varie tempistiche, eventuali necessità, vincoli o limiti legati all'operatività che vengono in ogni caso considerate prioritarie nei confronti delle verifiche, ecc. Viene anche specificato che i documenti e le informazioni che i verificatori potranno acquisire, ed esaminare, saranno in ogni modo considerati riservati e mai comunicati all'esterno.

Un'ultima avvertenza che gli incaricati della verifica tengono in conto ed esplicitano sempre al Responsabile dell'attività/funzione verificata è che la visita ha come scopo primario quello di contribuire al miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità in essere: il fine non è quello di “cogliere in flagrante” l'area in esame ed il/i relativi/i Responsabili/i, quanto piuttosto di evidenziare eventuali problemi, o situazioni di rischio, in modo da contribuire all'attivazione di azioni correttive o di provvedimenti che comportino dei miglioramenti.

5.4.2. Indagine sul campo

Una volta conclusa la riunione di apertura, i componenti del gruppo di verifica avviano le indagini tramite raccolta mediante appropriato campionamento e verifica delle informazioni nei luoghi presso i quali si svolgono le attività da analizzare.

5.4.3. La ricerca delle “evidenze oggettive”

I valutatori interni grazie alla loro capacità di ascoltare e sintetizzare devono condurre la verifica ispettiva ricercando “evidenze oggettive” ossia “informazioni la cui veridicità può essere dimostrata sulla base di fatti acquisiti a seguito di osservazioni, misurazioni, prove o altri mezzi”.

Il personale incaricato della verifica si ispira sempre a questo principio in modo da condurre verifiche complete, accurate, oggettive ma soprattutto imparziali, in modo da

limitare il più possibile la soggettività del giudizio e le conseguenti difficoltà di dialogo, per mancanza di riferimenti comuni e condivisi, con gli interlocutori.

I metodi per raccogliere le evidenze comprendono:

Interviste;

Osservazione delle attività;

Riesame dei documenti e soprattutto delle registrazioni.

Durante la visita ispettiva sono sempre presi in considerazione, quando presenti, i rapporti di non conformità al fine di valutare i trattamenti e le eventuali azioni correttive.

La verifica ispettiva si muove sempre su due piani contemporanei, e cioè la valutazione della correttezza dei documenti e della coerenza delle registrazioni, confrontata con l'effettiva presenza di comportamenti da parte dell'organizzazione valutata. Non è inutile ricordare che, prima ancora della correttezza documentale e delle relative formalizzazioni, è considerata prioritaria l'effettiva e sistematica presenza ed attuazione di comportamenti che assicurano la qualità e la correttezza delle prestazioni erogate.

È importante che il valutatore non dimentichi mai che i documenti prodotti devono essere solo quelli che il Dipartimento di Management ha ritenuto necessari; è necessario verificare con le registrazioni se il processo è sotto controllo, la procedura o l'istruzione operativa sono un di più che può essere utile ma non necessario né indispensabile.

A proposito della valutazione della documentazione e delle registrazioni presentate nell'area sottoposta a verifica ai valutatori nel corso delle verifiche, è impossibile fornire regole fisse per la valutazione, anche se le precauzioni indicate di seguito forniscono un supporto per una valutazione complessivamente soddisfacente.

I documenti e le registrazioni esaminate dovrebbero essere:

- completi e leggibili,
- tecnicamente fondati,
- relativi all'oggetto e/o alle attività considerate,
- eventualmente riferibili ad altri documenti del sistema,

- compilati senza utilizzazione di matita o con sbianchettature,

Gli intervistati dovrebbero mostrare una certa dimestichezza nel rintracciare e mostrare la documentazione e le registrazioni e nello spiegare i relativi contenuti ed usi.

Non accontentarsi dei soli documenti presentati direttamente dagli intervistati, verificando che esistano raccoglitori, faldoni o cartelline nei quali siano effettivamente conservati altri esemplari dei documenti in esame.

Se si usano supporti elettronici per la produzione dei documenti e delle registrazioni, devono essere presenti modalità di protezione relativamente agli accessi e gli intervistati dovrebbero dimostrare una certa familiarità con l'utilizzo dei supporti hardware.

Le attività svolte dagli incaricati delle verifiche ispettive interne vengono documentate attraverso la compilazione degli spazi previsti nelle check-lists che sono allegate al rapporto, in cui sono sempre presenti:

identificazione degli incaricati della verifica;

identificazione delle persone incontrate nel corso della riunione preliminare e dell'effettuazione della verifica;

evidenza delle eventuali non conformità emerse, con indicazione degli elementi motivazionali a supporto della valutazione di non conformità;

evidenza delle valutazioni effettuate, anche quando non sono state riscontrate non conformità;

considerazioni sintetiche di valutazione complessiva sulle attività e sull'area valutate;

eventuali commenti, note od osservazioni, proprie dei valutatori o raccolte direttamente con le interviste.

5.4.4. Indicazioni comportamentali e impostazione dei rapporti interpersonali

La fiducia e l'affidabilità del processo di audit dipende fundamentalmente dalla competenza e dalle caratteristiche personali dei valutatori che devono sempre essere in grado di mettere a proprio agio la persona intervistata e non assumere mai un atteggiamento "inquisitorio" ma assicurare sempre e comunque obiettività ed imparzialità. Il valutatore deve assumere un atteggiamento professionale ma

fondamentalmente “umile” in quanto il suo scopo non deve essere quello di insegnare né di giudicare, ma di prendere atto, insieme al valutato, della situazione e concordare con lui sulla presenza delle aree di miglioramento.

Non si deve mai cadere nella tentazione di voler dimostrare, a tutti i costi o anche solo tramite atteggiamenti o dichiarazioni esplicite, di essere l’”esperto” nel campo in cui si sta indagando: la propria competenza è dimostrata all’interlocutore soprattutto mediante fatti e domande corrette.

Attenzione particolare deve essere posta comunque nel caso in cui l’intervistato tenda ad appesantire la propria esposizione attraverso esempi, aneddoti o discorsi che siano più finalizzati ad evidenziare la propria competenza o i propri meriti piuttosto che a fornire risposte ai quesiti del valutatore. Da una parte è importante evitare segni (espliciti o impliciti) di impazienza o, peggio, di insofferenza, ma contemporaneamente una delle capacità del valutatore sta anche nel ricondurre gli argomenti e la discussione nel solco specifico della verifica per poter raccogliere il maggior numero di evidenze, comprendendo se l’interlocutore sta effettivamente cercando di sviare l’attenzione per non fornire risposte adeguate o se si tratta semplicemente di una sua caratteristica psicologica nell’esposizione dei fatti.

5.4.5. Riunione conclusiva

A seguito della conclusione della fase di indagine è effettuata la riunione di chiusura.

Questo incontro, se il gruppo di verifica è costituito da più di una persona, è preceduto da una riunione dei componenti il gruppo di verifica con lo scopo di raccogliere ed ordinare tutti gli elementi emersi durante la verifica ispettiva. Durante la riunione, i valutatori espongono gli elementi emersi seguendo, come traccia di discussione, sia la norma per i punti applicabili sia le check-lists di valutazione utilizzate per la realizzazione della verifica. Centrale in questa fase è la figura del Responsabile del Gruppo di verifica, che deve coordinare l’attività in modo da incanalare tutte le informazioni e gli elementi raccolti verso la soddisfazione degli obiettivi della verifica e l’evidenziazione dei punti forti e dei punti deboli (comprese, ovviamente, eventuali non conformità riscontrate) dell’area valutata.

Nel corso della riunione finale vengono comunicate le non conformità emerse nel corso della verifica e riportate sul modulo (M 002); ciascun valutatore per quanto di competenza si accerta un'ultima volta che siano state comprese e condivise.

Il RGVI dopo la condivisione fa firmare alla attività/funzione oggetto di verifica gli eventuali rapporti di non conformità (M 002) che, insieme al verbale, saranno inviati al Rappresentante della Direzione, che funge da committente.

5.5. Stesura del rapporto di verifica ispettiva interna e sua trasmissione

Il rapporto di verifica ispettiva interna con la relazione (M 010 e M 007) sono compilati da RGVI dopo la riunione di chiusura, entro e non oltre 10 giorni dalla data di esecuzione della verifica, e comprende in genere i seguenti elementi:

gli obiettivi della verifica;

il campo della verifica, con particolare riferimento ai processi sottoposti a verifica ed il periodo di tempo impiegato;

l'identificazione del RGVI e dei componenti del gruppo;

l'identificazione dei presenti alla verifica;

le date ed i luoghi dove sono state condotte le attività di audit;

i criteri dell'audit

le risultanze della verifica e le conclusioni

Al rapporto vengono allegati i moduli di non conformità e le check list compilate.

Il rapporto di verifica, le check list ed i moduli di non conformità allegati sono conservati quali registrazioni della qualità dal Rappresentante della Direzione per 3 anni.

5.6. Eventuale definizione delle azioni correttive

Il Rappresentante della Direzione, ricevuto il rapporto e gli eventuali moduli di non conformità firmati, nel caso in cui siano presenti non conformità prende contatto con i Responsabili dell'attività/funzione per definire le azioni correttive necessarie per ristabilire lo stato di conformità.

La formalizzazione delle azioni correttive individuate, in accordo con il Rappresentante della Direzione, segue lo stesso iter metodologico di una qualunque azioni correttiva.

L'azione correttiva attuata in seguito ad una non conformità emersa in verifica ispettiva interna è registrata sull'apposito modulo (M 003).

5.7. Verifica di attuazione e di efficacia delle azioni correttive attivate

I Responsabili delle attività/funzioni sottoposte a verifica con il contributo del Rappresentante della Direzione specificano sempre, in sede di definizione degli eventuali provvedimenti o delle azioni correttive decise a seguito di verifiche ispettive, la tempistica e le responsabilità associate alla verifica della loro attuazione ed efficacia, e programmano tali verifiche con il Rappresentante della Direzione in modo autonomo e svincolato dalle verifiche ispettive interne classiche programmate.

Nel corso della verifica ispettiva successiva a quella che ha evidenziato le non conformità è comunque verificata l'attuazione e l'efficacia della azione correttiva.

Valutazione delle informazioni emergenti dalle verifiche e dei risultati delle eventuali azioni correttive in sede di riesame della Direzione

I rapporti finali, le registrazioni di non conformità ed azioni correttive, nonché tutto il materiale attinente alla verifica è conservato in originale dal Rappresentante della Direzione. I rapporti finali delle verifiche ispettive interne, le registrazioni delle non conformità, insieme ai documenti che formalizzano e registrano le eventuali azioni correttive identificate ed attuate in seguito alle non conformità emerse, vengono sempre utilizzati nel corso dell'esecuzione del riesame del Sistema di Gestione per la Qualità nel corso del quale viene riesaminato il Programma di audit al fine di valutare:

gli esiti delle verifiche ispettive;

il raggiungimento degli obiettivi preposti;

il rispetto della tempistica delle verifiche;

le competenze dei valutatori e la loro capacità di rispettare il Programma annuale delle verifiche e di attuare il piano degli audit.

Qualificazione dei valutatori interni

Per realizzare il proprio programma annuale di audit del Dipartimento di Management utilizza unicamente valutatori adeguatamente formati e qualificati.

I criteri rispetto ai quali un valutatore si considera qualificato sono:

la partecipazione ed il superamento dell'esame di un referente della Qualità in possesso dei requisiti stabiliti dal Manuale di accreditamento Provider Pubblici e Privati redatto in data 20/03/2012 ed0

La responsabilità di qualificare un valutatore è del Rappresentante della Direzione che riesamina detta qualifica annualmente in quanto, per il mantenimento della stessa, si ritiene necessario che il valutatore esegua almeno 1 verifica all'interno del Dipartimento di Management.

6. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALLA PROCEDURA

Verbali di riesame

Programma di audit

M 002: Accertamento di non conformità ed azione correttiva in verifica ispettiva interna

M 003: Gestione delle azioni correttive

M 007: Relazione RGVI

M 008: Notifica Verifica Ispettiva Interna

M 009: Piano della Verifica Ispettiva Interna

M 010: Rapporto di Verifica Ispettiva Interna

Manuale di accreditamento Provider Pubblici e Privati redatto in data 20/03/2012 ed0

PG 08.02 PROCEDURA DI GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

1.1. Titolo

PG 08.02: Gestione delle non conformità.

1.2. Descrizione sintetica

La procedura precisa le responsabilità e le modalità per individuare e trattare le non conformità eventualmente riscontrate nel corso della progettazione od erogazione di eventi formativi e nell'esecuzione di tutte le attività ed i controlli previsti dal Sistema di Gestione per la Qualità. Vengono differenziate responsabilità e attività in funzione dei differenti tipi di non conformità, in modo da eliminare, o almeno limitare, la probabilità che il cliente abbia a soffrire degli effetti negativi di un disservizio.

2. MODIFICHE ALLA PROCEDURA

Trattandosi della revisione 0 non si registrano modifiche al documento.

3. OBIETTIVI

Definizione di non conformità.

Predisporre modalità idonee per tenere sotto controllo il processo di gestione delle non conformità.

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

Tutte le non conformità rilevate nel Dipartimento di Management

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Per gestire correttamente le non conformità è utile riportare alcune definizioni rispetto a:

Non conformità: "Mancato soddisfacimento di un requisito",

Correzione: "Azione intrapresa per eliminare una non conformità rilevata",

Rilavorazione: "Azione su un prodotto non conforme per renderlo conforme ai requisiti",

Riparazione: "Azione su un prodotto non conforme per renderlo accettabile per l'utilizzazione prevista",

Scarto: “Azione su un prodotto non conforme per impedire che venga utilizzato come originariamente previsto”.

Nel Dipartimento di Management sono state identificate 3 tipologie di non conformità:

non conformità di prodotto

non conformità di processo;

non conformità di sistema.

Le non conformità di prodotto si riferiscono al non soddisfacimento dei requisiti definiti nei documenti di Sistema di Gestione per la Qualità, a livello generale nel Manuale e peculiarmente per i prodotti di ciascun processo nei documenti di descrizione degli stessi.

In tutti i documenti che supportano il Sistema di Gestione per la Qualità del Dipartimento di Management inoltre i requisiti previsti dalla norma e quelli specifici di ogni processo e caratterizzanti l'organizzazione della formazione che, se non soddisfatti, portano a non conformità di processo e di sistema.

Durante la progettazione ed erogazione di un evento formativo ogni operatore nello svolgimento delle attività di sua competenza può rilevare e registrare eventuali Non Conformità sul modulo M 001: Registro degli eventi indesiderati (predisposto per ogni evento), ed attivare, se è il caso, opportuni trattamenti o Azioni Correttive. Sullo stesso modulo è prevista la registrazione di NC nella conduzione dell'attività quotidiana. Questo modulo è conservato presso l'ufficio del Rappresentante della Direzione.

Il registro degli eventi indesiderati, al termine di ogni corso, viene inviato al Rappresentante della Direzione per l'analisi e l'apertura di eventuali Azioni Correttive, che possono essere proposte dallo stesso operatore che ha rilevato la non conformità.

Le non conformità si distinguono in:

- maggiori

- minori

La non conformità si definisce maggiore quando il non soddisfacimento del requisito comporta problemi alla qualità della formazione erogata/assistenza/consulenza, minore se causa inconvenienti organizzativi o gestionali che non hanno diretta conseguenza sulla qualità della formazione erogata/assistenza/consulenza, ma che comunque creano disagio.

Alla segnalazione di una non conformità maggiore segue immediatamente, se possibile, un trattamento e comunque sempre un'azione correttiva per evitarne il ripetersi. L'azione correttiva è attuata nel più breve tempo possibile sotto la responsabilità del Progettista o del Direttore del corso/servizio interessato.

Le non conformità minori vengono analizzate trimestralmente dal Rappresentante della Direzione. Quando si rilevano sistematiche ripetizioni di non conformità anche in più interventi formativi, che possono creare problemi per la qualità della formazione erogata, si attiva una azione correttiva.

Infatti le non conformità minori se tendono a ripetersi possono portare conseguenze analoghe a quelle delle non conformità maggiori, anche se non in maniera diretta. Ad es. materiale d'aula non presente .

Le responsabilità di attivazione di azioni correttive sono riportate nella PG 08.03.

Allorquando è possibile invece individuare un provvedimento da adottare per trattare la non conformità senza dover ricorrere ad una Azione Correttiva, il provvedimento è assunto dal Progettista o Direttore del corso o dal responsabile dell'attività interessata, nel più breve tempo possibile.

Tutte le non conformità sono comunque oggetto di riesame della Direzione per valutare ulteriormente la necessità di azioni correttive.

Le non conformità di corsi, eventi formativi, consulenze e assistenza sono registrate ed analizzate, infatti sono elaborate dal Rappresentante della Direzione in specifici reports o relazioni anche brevi e sono considerate un elemento di valutazione nel riesame del Sistema di Gestione per la Qualità.

Le non conformità emerse nel corso di verifiche ispettive sono trattate come specificato nella PG 08.01 'Verifiche ispettive del Sistema di Gestione per la Qualità ' e registrate sul modulo M 002: "Accertamento di non conformità in verifica ispettiva".

Un caso particolare di non conformità è il reclamo, la cui gestione è descritta nella PO 001: Gestione reclami, a cui pertanto si rimanda.

6. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALLA PROCEDURA

Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità

PG 04.02: RegISTRAZIONI del Sistema di Gestione per la Qualità

PG 08.01 Verifiche ispettive del Sistema di Gestione per la Qualità

PG 08.03: Azioni correttive

PG 08.04: Azioni preventive

PO 001: Gestione reclami

M 001: Registro degli eventi indesiderati (non conformità)

M 002: Accertamento di non conformità in verifica ispettiva interna

M 003: Gestione delle Azioni Correttive.

M 005: Segnalazione del reclamo e dell'elogio

PG 08.03 AZIONI CORRETTIVE

1.1 Titolo

PG 08.03: Azioni correttive.

1.2 Descrizione sintetica

La procedura specifica le motivazioni per all'attivazione di una azione correttiva, indicando le attività necessarie per la completa realizzazione delle azioni stesse, sino alla loro verifica di attuazione e di efficacia.

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

Trattandosi della revisione 0 non si registrano modifiche al documento.

3. OBIETTIVI

Descrivere le attività necessarie per l'attivazione e la completa gestione delle azioni correttive.

Evitare la ripetizione delle non conformità, o almeno ridurre la probabilità che si ripetano.

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutte le azioni correttive attivate nel Dipartimento di Management

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

5.1 Premessa

Per garantire il controllo del processo di gestione delle azioni correttive, le attività previste sono:

analizzare con continuità le non conformità, per valutare i problemi, scoprirne le cause ed individuare le appropriate azioni correttive;

sorvegliare i processi ed analizzare le registrazioni qualitative per individuare ed eliminare le cause di non conformità;

verificare l'efficacia delle azioni correttive per evitare il ripetersi di ulteriori non conformità;

documentare adeguatamente le decisioni prese, modificando od integrando i comportamenti e le corrispondenti descrizioni contenute nei documenti del Sistema di Gestione per la Qualità;

riesaminare le azioni correttive in essere.

5.2 Attivazione

L'esigenza di attivare azioni correttive (che possono indifferentemente avere un carattere gestionale, organizzativo, tecnico o documentale, in funzione del tipo di problema evidenziato o del suo livello di gravità), può emergere a seguito di:

reclami dei Clienti;

non conformità maggiori;

non conformità del Sistema di Gestione per la Qualità emerse nel corso delle verifiche ispettive interne o esterne;

decisioni prese a seguito di provvedimenti assunti in relazione a non conformità;

analisi trimestrale delle non conformità minori da parte del rappresentante della Direzione;

decisioni prese a seguito dell'analisi e della valutazione di tutte le informazioni che costituiscono gli elementi di ingresso per il Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità.

Nel caso di non conformità maggiori di prodotto o processo e di non conformità di Sistema di Gestione per la Qualità emerse nel corso delle verifiche ispettive interne od esterne l'impatto dei problemi riscontrati o segnalati è tale da incidere sulla qualità dei prodotti erogati, e quindi – nell'ottica del miglioramento sistematico adottato dal Centro di Formazione – l'azione correttiva è una necessaria conseguenza.

Per cui:

a seguito di non conformità maggiori sono necessari non solo provvedimenti immediati, ma anche azioni correttive per evitare il ripetersi del problema;

a seguito di non conformità emersa nel corso delle verifiche ispettive interne od esterne viene sempre attivata immediatamente, un'azione correttiva, a cura del Rappresentante della Direzione, della Direzione del Dipartimento di Management o del Responsabile dell'evento formativo della attività oggetto di verifica.

Negli altri casi invece la decisione di attivare una azione correttiva dipende da valutazioni specifiche del responsabile dell'attività/funzione interessata o del Rappresentante della Direzione effettuate in seguito alla rilevazione dell'evento avverso o dell'analisi trimestrale delle non conformità e del riesame del loro trattamento.

Ciò non significa comunque scivolare nella discrezionalità, ma individuare specifiche responsabilità di ruolo per le decisioni da prendere, in funzione delle competenze professionali ed organizzative definite.

5.3 Registrazione

Ciascuna azione correttiva è documentata mediante il Modulo per la gestione delle azioni correttive (M 003), che consente di definire:

data di avvio dell'azione correttiva;

numerazione dell'azione attivata;

origini dell'azione correttiva;

descrizione del problema;

descrizione delle sue cause;

azione correttiva individuata;

pianificazione dell'attuazione della verifica di attuazione e del riesame;

riesame dell'azione correttiva attuata.

Oltre ad essere formalizzate attraverso il modulo prima indicato e secondo la sequenza comportamentale precisata, ciascuna azione correttiva viene riportata dal Rappresentante della Direzione, con la numerazione progressiva ed una breve descrizione, anche nel modulo denominato “Stato di avanzamento delle azioni correttive, preventive e di miglioramento” (M 006).

Ciò permette di evidenziare lo stato di avanzamento delle azioni stesse e i risultati della verifica e del riesame.

Un riferimento alle azioni correttive attivate in seguito a verifiche ispettive interne è riportato anche sul modulo Accertamento di non conformità in verifica ispettiva interna (M 002).

5.4 Responsabilità per la gestione delle azioni correttive

Le responsabilità di attuazione relative ai comportamenti attinenti le azioni correttive possono riferirsi a differenti Funzioni, e i documenti di registrazione (Moduli per la gestione delle azioni correttive e relativo Stato di avanzamento) chiariscono, in relazione alla singola azione, le responsabilità stesse. Nelle pagine seguenti vengono comunque precisate le attività necessarie e sempre eseguite (a seguito di uno degli eventi che può determinare l’attivazione di un’azione correttiva), con l’indicazione delle Funzioni che, di volta in volta, possono essere coinvolte.

5.4.1 Reclami del Cliente

ATTIVITÀ	FUNZIONI RESPONSABILI
Analisi reclami con individuazione della necessità di aprire un’azione correttiva	Rappresentante della Direzione in collaborazione con il Progettista e/o il Direttore del corso
Individuazione delle possibili cause del problema	Rappresentante della Direzione in collaborazione con il Progettista e/o il Direttore del corso
Proposta di azione correttiva	Rappresentante della Direzione in collaborazione con il Progettista e/o il Direttore del corso

ATTIVITÀ	FUNZIONI RESPONSABILI
Approvazione del provvedimento	La Direzione del Centro con il Rappresentante della Direzione
Definizione della tempistica di realizzazione, di verifica di attuazione e di riesame	La Direzione del Centro in collaborazione con il Progettista e/o il Direttore del corso
Attuazione del provvedimento	La persona designata di volta in volta dalla Direzione del Centro e/o rappresentante della Direzione
Verifica di attuazione del provvedimento deciso	Rappresentante della Direzione o funzione di volta in volta designato dalla Direzione o dal Rappresentante della Direzione
Riesame	La Direzione del Centro o il rappresentante della Direzione

I dettagli specifici relativi alla gestione dei reclami sono specificati nella procedura PO 001: Gestione reclami.

5.4.2 Verifiche ispettive interne; Verifiche ispettive dell'Organismo di Certificazione

FUNZIONI RESPONSABILI		
ATTIVITÀ	Visita Ispettiva interna	Visita Ispettiva di Certificazione
Registrazione del problema	Valutatore interno	Valutatore esterno
Individuazione delle possibili cause del problema	Rappresentante della Direzione in collaborazione con il responsabile dell'attività di verifica	La Direzione del Centro e/o Il Rappresentante della Direzione

Proposta di azione correttiva	Rappresentante della Direzione	La Direzione del Centro e/o Il Rappresentante della Direzione
Approvazione del provvedimento	La Direzione del Centro o Rappresentante della Direzione	La Direzione del Centro
Definizione della tempistica di realizzazione, di verifica di attuazione e di riesame	Rappresentante della Direzione	La Direzione del Centro e/o Il Rappresentante della Direzione
Attuazione del provvedimento	La persona designata di volta in volta dalla Direzione del Centro o Rappresentante della Direzione	La persona designata di volta in volta dalla Direzione del Centro o Rappresentante della Direzione
Verifica di attuazione del provvedimento deciso	Rappresentante della Direzione o la persona di volta in volta designata dalla Direzione del Centro	Il Rappresentante della Direzione
Riesame	Rappresentante della Direzione	La Direzione del Centro e/o Il Rappresentante della Direzione

Altri dettagli sono contenuti nella procedura PG 08.01: Verifiche ispettive del Sistema di Gestione per la Qualità.

5.4.3 Analisi non conformità maggiori

ATTIVITÀ	FUNZIONI RESPONSABILI
Registrazione del problema	Progettista e/o Direttore del corso
Analisi non conformità e riesame loro trattamento	Progettista e/o Direttore del corso
Individuazione delle possibili cause del problema	Progettista e/o Direttore del corso
Proposta di azione correttiva	Progettista e/o Direttore del corso
Approvazione del provvedimento	La Direzione del Centro e/o il Rappresentante della Direzione
Definizione della tempistica di realizzazione, di verifica di attuazione e di riesame	Direttore del corso con il Rappresentante della Direzione
Attuazione del provvedimento	La persona designata di volta in volta dalla Direzione del Centro e/o il Rappresentante della Direzione
Verifica di attuazione del provvedimento deciso	Rappresentante della Direzione
Verifica e giudizio di efficacia del provvedimento attuato	La Direzione del Centro

Altri dettagli sono contenuti nella procedura PG 08.02: Gestione delle non conformità.

5.4.4 Analisi trimestrale non conformità minori

ATTIVITÀ	FUNZIONI RESPONSABILI
Analisi non conformità	Rappresentante della Direzione
Individuazione delle possibili cause del	Operatori interessati e/o Rappresentante

ATTIVITÀ	FUNZIONI RESPONSABILI
problema	della Direzione
Proposta di azione correttiva	Operatori interessati e/o Rappresentante della Direzione
Approvazione del provvedimento	La Direzione del Centro e/o Rappresentante della Direzione
Definizione della tempistica di realizzazione, di verifica di attuazione e di riesame	La Direzione del Centro e/o Rappresentante della Direzione
Attuazione del provvedimento	La persona designata di volta in volta dalla Direzione del Centro e/o il Rappresentante della Direzione
Verifica e giudizio di efficacia del provvedimento attuato	La Direzione del Centro e/o Rappresentante della Direzione

5.4.5 Analisi elementi in ingresso per il riesame del Sistema di Gestione per la Qualità

ATTIVITÀ	FUNZIONI RESPONSABILI
Registrazione del problema	Rappresentante della Direzione
Individuazione delle possibili cause del problema	La Direzione del Centro e/o Rappresentante della Direzione
Proposta di azione correttiva	La Direzione del Centro e/o Rappresentante della Direzione
Approvazione del provvedimento,	La Direzione del Centro
Definizione della tempistica di realizzazione, di verifica di attuazione e di efficacia	La Direzione del Centro

Attuazione del provvedimento	Qualunque operatore che abbia responsabilità e competenze rispetto alle attività oggetto di azioni correttive designato di volta in volta dalla Direzione del Centro
Verifica di attuazione del provvedimento deciso	Rappresentante della Direzione
Verifica e giudizio di efficacia del provvedimento attuato	La Direzione del Centro

6. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALLA PROCEDURA

PG 08.01: Verifiche ispettive del Sistema di Gestione per la Qualità.

PG 08.02: Gestione delle non conformità.

PO 001: Gestione reclami

M 001: Registro degli eventi indesiderato

M 002: Accertamento di non conformità in verifica ispettiva

M 003: Gestione delle Azioni Correttive

M 004: Principali tipologie di eventi indesiderati (non conformità)

M 005: Segnalazione del reclamo o dell'elogio

M 006: Stato di avanzamento delle azioni correttive preventive e di miglioramento

PG 08.04 PROCEDURA AZIONI PREVENTIVE

1.1 Titolo

PG 08.04: Azioni Preventive.

1.2 Descrizione sintetica

La procedura descrive le modalità di identificazione ed eventuale pianificazione di appropriate azioni atte a prevenire non conformità potenziali.

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

Trattandosi della revisione 0 non si registrano modifiche al documento.

3. OBIETTIVI

Descrivere le attività per l'individuazione delle non conformità potenziali e delle loro possibili cause.

Descrivere le attività necessarie per la valutazione dell'esigenza di attuare azioni per prevenire il verificarsi delle non conformità.

Descrivere le attività per l'individuazione e l'attuazione di azioni preventive.

Definire le modalità di registrazione delle Azioni Preventive attuate e del loro riesame.

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutte le azioni preventive attivate nel Dipartimento di Management

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

5.1 Premessa

Le attività pianificate per garantire la prevenzione di non conformità sono:

valutare l'andamento dei processi e sorvegliare i prodotti monitorandoli e misurandoli;

analizzare le registrazioni delle attività svolte per individuare ed eliminare le cause di potenziali non conformità;

analizzare i dati derivanti dalle attività di monitoraggio e misura e quelli derivanti da qualsiasi fonte riferibile all'ambito dell'attività svolta;

valutare la soddisfazione dei clienti e degli operatori.

5.2 Attivazione

L'individuazione e l'attivazione delle azioni preventive è legata prevalentemente all'effettuazione del riesame del Sistema di Gestione per la Qualità in quanto le attività necessarie vengono svolte principalmente in quella sede. Possono inoltre essere individuate ed attivate azioni preventive nell'ambito della normale attività quotidiana e/o in seguito alla valutazione di ogni evento formativo allorquando si rendicontano i risultati relativi agli obiettivi predefiniti.

L'esigenza di attivare azioni preventive (che possono indifferentemente avere un carattere gestionale, organizzativo, tecnico o documentale, in funzione del tipo della criticità) può emergere in seguito all'analisi di informazioni inerenti a:

potenziali segnalazioni/reclami dei Clienti

potenziali non conformità del Sistema di Gestione per la Qualità, che possono ad esempio emergere durante verifiche ispettive interne od esterne

potenziali non conformità nella progettazione ed erogazione di corsi od eventi formativi

autovalutazioni

analisi relative a identificazione e valutazione di potenziali rischi d'impresa

Dall'analisi dei dati possono evidenziarsi criticità ossia situazioni che pur non provocando ancora problemi possono essere considerate a rischio nel crearne; in tal caso occorre individuare immediatamente e quindi definire, le azioni preventive necessarie se semplici o nei casi più complessi ad attivare azioni di studio per pianificare gli opportuni interventi

Le azioni di studio sono affidate, dalla Direzione del Centro di formazione, ad un gruppo di miglioramento coordinato, in genere, dal Rappresentante della Direzione.

Tutte le riunioni del gruppo sono verbalizzate.

L'azione di studio inizia con l'analisi delle criticità al fine di individuare ed attivare l'azione preventiva più adeguata. In linea di massima le fasi che caratterizzano lo studio sono:

identificazione e definizione del potenziale problema;

analisi delle possibili cause;

scelta della possibile causa prioritaria;

valutazione della necessità di individuare ed attuare un'azione preventiva;

individuazione dell'azione preventiva;

valutazione della sua probabile efficacia;

formalizzazione dell'azione preventiva.

Per l'identificazione delle potenziali non conformità derivanti da una criticità evidenziata e quindi dei possibili problemi, nonché per definire una scala di priorità di intervento fra quelli rilevati, si utilizzano le principali metodologie e strumenti della qualità, quali ad esempio:

brainstorming

gruppo nominale

selezione ponderata.

Una volta individuato e definito il potenziale problema il gruppo di miglioramento procede con la ricerca delle possibili cause.

La probabile causa prioritaria viene quindi determinata adottando solitamente la tecnica della selezione ponderata.

Il gruppo di miglioramento utilizza quindi, come appare evidente, la metodologia della "Ruota di Deming" o PDCA in base alla quale è necessario:

P = PLAN: pianificare a fondo prima di agire;

D = DO: mettere in atto le azioni studiate;

C = CHECK: verificare l'esito delle azioni;

A = ACT: standardizzare e ripetere il processo se l'esito è positivo

Una volta identificato il potenziale problema ed effettuata la scelta delle possibili cause prioritarie il gruppo valuta la necessità di attivare un'azione preventiva. Se ritiene necessaria l'azione preventiva, la definisce valutandone anche la possibile efficacia.

Nella pianificazione di un'azione preventiva è necessario:

definire gli obiettivi in forma misurabile

valutare le risorse disponibili

considerare le resistenze e i vincoli da superare

dettagliare le attività necessarie rispondendo alle domande: Chi? Che cosa? Come? Quando? Dove? In quanto tempo?

La proposta di azione preventiva è quindi formalizzata, su apposito modulo (M 014), alla Direzione che la valuta e, se la ritiene idonea, l'approva e provvede ad individuare il/i Responsabile/i dell'attuazione, verifica e riesame.

Al termine dell'attuazione dell'azione preventiva il/i Responsabile/i registrano i risultati raggiunti e si procede alla verifica e al riesame dei risultati ottenuti e della loro efficacia.

5.3 Registrazione

Tutte le attività che costituiscono il processo di gestione delle azioni preventive sono registrate su uno specifico modulo (M 014: Gestione azioni preventive), che permette di registrare:

data di avvio dell'azione preventiva;

numero dell'azione attivata;

motivi ed origini dell'azione preventiva;

descrizione della potenziale non conformità;

analisi del problema e possibili cause;

valutazione della necessità di individuare ed attivare un'azione preventiva;

proposta di azione preventiva individuata;

azione preventiva individuata con indicazione del Responsabile dell'approvazione e dell'attuazione;

risultati dell'azione preventiva attuata;

riesame azione preventiva attuata con indicazione del Responsabile;

valutazione complessiva dell'azione preventiva e verifica dell'efficacia.

Le registrazioni delle azioni preventive sono conservate a cura del Rappresentante della Direzione e costituiscono un input per il riesame.

6. DOCUMENTI E REGISTRAZIONI CORRELATI ALLA PROCEDURA

Verbali riunioni gruppi di miglioramento.

Verbali di riesame della Direzione.

M 006: Stato di avanzamento delle AC ed AP

M 014: Gestione azioni preventive.

MODELLO 01 REGISTRAZIONE DEGLI EVENTI INDESIDERATI

Attività: _____

N° RIF	DESCRIZIONE NC o codice	Data di rilevazione	CHI RILEVA (firma)	PROVVEDIMENTO PREVISTO (descrizione del provvedimento adottato se diverso da quello codificato o per NC non codificata)	TIPOLOGIA di NC
					MINORE <input type="checkbox"/> di prodotto <input type="checkbox"/> MAGGIORE <input type="checkbox"/> di processo <input type="checkbox"/> di sistema <input type="checkbox"/>
					MINORE <input type="checkbox"/> di prodotto <input type="checkbox"/> MAGGIORE <input type="checkbox"/> di processo <input type="checkbox"/> di sistema <input type="checkbox"/>

MODELLO 002

Settore:
.....

Area:

DESCRIZIONE DELLE NON CONFORMITA'

EVENTUALI OSSERVAZIONI DELL'AREA

Firma Responsabile Gruppo di Verifica
Responsabile Settore

Data

Firma Direttore Struttura o

PROVVEDIMENTO ADOTTATO

CAUSA DELLA NON CONFORMITA'

Su M 003 Azione correttiva n° del

MODELLO 003

Data di avvio: _____

N° Azione Correttiva: _____

ORIGINE DELL'AZIONE CORRETTIVA

	Segnalazione/lamentel a cliente		Analisi non conformità		Verifica ispettiva interna		altro
	Trattamento non conformità		Segnalazione interna		Riesame sistema qualità	
	Iter di progettazione		Reclamo cliente		Verifica ispettiva esterna	

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Firma _____

DESCRIZIONE DELLE SUE CAUSE

Firma _____

AZIONE CORRETTIVA INDIVIDUATA

Firma _____

PIANIFICAZIONE ATTUAZIONE, VERIFICA E RIESAME:

tempi programmati per l'attuazione

tempi programmati per la verifica di attuazione

tempi programmati per il riesame

Responsabile dell'attuazione

Responsabile della verifica di attuazione

Responsabile del riesame

VERIFICA DI ATTUAZIONE

Risultati della verifica

Data: _____ Firma _____

RIESAME

Risultati del riesame

Idoneità azione correttiva SI NO

Adeguatezza azione correttiva SI NO

Efficienza azione correttiva SI NO

GIUDIZIO FINALE SULL'EFFICACIA DELL'AZIONE CORRETTIVA ATTUATA

Risolutivo Buono Scarso
Insufficiente

DATA: _____

Firma: _____

MODELLO M 005 ELOGIO E RECLAMO

Evento a cui il reclamo o l'elogio si riferisce:	
data del reclamo o elogio:	

CONTENUTO DEL RECLAMO o ELOGIO:

--

Con la sottoscrizione del presente reclamo dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy riportata di seguito e di autorizzare il Dipartimento di Management al trattamento dei dati sensibili contenuti nel reclamo stesso

Firma

RECAPITO PER LA TRASMISSIONE DELLA RISPOSTA (in stampatello):

COGNOME e NOME

INDIRIZZO - C.A.P. - CITTA'

TEL. _____

Desideriamo informarLa che il D.lgs n. 196/2003 avente ad oggetto "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" detta le norme affinché il trattamento dei dati personali avvenga nel rispetto di quanto sopra, il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza. Ai sensi dell'articolo 7 della D.lgs predetto, Le forniamo le seguenti informazioni. Il trattamento che intendiamo effettuare ha come finalità la verifica del Suo reclamo; i dati che Lei fornisce non saranno comunicati o diffusi ad altri soggetti. Per quanto riguarda i soggetti interessati dal trattamento si comunica che: è possibile accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento etc.) inviando una

richiesta scritta al titolare del trattamento (Dipartimento di Management Corso Unione Sovietica 218 bis I – 10134 Torino)

MODELLO 006 STATO DI AVANZAMENTO AZIONI CORRETTIVE, PREVENTIVE

n°	Descrizione sintetica	Data di registrazione AC,AP,AM	Tempi programmati per attuazione	Tempi programmati per verifica di attuazione	Tempi programmati per riesame	STATO DI AVANZAMENTO			NOTE
						Attuata il	Verificata attuazione il	Data Riesame	

MODELLO 007

RGQ _____

Verifica del: _____

Presso _____

Firma RGVI _____ Data: _____

MODELLO 008

Torino _____

Egr.

Come previsto nel Piano delle Verifiche Ispettive ANNO _____ si comunica, come da piano allegato, le modalità di effettuazione della Verifica Ispettiva Interna così come dalla PG 08.01 (verifiche ispettive del sistema di gestione per la qualità).

Distinti saluti.

Il Responsabile del Gruppo di
Verifica Ispettiva Interna

MODELLO 009

Attività/funzione oggetto della verifica ispettiva:	
Responsabile dell'attività/funzione oggetto della verifica ispettiva:	
Nominativi del personale da intervistare:	
Scopo della verifica:	check list di riferimento:
Processo da verificare e requisiti normativi:	
Documenti di riferimento:	
Data della verifica ispettiva:	RESPONSABILE DEL GRUPPO DI VERIFICA: GRUPPO DI VERIFICA:
PIANO DELLA VERIFICA (orari di massima, argomenti principali):	
Data del piano:	
Firma del referente qualità:	Firma del responsabile del gruppo di verifica:

MODELLO 010

Verifica condotta il _____ da RGQ _____

R

ATTIVITA'/FUNZIONE: _____

DIR _____

Presso: _____

Presenti alla verifica:

Punti della norma verificati:

Altri documenti normativi di riferimento verificati:

Processi verificati:

Documenti del Centro (attività/funzione) verificati:

N° non conformità rilevate: come da N° moduli allegati

Firma RGQ _____

Firma Direttore Centro o Responsabile Attività/Funzione

Allegati:

Relazione RGQ Check list Mod. NC Altro

MODELLO 014 GESTIONE AZIONE PREVENTIVA

Data di avvio: _____ N° Azione Preventiva: _____

MOTIVI ED ORIGINE DELL'AZIONE PREVENTIVA

DESCRIZIONE DELLA POTENZIALE NON CONFORMITA'

ANALISI DELLE POSSIBILI CAUSE

VALUTAZIONE DELLE NECESSITA' DI INDIVIDUARE ED ATTUARE UN'AZIONE PREVENTIVA

PROPOSTA AZIONE PREVENTIVA INDIVIDUATA

DATA: _____

PROPONENTI:

AZIONE PREVENTIVA INDIVIDUATA

Data	
Responsabile approvazione	Responsabile attuazione

RISULTATI AZIONE PREVENTIVA ATTUATA:

RIESAME AZIONE PREVENTIVA ATTUATA:

data prevista: _____ Resp. Riesame: _____
data effettiva: _____ _____

risultati:

VALUTAZIONE COMPLESSIVA AZIONE PREVENTIVA E VERIFICA
DELL'EFFICACIA:

data prevista: _____ Resp. Riesame: _____

data effettiva: _____

risultati della valutazione:

Giudizio finale sull'efficacia del provvedimento:

ottimo buono scarso sufficiente

7 CONCLUSIONI

7.1 OSSERVAZIONI CONCLUSIVE SULLA FORMAZIONE DI DIRETTORI GENERALI E TOP MANAGEMENT

Da quanto è stato possibile analizzare, in base all'offerta formativa da parte delle Regioni, non emerge una diffusa necessità o una richiesta generalizzata di un livello ulteriore nella progettazione/erogazione/valutazione/certificazione delle attività formative per la propria dirigenza sanitaria e del top management. Elementi che si rilevano sono:

- la grande differenza attuale tra le Regioni che hanno ritenuto di voler utilizzare la leva della formazione manageriale in sanità, rispetto ad altre in cui è prevista la logica dell'adempimento;
- la stratificazione e l'accumulo di competenze di livello regionale sul tema specifico, che difficilmente si vorrebbe venissero declinate in maniera generica a livello nazionale;
- le specificità relative ai propri messaggi formativi, specifici di ciascuna Regione rispecchiano spesso anche l'orientamento politico;
- tutte le Regioni hanno interesse a organizzare la formazione nel proprio territorio;
- poche Regioni sono concretamente disponibili a non utilizzare erogatori provenienti dal proprio territorio in favore di altri, ancorchè di eccellenza se non in casi di estrema necessità (ad esempio le Regioni impegnate in un Piano di Rientro).

Non sussistono ad oggi neanche casi di accordi con altre Regioni per il riconoscimento "a priori" di certificazioni ottenute altrove. La Regione può adottare un sistema di valutazione dei crediti eventualmente ottenuti dai ruoli di direzione generale in altre strutture, ma tale valutazione è ottenuta sempre *ad hoc*, e consente il riconoscimento dei crediti entro comunque un certo limite

definito per ciascun modulo formativo e comunque su base assolutamente individuale ed episodica. Le Regioni non intendono rinunciare a questo livello di autonomia attraverso la formalizzazione di un qualsivoglia accordo preventivo. Elementi rilevanti al fine del riconoscimento dei crediti o del corso sono l'urgenza nella necessità di ottenere la certificazione, l'ente erogatore, la durata dell'intervento, le tematiche trattate, i docenti ma vengono comunque riconosciuti caso per caso. Sono in atto in molte Regioni iniziative a sostegno diretto delle Università inserite nel proprio territorio, che si sono trovate messe in crisi dai provvedimenti di razionalizzazione e di riduzione dei finanziamenti statali. Questo ha implicato per molte Regioni la scelta di interventi anche direttamente a sostegno dei sistemi universitari locali e, unite alle spinte verso il federalismo, queste generano un contesto in cui difficilmente osserveremo scambi o accordi transregionali. Alcune Regioni però si osserva siano interessate a un confronto con le altre, anche attraverso un tavolo di coordinamento, finalizzato al miglioramento delle attività formative per il top management, al confronto su "buone pratiche" e all'approfondimento di tematiche trasversali di interesse comune per tutte. Temi comuni e trasversali a tutte le Regioni sono ad esempio, le competenze in ambito economico-finanziario, di lettura di un budget e di un'azienda sanitaria e ospedaliera e dei suoi principali indici, il cambiamento tecnologico e l'evoluzione delle funzioni acquisti. Rimane quindi l'attenzione sulla definizione di terreni comuni di confronto e coordinamento mantenendo però un'ottica strettamente regionale per quanto riguarda poi l'erogazione dei contenuti verso il proprio management. E' stato però proposto attraverso DDL Delega⁶⁷ un riordino dei sistemi sanitari e di alcuni albi professionali sanitari con l'introduzione di una selezione unica nazionale per i direttori generali. Potranno essere nominati soltanto coloro che, all'esito di una selezione pubblica nazionale, saranno iscritti in un elenco tenuto dal Ministero della Salute e aggiornato con cadenza biennale. I direttori nominati dovranno garantire obiettivi di gestione, i livelli essenziali di assistenza, l'equilibrio di bilancio e i risultati del programma nazionale valutazione esiti. Il direttore

⁶⁷ Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale - Senato della Repubblica - 12 Febbraio 2014

generale potrà essere dichiarato decaduto dall'incarico se non raggiunge gli obiettivi o commette gravi violazioni di legge o regolamento, o i principi di buon andamento e imparzialità. Il direttore generale dichiarato decaduto viene cancellato dall'elenco e non potrà più essere nominato.

Prevista l'istituzione, su base regionale, degli elenchi dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari. Per essere nominato direttore amministrativo o direttore sanitario occorrerà superare una selezione pubblica per titoli e colloquio, contrariamente a quanto avviene attualmente con la nomina di queste figure di vertice in modo strettamente fiduciario e prescindendo da qualsiasi selezione. Gli idonei verranno iscritti nell'elenco pubblico tenuto dalla Regione. Le commissioni di concorso sono composte da esperti di qualificate istituzioni scientifiche. Coloro che non raggiungeranno gli obiettivi prefissati verranno cancellati dall'elenco e non potranno essere rinominati. L'importante riforma di legge quindi apporterà un vero e proprio controllo delle competenze sia del direttore generale che dei direttori sanitari e amministrativi collegandoli agli obiettivi sia economici che specifici definiti a livello di programma o piano strategico, questo permetterà sicuramente un'attuazione degli obiettivi stabiliti sia a livello nazionale sia a livello regionale imponendo la cancellazione del dirigente nel caso questi non vengano raggiunti.

7.2 OSSERVAZIONI CONCLUSIVE SULLA FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

L'ECM è uno strumento importante all'interno della struttura sanitaria. Permette di affrontare a tutti i livelli aziendali i cambiamenti sia organizzativi che gestionali e allo stesso tempo di mantenere le competenze acquisite fornendo nuovi strumenti di confronto o nuove metodologie innovative. A livello regionale, così come a livello nazionale è necessario identificare delle strategie di indirizzo del sistema sanitario andando a definire degli obiettivi di medio e lungo termine che i diversi provider possono sviluppare al fine di accompagnare le decisioni politiche. Ancora molto carente è l'analisi dell'effettiva ricaduta della formazione erogata sul sistema, sui comportamenti e sulle diverse nuove competenze che devono essere messe in atto. Molto spesso la

formazione si limita a un tentativo di trasmissione di nozioni teoriche che non vengono messe poi in pratica dal professionista e che sono limitate alla valutazione finale attraverso strumenti teorici limitati; infatti è difficile raccogliere e collegare la formazione acquisita da tutti i professionisti all'interno della struttura analizzandone la ricaduta con indicatori comuni e oggettivi. Secondo gli ultimi disegni di legge invece, grazie anche al percorso di aziendalizzazione, bisognerebbe collegare la spesa effettuata per l'aggiornamento dei professionisti da parte delle aziende sanitarie con la ricaduta in termini economici, molto spesso si parla di razionalizzazione delle risorse, efficienza ed efficacia senza però mettere in collegamento le diverse aree aziendali (formazione, programmazione e controllo, staff tecnico, direzione); la formazione quindi rimane uno degli strumenti ancora inutilizzati a pieno da parte della dirigenza che molto spesso ne sottovaluta la funzione. Inoltre il singolo professionista nel proprio percorso di aggiornamento acquisisce i crediti in vari enti diversi anche dalla propria struttura, questo non permette di mettere in rete capacità e competenze innovative che potrebbero anche migliorare l'organizzazione interna sanitaria. In molte regioni italiane è presente in maniera sperimentale il dossier formativo al fine di raccogliere le diverse competenze e gli aggiornamenti del professionista sanitario, questo può essere un ottimo strumento per formare il professionista in maniera proficua e ove necessario dare la possibilità nel tempo di una mobilità all'interno della struttura, ove questo è reso necessario dai cambiamenti strutturali che parallelamente alla riduzione della spesa colpiscono il nostro sistema sanitario. Molto spesso la valutazione dei diversi professionisti sanitari da parte delle direzioni avviene attraverso performance riconoscibili da indicatori specifici collegati alle mansioni e responsabilità, si dovrebbe inserire la formazione all'interno di questi indicatori al fine di garantire un controllo interno del raggiungimento dei requisiti richiesti e garantire i LEA legati al servizio vincolando il professionista, almeno in una quota percentuale, allo svolgimento di percorsi formativi legati ad aree specifiche di priorità per quel reparto o per quella struttura. Questo processo di integrazione dei diversi servizi e delle diverse aree aziendali porta molto spesso a vincoli di natura economica; tenere sotto controllo un sistema formativo, a porre l'attenzione sul professionista spesso è un costo sia in termini di risorse che in termini di tempo che la struttura non si può permettere; sono auspicabili dei sistemi informatici che devono essere collegati però con la parte amministrativa che deve essere consapevole delle decisioni e scelte della formazione. Senza un considerevole sforzo non sarà mai possibile rendere efficiente l'aggiornamento dei professionisti riducendolo

a un obbligo legislativo che ha solo in maniera marginale un'efficacia sul servizio sanitario nazionale.

BIBLIOGRAFIA E FONTI

Hust k, Educational implications of multiskilled health-carers, *Medical Teacher*, 21, 2: 170-173, 1999.

Pedagogia generale, Johann Friedrich Herbart, 1906.

Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona Knowles Malcolm; Holton Elwood F. III; Swanson Richard A., Franco Angeli, 2008.

Lindeman, E. C. The meaning of adult education. New York: New Republic. (Republished in 1961 by Harvest House.), 1925.

Educazione degli adulti - Formazione - Teoria e tecniche di gestione e sviluppo delle risorse umane, Maurizio Castagna, AIF, 2008.

United Nations Development Program. Millennium Development Goals. Settembre 2000. Link: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview.html> (ultimo accesso 25/06/2014).

World Health Organization (WHO). The Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. Ottobre 2011.

World Health Organization. The world health report 2000. Health System: Improving Performance, 2000.

Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio Europeo sulle competenze chiave per l'apprendimento permanente del 18 Dicembre 2006 (2006/962/CE)

Raccomandazione del Consiglio Europeo del 09 Giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (2009/C 151/01)

The Higher Education Academy. MEDINE: a thematic network for medical education in Europe. Documento Operativo 2007.

Bologna Process, European Higher Education Area. Lo Spazio europeo dell'istruzione superiore nel 2012: Rapporto di implementazione del Processo di Bologna. EACEA 2012.

Dichiarazione Federation of Medical Student Association – Scope Medical Exchanging and Scome Medical Education.

D.Lgs. 150 del 27 Ottobre 2009. Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. Pubblicato in gazzetta ufficiale del 31 Ottobre 2009, 254 Supplemento Ordinario n 197.

D.Lgs. 23 Giugno 2011 n. 118 Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi. Pubblicato in gazzetta ufficiale 26 Luglio 2011 n 172.

Accordo Stato Regioni “Nuovo sistema di formazione continua in medicina – Linee guida per i Manuali di Accreditemento dei Provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi 2011/2013, federazioni, ordini e collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti” rep. Atti n. 101/esr del 19 Aprile 2012.

Anselmi O., Volpatto L.. L'azienda-salute. Giuffrè, Milano 1990.

Anthony R.N., Young D.W. Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non – profit. McGraw-Hill, 1990.

Borgonovi E., Zangrandi A. L'ospedale: un approccio economico-aziendale. Giuffrè, Milano, 1998.

Brusa L. Strutture Organizzative di impresa. Giuffrè, Milano 1986.

Taylor F.W. L'organizzazione scientifica del lavoro. Etas Kompass, Milano, 1967.

Zanda G. La grande impresa. Caratteristiche strutturali e di comportamento. Milano Giuffrè, 1974.

Olla G., Pavan A. Il management nell'azienda sanitaria. Giuffrè, 1996.

Brinchi B., Sonnellini V. La formazione strumento per la valorizzazione della sanità in qualità. Panorama della Sanità, 14 Aprile 2009.

Brusa L. Dentro l'azienda. Organizzazione e Management. Giuffrè, 2004.

Decreto del Presidente della Repubblica 27 Marzo 1969 n.128 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri".

Decreto Ministeriale 13 Settembre 1988 "Determinazione degli standards del personale ospedaliero".

Decreto Legislativo 3 Febbraio 1993 n.29 "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art.2 della legge 23 ottobre 1992, n.421.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III ex D.G.PROG. La formazione per il governo clinico, Aprile 2013.

Cinotti R. La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie. Roma: il Pensiero Scientifico Editore, 2004.

Wright J.G. Hidden barriers to improvement in the quality of health care. N Engl J Med. 2002;346(14):1096.

Grilli R., Taroni F. Governo Clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza. Il pensiero Scientifico Editore, 2004 Roma,

Nicoletti P., Spagnuolo G., Milana M., D'Arcangelo A. Apprendere da adulti: la domanda, l'offerta e le politiche di formazione permanente. Rapporti di sintesi ISFOL, Ottobre 2003.

Levati W., Saraò M.V. Il modello delle competenze. Angeli, Milano 1998

Monti F. Il sistema regionale della qualifica in Emilia Romagna. Regione Emilia Romagna Assessorato scuola, formazione professionale, università, lavoro, pari opportunità, 2007.

Guilbert J.J. Guida Pedagogica per il personale sanitario. Edizioni Dal Sud, 2002.

Quaglino G.P. Fare formazione. Raffaello Cortina Editore, 2005.

Beccastrini S. La formazione permanente nei servizi sociali e sanitari. Per imparare a cambiare insieme. Fondazione Smith Kline, 1996.

Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione. Direttiva N.10/ 2010 con oggetto: programmazione della formazione delle amministrazioni pubbliche. Registrata alla Corte dei conti il 4 agosto 2010.

D.Lg. Testo coordinato 31.05.2010 n° 78. Manovra correttiva: misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria. Pubblicato in G.U. 30.07.2010.

Castagna M. L'Analisi delle esigenze: dal fabbisogno all'intervento formativo. Principi, metodi e strumenti per il formatore , Franco Angeli, Milano 2010.

Castagna M. Progettare la formazione. Franco Angeli, Milano 1991.

Castagna M. Role playing, autocasi ed esercitazioni psicosociali. Franco Angeli, Milano 2001.

Fedeli M. La progettazione formativa. Pegaso Università Telematica

Ovretveit J. La qualità nel Servizio Sanitario. Edises Istituto Giano, Napoli 1996.

Aress Piemonte – Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari. Verbale incontro gruppo: Qualità della formazione del 4 Agosto e 14 Settembre 2010.

Age.Na.S. Regolamento applicativo dei criteri oggettivi di cui all'Accordo Stato-Regioni del 5 Novembre 2009 e per l'accreditamento provvisorio dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 13 Gennaio 2010.

Osservatorio Nazionale sulla qualità della formazione continua in sanità 2011-2013 (ONFoCS). Manuale per gli osservatori della qualità dell'Educazione continua in medicina. Edizione 26 maggio 2011.

Brusa E., Zamprognà L. Il controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie.

Brusa L. Sistemi Manageriali di Programmazione e Controllo.

D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42.

Kirkpatrick D. Evaluating training programs: the four levels. Berrett-Koehler, San Francisco 1998

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. Pubblicato in GU n.305 del 30-12-1992 (Suppl. Ord.n. 137).

D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. Pubblicato in GU n.165 del 16-7-1999 (Suppl. Ord. n. 132).

Decreto Ministro Della Sanita' 5 Luglio 2000. Istituzione Commissione Nazionale E.C.M.

Lg. n. 388 del 23 Dicembre 2000. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001). Pubblicato in G.U. n. 302 del 29 Dicembre 2000.

Accordo Stato Regioni del 5 Novembre 2009. Linee guida per i manuali di accreditamento dei provider nazionali e regionali/province autonome, allegato 1.

Regione Piemonte. Manuale di accreditamento provider pubblici e privati rev.0 del 20 Marzo 2012.

Bianconi L. Il Dossier Formativo Individuale. FNOCMceO.

Age.Na.S. V Conferenza Nazionale. Tra Dossier formativo e certificazione dei crediti. Roma, 4-5 Novembre 2013.

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - Emilia Romagna. Note di orientamento per la costruzione del dossier formativo nelle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna. 22 Giugno 2010

Delibera Giunta Regionale n.90/2004 "Anagrafe formativa del personale dipendente e convenzionato del Servizio Sanitario Regionale".

Aicardi N. La sanità, in: Cassese "Trattato di diritto amministrativo", II ed., "Diritto amministrativo speciale", I, Giuffrè, Milano 2003.

Anessi Pessina E. Il modello di analisi: l'impostazione del rapporto e i principali risultati, in: Anessi, E.Cantù, L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI, Egea, Milano 2002

Anessi-Pessina E., Cantù E. Whither managerialism in the Italian National Health Service? International Journal of Health Planning and Management 21:327-55 2006.

Baraldi G. La formazione come strumento di miglioramento continuo, in Monitor ASSR n° 14 del 2005.

Barbieri M., Del Vecchio M. I processi di valutazione dei direttori generali nelle aziende sanitarie pubbliche: primi spunti di ricerca. Mecosan, n.38 2001.

Bissoni G. La formazione come strumento di programmazione e controllo dei sistemi regionali, in Monitor , Assr n°14 del 2005.

Borgonovi E. La formazione del medico per i processi di cambiamento dei sistemi sanitari. Mecosan 6(24):2-7 del 1997.

Cabone C. La mobilità dei direttori generali, in: L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003, Anessi Pessina Eugenio e Cantù Elena, Egea Milano del 2003

Cosmi L., Del Vecchio M. L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: il controllo di gestione. Mecosan II(43):67-81.

Dipartimento della Funzione Pubblica. Formazione e sviluppo del personale - indagine sulla formazione del personale nelle amministrazioni pubbliche, Zzamaro, Nereo, Edizioni scientifiche italiane, Napoli 2005

Filannino C. La funzione manageriale delle professioni non mediche nelle aziende sanitarie. Mecosan, n°18 1996.

Filosa Martone R. La formazione manageriale in sanità: obbligo istituzionale o scelta strategica? Giappichelli, Torino 2001.

Borgonovi E. Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche. Giuffrè, Milano 1984.

Cicchetti A. Il modello organizzativo dipartimentale nel servizio sanitario nazionale: risultati dell'indagine nazionale Politiche Sanitarie 10 del 2009.

Lega F., Prenestini A. Medico-Manager, medico e manager o management del medico? Egea, Milano 2009.

Age.na.s. - Pinelli N., Rossini G. Formazione Manageriale in sanità, Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN. FIASO Edizioni, Iniziative Sanitarie 2010.

Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale - Senato della Repubblica - 12 Febbraio 2014