

Dalla formazione continua allo sviluppo professionale continuo in medicina generale. Riflessioni e proposte di lavoro



Giuseppe Ventriglia

Responsabile Area Formazione, Società Italiana di Medicina Generale

Appunti di discussione

1. Il sistema attuale di "formazione continua" (ECM): i problemi emersi.
2. Caratteristiche del modello auspicabile di formazione dei MG in attività (sviluppo professionale continuo)
3. Il ruolo dei MG formatori ("animatori" di formazione) nella progettazione e nell'erogazione di interventi residenziali, a distanza (FAD) e portati nel contesto della professione (la formazione "sul campo")

1. Il sistema attuale di "formazione continua" (ECM). I problemi emersi

Premessa

Negli ultimi vent'anni la nostra attenzione si è concentrata, sia a livello di formazione dei formatori sia di attività di progettazione degli interventi formativi, prevalentemente sul modello "residenziale" dei corsi, sui risvolti "andragogici" dell'attività formativa e sugli aspetti di tecnica didattica.

Si è cercato in sostanza di modificare (e tutto sommato con buoni risultati complessivi) lo stile "*teacher-centered*" predominante negli anni precedenti a favore di uno stile più "*learner-centered*", adatto a "professionisti in attività" operanti nelle cure primarie, con contenuti strutturati non più "per temi" ma "per obiettivi" riferiti alle attività tipiche della professione svolta.

In ogni caso, la "formazione" è stata considerata prevalentemente un obiettivo più che uno strumento che ottimizzasse e rendesse praticabili dei progetti assistenziali.

Da molti il sistema formativo è stato considerato più un "corsificio-credificio" (*business-oriented*) che un progetto orientato alla gestione dei processi di apprendimento e di miglioramento reale delle performance personali e di sistema. L'enorme proliferazione di agenzie di produzione di eventi ECM, sulla cui qualità reale molto ci sarebbe da eccepire (e lo si deriva dall'analisi dei progetti inviati in valutazione ai referee ECM nazionali) rende ragione della preoccupazione di quanti hanno a cuore una Formazione di qualità.

In ogni caso, anche coloro che sono in grado di produrre dei buoni corsi (per quanto riguarda l'ingegneria didattica) concordano che si riesce ad incidere molto poco sui comportamenti professionali necessari a sostenere i progetti di sviluppo ai quali le Aziende Sanitarie sono chiamate.

Detto in altri termini, la gran parte degli eventi ECM risponde bene ai bisogni di "apprendimento semplice", mentre mostrano tutta la loro debolezza nel rispondere ai bisogni di "apprendimento complesso".

In effetti l'*apprendimento semplice* avviene per aggiunta di nuovi elementi, grazie ai quali le conoscenze tecnico-professionali esistenti vengono aumentate, ma senza modificare la cultura preesistente nei suoi elementi fondanti (ad es. imparo ad usare l'ultima versione di un programma di videoscrittura già in uso). Per contro, l'*apprendimento complesso* avviene per *modifica* del precedente campo cognitivo

dell'individuo con cambiamento sostanziale della sua cultura professionale (ad es. passaggio dalla scrittura su carta alla videoscrittura).

In sostanza, bene o male, chi ha ben operato in campo formativo ha sicuramente dedicato molta cura alla produzione dei corsi, ma poca attenzione "alle cose da fare per *accogliere* gli apprendimenti prodotti, per poter far vivere gli apprendimenti sul posto di lavoro" (Ruozi, 2006).

Le iniziative finalizzate all'apprendimento "semplice"

L'aver orientato negli ultimi anni le proposte didattiche verso interventi residenziali brevi (3-4 ore) di "aggiornamento" ovvero di "apprendimento semplice" è stata una scelta sicuramente comoda che però ha comportato il perdurare di una serie di elementi negativi:

- minimo orientamento dei contenuti verso il *setting professionale* dei MG discenti
- scarsa/nulla attenzione allo sviluppo di modelli originali di interpretazione e di intervento
- scarsa efficienza nell'impiego del tempo-discente
- minimo o nullo coinvolgimento dei discenti
- scarsa/nulla azione di sostegno delle motivazioni dei singoli ad investire per un personale progetto di formazione e di miglioramento professionale continuo
- prevalente intervento sugli aspetti cognitivi
- nessuna possibilità di controllo dell'apprendimento e della sua efficacia reale (outcome) in termini di modifica dei comportamenti professionali e dello stato di salute della popolazione assistita

L'aspetto più problematico resta in effetti a tutt'oggi la valutazione delle capacità di un intervento formativo di modificare positivamente le performance professionali.

Una recentissima revisione Cochrane ⁽¹⁾ ha confermato quanto peraltro da tempo veniva segnalato nella letteratura internazionale di area didattica ⁽²⁾: gli interventi educativi svolti al di fuori del setting professionale (conferenze, lezioni, workshop, seminari, congressi e corsi) - se strutturati in forma di workshop interattivi - hanno mostrato una qualche capacità di modificare la pratica professionale (abilità di natura cognitiva, tipicamente relative ai processi diagnostici, terapeutici e di gestione dei problemi), ma un'efficacia pressoché nulla laddove i sistemi didattici prevedevano esclusivamente lezioni frontali ^(3, 4).

¹ O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 3

² "Based on a small number of well-conducted trials, didactic sessions do not appear to be effective in changing physician performance". (Davis D, Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of Formal Continuing Medical Education. Do Conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activities Change Physician Behavior or Health Care Outcomes? *JAMA*. Sept 1999.)

³ "...meetings, conferences, lectures, workshops, seminars, symposia and courses that occurred off-site from the practice setting. The review found that interactive workshops could result in moderately large changes in professional practice. Lectures or presentations alone were unlikely to change professional practice. O'Brien MA et al, op cit. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 3"

⁴ "Our data show some evidence that interactive CME sessions that enhance participant activity and provide the opportunity to practice skills can effect change in professional practice and, on occasion, health care outcomes. (Davis D et al, *JAMA*. Sept 1999)

L'efficacia si è invece dimostrata praticamente nulla laddove l'obiettivo era di far acquisire o modificare abilità ad elevato contenuto pragmatico. ⁽⁵⁾

Anche rispetto alla *motivazione* dei MG (e dei professionisti in generale) ad investire e partecipare attivamente ad un processo di miglioramento sentito e vissuto come continuo (*longlife*) ed autogestito (*self-oriented*), i sistemi privilegiati dall'attuale sistema ECM sono apparsi molto penalizzanti, dal momento che sono venuti a mancare gli elementi essenziali che da tempo (Knowles, 1993) sono stati identificati come essenziali per questo obiettivo:

- l'attività educativa deve essere percepita come rilevante per la propria professione
- deve essere costante il riferimento a problemi professionali concreti a cui si intende dare risoluzione
- ogni intervento deve essere percepito come parte di un continuum didattico-professionale
- il professionista deve essere coinvolto direttamente e con una partecipazione attiva reale
- di deve consentire di applicare "in pratica" quanto appreso "in aula"
- il processo di miglioramento deve trovare corrispettivi a livello normativo, contrattuale, organizzativo

Sintesi della situazione attuale degli eventi ECM in MG

- Scarsissimo orientamento alla professione (competenze operative, abilità cognitive, apprendimento "complesso"), con preferenza di obiettivi di "apprendimento semplice-aggiornamento" finalizzati – nella migliore delle ipotesi – al miglioramento delle conoscenze
- Rari gli interventi "formativi" progettati allo scopo di acquisire e migliorare le competenze professionali reali (*problem solving*) lavorando prioritariamente sui "gap di performance" cognitivi, relazionali, pragmatici
- Setting residenziale della quasi totalità degli eventi
- Assenza pressoché totale di eventi che prevedessero la partecipazione reale dei medici in attività e al di fuori del ruolo dei "discenti in aula" (ricerca, audit, didattica in funzione docente, ecc.)
- Assenza pressoché totale di orientamento degli eventi ai bisogni formativi (dei singoli, dei gruppi)
- Assenza pressoché totale di valutazioni di efficacia in termini sia di variazioni dei comportamenti e delle decisioni professionali (III livello di Kirkpatrick) sia di ricaduta sui processi assistenziali e/o sullo stato di salute della popolazione (valutazioni di outcome, IV livello di Kirkpatrick)
- Assenza pressoché totale di "continuità" della formazione: gli eventi si susseguono ma non è evidente alcuna progettualità complessiva, alcuna correlazione tra contenuto degli eventi e pratica della professione reale, tra ambiente didattico e contesto professionale; ogni evento è un "unicum" sganciato dagli altri eventuali eventi

⁵ Brennan GP, Fritz JM, Hunter SJ. *Impact of Continuing Education Interventions on Clinical Outcomes of Patients With Neck Pain Who Received Physical Therapy*. Phys Ther, Sept 2006

2. Caratteristiche del modello auspicabile di formazione dei MG in attività (sviluppo professionale continuo)

Un approccio "moderno" al problema della formazione continua (sviluppo professionale continuo) in MG richiede di affrontare e trovare soluzioni praticabili ai seguenti problemi:

- o Come riuscire a rilevare i bisogni formativi reali in modo affidabile, tempestivo, condiviso (⁶)
- o Come realizzare una formazione realmente "continua" e "formativa"
- o Come coinvolgere e motivare i medici a diventare protagonisti del loro progetto di miglioramento e sviluppo professionale
- o Come rendere efficace l'investimento formativo in termini di ricaduta positiva sui comportamenti professionali
- o Come sfruttare al meglio tutte le strategie educative disponibili (studio personale, didattica residenziale, audit, ricerca, FAD...)
- o Come spostare la formazione continua fuori dall'aula per inserirla all'interno del setting professionale
- o Come ottimizzare la formazione ed il ruolo di quanti si occupano di formazione svolgendo un ruolo di docenza, di tutorship, di progettazione, di organizzazione
- o Come garantire la qualità degli interventi formativi (valutazione sia dei progetti sia dell'erogazione degli eventi)

3. Il ruolo dei MG formatori ("animatori" di formazione)

Non credo si possa rinunciare, per la realizzazione di un moderno progetto formativo continuo, ad una rete di MG esperti in metodologie della formazione dell'adulto: l'esperienza degli ultimi due decenni ha infatti dimostrato il salto di qualità che è stato possibile perseguire grazie al loro contributo in forme differenziate:

a) affiancando specialisti di singole branche, come esperti di processi formativi e come "parte in causa" e conoscitori profondi del profilo e dei compiti professionali dei colleghi discenti;

b) svolgendo in prima persona attività didattica, sia in aree settoriali "specialistiche" sia nelle componenti più strettamente inerenti la metodologia clinica (approccio ai problemi, iter diagnostici, scelte terapeutiche, problemi di gestione integrata nel tempo. ecc) tipica della medicina generale.

Sarà peraltro indispensabile prevedere un "riallineamento" dei numerosi "animatori di formazione" con l'obiettivo da un lato di aggiornare le loro conoscenze nel campo delle metodologie della formazione (residenziale, a distanza, sul campo), dall'altro di far acquisire competenze specifiche su alcuni aspetti fondamentali nella progettazione formativa ma probabilmente un po' trascurati nello sforzo finora compiuto di dedicarsi precipuamente alla strutturazione didattica delle sessioni:

- a. *analisi dei bisogni* ottenuta non con metodi soggettivi, indiretti o approssimati, ma derivanti direttamente dall'analisi delle azioni professionali (agenda formativa,

⁶ Andrebbero sempre valutati in modo distinto i bisogni di apprendimento dei singoli (*learning needs*) ed i bisogni educativi "prioritari", identificati dalle Società scientifiche, istituzioni, ecc (*educational needs*). I primi sono personali e specifici e possono essere identificati dal singolo professionista mediante attività di *audit*, *peer review*, test di autovalutazione, ecc.. I secondi (interessi o bisogni percepiti da un target molto ampio che comprende società scientifiche, istituzioni, utenti, sindacati, ecc.) possono essere identificati con indagini, focus group, analisi dei modelli assistenziali locali, valutazione dei programmi di CME, ecc. (Norman GR, Shannon SI, Marrin ML. The need for needs assessment in Continuing Medical Education. BMJ 2004;328:999-1001, 2004).

analisi delle decisioni operative, self-audit, interazioni con la cartella medica elettronica, ecc.)

- b. estensione delle *strategie e delle tecniche didattiche* oltre quelle tradizionalmente impiegate, al fine di ottimizzare sia le sessioni residenziali sia la fruibilità "a distanza" dei materiali didattici, sia la disponibilità di materiali formativi ed informativi mirati a singoli gap cognitivi ed operativi nel momento stesso in cui essi emergono;
- c. promozione delle *metodologie* indispensabili per l'implementazione di percorsi di sviluppo professionale realmente continuo (*lifelong*), da realizzare *al di fuori* del consueto e formale setting d'aula (*lifewide*), meglio se spostate all'interno del contesto professionale quotidiano (*formazione sul campo*);
- d. introduzione delle metodologie di *apprendimento tra pari* (apprendimento reciproco, collaborativo), anche con ricorso alle attuali tecnologie in grado di collegare "in rete" grandi numeri di professionisti in attività, raggiungibili l'un l'altro nel momento stesso in cui sorge il bisogno di informazioni e di "guida" per l'approccio ai problemi posti dai pazienti;
- e. preparazione ed ottimizzazione dei materiali da impiegare per la *formazione a distanza*, per evitare che l'enfasi sugli aspetti "tecnologici" distraiga dall'impegno di fornire materiali didattici di qualità reale e non solo "di apparenza"
- f. valutazione reale dell'*efficacia degli interventi formativi*, superando il consueto (e per molti versi inutile) momento del "quiz finale ECM" per dedicare invece la dovuta attenzione alle valutazioni di *outcome*.

In conclusione

Il percorso formativo per il medico generale dei prossimi anni deve essere sempre più pensato e progettato per raggiungere almeno due obiettivi prioritari.

Il primo è la possibilità di riconoscere, rilevare, registrare i bisogni formativi nel momento in cui emergono, ossia durante lo svolgimento dell'attività professionale, nell'incontro con il paziente e con i suoi problemi (⁷): progetto "**agenda formativa**" da realizzare con la collaborazione SIMG-Millewin[®].

Il secondo è di integrare le tre strategie di intervento necessarie ad un buon percorso di sviluppo professionale continuo:

- focalizzazione principale sull'apprendimento guidato dagli eventi della professione e implementato nell'ambito dello studio professionale;
- momenti residenziali;
- uso delle risorse Web-mediate.

Al Web si deve chiedere di fornire risorse diversificate, più o meno immediatamente disponibili, da affrontare in piena autonomia o guidati da iniziative di Enti accreditati e Società scientifiche.

Le iniziative residenziali potrebbero mantenere un loro ruolo, specialmente con l'importante obiettivo di creare occasioni di confronto sia tra i colleghi (apprendimento tra pari) sia con i consulenti specialisti locali di riferimento, nell'ottica di un'assistenza realmente integrata, ossia basata sulla condivisione di conoscenze, di modelli di intervento e di valutazioni di esito.

È però nel setting professionale che si gioca la vera sfida formativa dei prossimi anni.

Le barriere che si frappongono all'avvento allargato della formazione "sul campo" "possono essere sovrastimate anche se in realtà richiedono solo minimi cambiamenti alla professione medica... mentre l'avvento della Clinical Governance,

⁷ "When doctors see patients they usually generate at least one question; more questions arise than the doctors seem to recognise. Most of the questions concern treatment. Many of the questions are highly complex, simultaneously asking about individual patients and particular areas of medical knowledge..." Smith R. What clinical information do doctors need? BMJ 1996;313:1063-8

del Risk Management, del Patient Empowerment costituiscono potenti stimoli al cambiamento" ⁽⁸⁾.

Si consideri infine che solo grazie alla *Formazione sul campo* possono generarsi:

- l'indispensabile momento della valutazione dei bisogni formativi personali e di sistema, clinici e non (aspetti cognitivi, abilità gestuali, comunicazione con il paziente, organizzazione del lavoro) grazie agli stimoli continuamente forniti dai pazienti
- l'opportunità di valutazione continua della professione (*self-audit*)
- la possibilità di generare *ricerca* indipendente
- il *confronto* con i colleghi e con gli altri membri dello staff assistenziale (apprendimento reciproco)
- la possibilità di crescere anche esercitando un *ruolo didattico attivo* nei confronti di studenti e giovani colleghi...

e, non ultima, una potente spinta alla personale motivazione a "crescere sempre", che è insieme il migliore agente preventivo nei confronti del burn-out ed il più potente viatico per una pratica professionale di qualità.

In tutto questo, la SIMG può e deve svolgere un'azione primaria di discussione, ideazione, progettazione, realizzazione pratica e valutazione continua.

⁸ Wyatt JC, Sullivan F. Keeping up: learning in the workplace. BMJ 2005;331:1129-1132