

# INSEGNAMENTO IN OSPEDALE. FORMAZIONE TRADIZIONALE E INNOVATIVA

# 18

Raffaele Landolfi

## Introduzione

La *mission* formativa di qualsiasi azienda ospedaliera dovrebbe ormai essere considerata non così diversa da quella di un policlinico universitario. Lo studente di medicina, a un certo punto del suo percorso formativo, comincia a frequentare il policlinico universitario per cimentarsi con attività pratiche che lo stimolano a utilizzare, a valutare e ad ampliare le proprie conoscenze e capacità. Il personale sanitario di ogni struttura ospedaliera, per quanto si trovi in un percorso formativo più avanzato rispetto allo studente o allo specializzando, ha allo stesso modo un continuo bisogno di apprendere e di autovalutarsi per tutta la durata della sua vita professionale. L'evoluzione delle conoscenze mediche, delle tecniche diagnostiche e terapeutiche e dei modelli di cura è ormai talmente rapido da rendere necessario che attività professionale e aggiornamento procedano di pari passo e questo vale per tutte le figure professionali che operano in ambito sanitario. E non è pensabile che in questo percorso formativo la direzione dell'ospedale non si prenda cura di programmare, organizzare e valutare la formazione dei propri dipendenti. Questo soprattutto a tutela della sicurezza del paziente. Inoltre, una formazione adeguata del personale si traduce in maggiore qualità ed efficienza dei processi assistenziali.

Il programma di Educazione Continua in Medicina (ECM), varato all'inizio di questo millennio, è stato per molte strutture ospedaliere lo stimolo più importante per organizzare un percorso formativo per i propri dipendenti. Ma le esigenze formative del personale sanitario vanno al di là dell'acquisizione di un certo numero di crediti e richiedono opportunità giornaliere di confronto e verifica. Se dal punto di vista degli operatori sanitari la formazione può essere orientata dalle proprie preferenze, dal punto di vista dell'ospedale la formazione dovrebbe avere quali principali obiettivi quello di formare ogni proprio dipendente al fine mantenere alta la qualità delle cure, ridurre i contenziosi, aumentare la reputazione della struttura e il gradimento da parte degli utenti. Idealmente la formazione dovrebbe anche precedere le innovazioni più significative per fare in modo di poter sfruttare pienamente queste innovazioni evitando la creazione di gap importanti tra innovazioni e capacità di sfruttarle al meglio. Altro tema è quale ruolo debba avere la crescita personale dei sanitari. In particolare, per i medici si discute molto spesso dell'importanza di attitudini a comunicazione, empatia e leadership senza affrontare in maniera concreta il tema del *burn-out* che incide negativamente su queste attitudini e senza che siano offerte opportunità formative adeguate o di percorsi di crescita personale. Qui verranno proposte alcune possibili risposte ai temi sopra riportati.

## Educazione Continua in Medicina e ospedale

Il programma ECM è il percorso ideato poco più di venti anni fa con l'obiettivo di mantenere aggiornati i professionisti della salute, ospedalieri e non, e di renderli quindi capaci di rispondere al meglio ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale. La formazione continua è stata perciò riconosciuta come un obbligo deontologico per assicurare ai cittadini un'assistenza qualitativamente elevata e al riparo da ogni possibile conflitto di interesse.

Il Programma nazionale ECM fu avviato nel 2002, in base al D.Lgs. 502/1992 integrato dal D.Lgs. 229/1999. Successivamente il programma è stato aggiornato con innovazioni volte a migliorare lo sviluppo e il monitoraggio delle competenze individuali.

Dal primo gennaio 2008, con l'entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione amministrativa del programma di ECM e il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua sono stati trasferiti all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Presso questa agenzia con il DM 27/09/2022 è stata di recente ricostituita la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, per l'espletamento dei compiti previsti dall'art. 16-ter, comma 2, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

Il varo di questo progetto è stato probabilmente un momento chiave per portare il tema della formazione all'attenzione delle strutture ospedaliere. Quando nel 2002 ebbe inizio il programma la popolazione ospedaliera interessata fu stimata in circa 900.000 unità di cui approssimativamente un terzo medici, un terzo infermieri e il restante terzo comprendente varie figure professionali (biologi, farmacisti e tecnici vari). Poiché per ognuna di queste figure l'ottenimento dei dieci crediti annuali previsti richiedeva l'equivalente di una giornata lavorativa, si poteva stimare che il programma ECM potesse occupare l'equivalente di 900.000 giornate. Questo poneva un problema di ordine pratico per gli ospedali che già all'epoca lamentavano importanti carenze di organico. E fu subito chiaro che l'essere in grado di offrire una formazione almeno in parte *in loco* poteva limitare la perdita di ulteriori giornate lavorative per eventuali trasferimenti. La formazione realizzata sul posto di lavoro poteva inoltre consentire di adattare meglio i temi di insegnamento alle esigenze specifiche di ogni ospedale. Come si vedrà in seguito lo stesso problema di ordine pratico ha costituito successivamente un fattore importante a supporto della formazione a distanza.

Molte strutture ospedaliere di una certa dimensione hanno provveduto quindi all'organizzazione di un proprio programma formativo con riconoscimento ECM e alcune si sono accreditate come provider. Questo tipo di formazione ECM erogata da una singola struttura ha inteso rispondere alle esigenze pratiche già riportate ed anche valorizzare la capacità formativa degli operatori più esperti. Altri potenziali vantaggi di questo tipo di formazione organizzata *in loco* sono la possibilità di creare eventi di interesse interdipartimentale di particolare valore organizzativo oltre che formativo e di adattarli tempestivamente ad ogni nuova esigenza dell'azienda o di suoi specifici settori. Molte strutture ospedaliere di grandi dimensioni dispongono oggi di centri/uffici formativi ECM che si sono occupati nel tempo o di svolgere una o più delle seguenti funzioni:

- Messa a punto di un piano formativo aziendale tenendo conto degli obiettivi strategici dell'azienda e delle indicazioni regionali e nazionali.
- Ripartizione delle iniziative formative in attività formative in presenza e attività formative a distanza che, negli ultimi anni, hanno acquisito importanza sempre maggiore (vedi appresso).
- Coordinamento e calendarizzazione di questo piano in accordo con i responsabili delle strutture ospedaliere coinvolte.
- Accreditemento presso l'Agenas delle iniziative predisposte.
- Eventuale collegamento e collaborazione con altre aziende per la realizzazione dei rispettivi piani formativi.
- Selezione dei docenti tenendo conto di criteri di qualità e di assenza di conflitti di interesse.
- Selezione dei discenti e attività di promozione per garantire la massima partecipazione.
- Monitoraggio delle partecipazioni, delle valutazioni e dei crediti ottenuti nonché del gradimento da parte dei partecipanti.

Nel corso del tempo molti centri ECM delle strutture ospedaliere hanno assunto le funzioni più ampie di Centro di Formazione, generalmente alle dipendenze della Direzione Generale o del Governo clinico, con obiettivi formativi però più focalizzati su temi aziendali e su altre attività quali:

- Seminari aziendali monotematici, di dipartimento, di distretto, di UO.
- Conferenze clinico-patologiche o clinico-radiologiche volte alla presentazione e discussione di casi clinici.
- *Consensus meeting* intra- o inter-aziendali finalizzati alla revisione di casistiche per la standardizzazione di protocolli procedure tecniche.
- Frequenza con assistenza tutoriale presso centri interni o esterni (altra Azienda) che praticano attività da apprendere e ritenute utili ad obiettivi strategici aziendali.
- Analisi e discussione di problemi clinici, tecnici, gestionali, organizzativi, relazionali.

- Revisione intra ed inter-aziendale di casistiche per la standardizzazione di protocolli e procedure tecniche.
- *Audit* sulla qualità di alcuni processi assistenziali.

Molte di queste attività, che sono strategiche per l'azienda, possono non essere in linea con gli obiettivi formativi ECM e questa divergenza di obiettivi si è andata accentuando negli ultimi anni, nel nostro come in altri paesi, creando l'esigenza di riallineare i due percorsi con proposte interessanti sulle modalità più opportune per farlo. E questo riallineamento sarebbe nell'interesse sia delle aziende ospedaliere che degli operatori sanitari visto che la rapida diffusione dell'uso della formazione a distanza ha ulteriormente autonomizzato l'operatore rispetto all'ospedale nella scelta del tipo di apprendimento/aggiornamento da scegliere.

### *Formazione a distanza*

Nel corso degli ultimi anni si è assistito a una crescita sempre più rapida di questo tipo di formazione. È un fenomeno che ha interessato quasi tutti i settori del sapere ma è stato ancora più evidente nel settore sanitario e negli ospedali in particolare. Il CoViD-19, che ha imposto per qualche anno uno stop importante alla formazione in presenza, ha certamente contribuito in maniera rilevante ma la crescita della formazione, e di quella fruibile in maniera asincrona in particolare, era però ben evidente sin dagli anni '80. L'industria dell'*e-learning* si è poi sviluppata rapidamente rendendo possibile la produzione di materiale formativo utilizzabile da una platea molto vasta con costi relativamente contenuti. L'apprendimento di conoscenze e capacità così realizzato è più rapido e certamente più pratico che con altre metodiche, il che può tradursi in un miglioramento della motivazione oltre che in un considerevole risparmio di tempo. Anche gli ospedali hanno cominciato a fare un uso crescente di questo tipo di didattica producendo direttamente o acquisendo materiale da mettere a disposizione dei propri dipendenti.

Per l'ospedale questo tipo di formazione può essere molto utile per assicurare a tutti le conoscenze e le capacità necessarie su temi di interesse generale quali possono essere la sicurezza, l'emergenza, la lotta alle infezioni ecc. Molto più differenziata è l'utilizzazione dell'*e-learning* da parte del singolo operatore sanitario che, a prescindere dall'eventuale ottenimento di crediti ECM, può trovare risorse ormai su qualsiasi argomento e sotto diverse forme (*webcast, podcast* ecc.) comodamente fruibili negli spazi liberi da impegni e per il numero di volte ritenute utili per ottenere l'apprendimento desiderato. Il gradimento, soprattutto da parte delle nuove generazioni, è alto e non è pertanto sorprendente che l'industria dell'*e-learning* veda una crescita esponenziale dei profitti. Al di là della sua estrema praticità, tuttavia, questo tipo di apprendimento può avere dei limiti. E questi sono limiti relativi alla variabile qualità del materiale didattico e al fatto di limitare interattività e approfondimenti. Questo non garantisce che l'apprendimento si trasformi poi in conoscenza utile, solida e durevole. Ma, più in generale, la scelta dei temi di apprendimento è generalmente basata sulle proprie preferenze e conoscenze più che su una valutazione obiettiva dei propri bisogni. Questa formazione autogestita spesso non è in linea con i bisogni dell'ospedale le cui priorità formative sono comprensibilmente quelle di assicurare che ognuno dei propri dipendenti abbia una preparazione professionale adeguata allo svolgimento dei compiti assegnati e un continuo aggiornamento volto a garantire standard di qualità sempre elevati.

### *Monitoraggio e valutazione delle competenze in ospedale*

Da quanto detto si comprende anche come il percorso di aggiornamento e crescita di ogni singolo operatore necessiti di adeguato monitoraggio da parte dell'ospedale. È un tema divenuto essenziale per le strutture ospedaliere perché proprio il proliferare di temi ed opportunità formative rende ineludibile la valutazione delle competenze, delle performance e dei bisogni formativi di ognuno. Se l'ospedale vuole "guidare" la crescita professionale dei propri dipendenti deve accuratamente monitorarla. "*Evaluation drives education*" ripetono spesso i formatori anglofoni ed è un detto più che mai attuale in tempi in cui in cui vi sono da un lato sempre maggiori bisogni in termini di conoscenze e capacità e, dall'altro, sempre maggiore autonomia nella formazione e nell'aggiornamento. L'osservazione e la valutazione della performance di ogni operatore di una struttura ospedaliera non è compito facile ma è essenziale e tra l'altro utile a monitorare le diverse finalità riportate nella **Tabella 18.1**.

Tabella 18.1 Da: Barbieri et al. *Rapporto Oasi 2012*.

Le finalità della valutazione della performance	
Destinatari	Finalità
Sistema Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualità delle cure</li> <li>• Sicurezza</li> <li>• Presenza di professionisti competenti</li> <li>• <i>Credentialling</i>, certificazione e rivalidazione</li> </ul>
Organizzazioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualità delle cure</li> <li>• Sicurezza</li> <li>• Cambiamento organizzativo</li> <li>• Motivazione/<i>Retention</i></li> <li>• Supporto alle leve di gestione del personale (bonus, incarichi, carriera)</li> <li>• <i>Credentialling</i>, certificazione e rivalidazione</li> </ul>
Professionista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualità della pratica medica</li> <li>• Feedback</li> <li>• Miglioramento ambiti di competenza</li> <li>• Sviluppo professionale e organizzativo</li> <li>• <i>Credentialling</i>, certificazione e rivalidazione</li> </ul>

Per l'ospedale valutare i propri dipendenti è, tra l'altro, un obbligo normativo da soddisfare annualmente. Per ogni dipendente "viene espresso periodicamente un giudizio volto a individuarne, secondo criteri omogenei, il rendimento e i comportamenti professionali espressi nello svolgimento del lavoro, nonché le potenzialità di sviluppo che sarebbe in grado di esprimere". Il giudizio viene espresso dal responsabile di ogni unità che dovrebbe riconoscere il valore e il contributo di ogni persona, permettendone il cambiamento, la crescita e il miglioramento. Dovrebbe quindi essere la base per un piano formativo individuale che il sanitario deve poi mettere in atto autonomamente nel corso dell'anno. In realtà questa valutazione, nel caso dei medici, si traduce spesso nella definizione delle attività che il professionista può o non può eseguire (cosiddetti privilegi) a garanzia della qualità delle sue prestazioni e, inoltre, costituisce la base per l'eventuale riconoscimento economico come "premio di risultato" per il professionista stesso. È una modalità molto diffusa ma assai poco utile per le varie finalità sopra riportate soprattutto perché è limitata, occasionale e spesso basata su criteri poco obiettivi e non standardizzati.

Al contrario ogni valutazione della performance che possa essere utile alla struttura ospedaliera e al professionista dovrebbe invece:

- Essere discussa in modo dettagliato e analitico con il valutato.
- Tendere a migliorare le prestazioni e i comportamenti.
- Consentire una supervisione attenta e mirata.
- Identificare i bisogni di formazione e aggiornamento.

Sono obiettivi molto ambiziosi o quasi irrealizzabili senza una serie di condizioni favorevoli che implicano soprattutto un clima educativo particolare all'interno dell'azienda. Clima in cui è, ad esempio, accettato un confronto giornaliero sulle attitudini personali. Queste che sono generalmente identificate come *soft skill*, sono trasversali rispetto alle varie aree dell'ospedale e hanno particolare importanza per il buon funzionamento dell'ospedale stesso e per la soddisfazione dei pazienti. Ad esse, infatti, si fa sempre più spesso riferimento nei vari modelli di competenze che vengono proposti nel nostro Paese e nel mondo. Le attitudini personali più importanti sono:

- Empatia: ovvero capacità di comprendere sofferenze e difficoltà del paziente. Questa capacità impatta sull'umanità dell'assistenza e sulla qualità percepita e verosimilmente anche sull'efficacia dell'assistenza stessa.
- Capacità comunicative: più che mai importanti nelle professioni sanitarie in cui c'è bisogno di parlare con pazienti e familiari e comunicare efficacemente con i collaboratori. L'efficacia comunicativa di un sanitario e di un team impatta positivamente sull'aderenza dei pazienti alle cure, sulla loro capacità di gestire autonomamente una patologia cronica, di seguire stili di vita sani nonché sulla loro percezione della qualità delle cure.

- Capacità di lavorare in gruppo: è una qualità che comprende, oltre alla capacità di comunicare, quella di interagire positivamente con i collaboratori contribuendo a creare un clima sereno, stimolante e produttivo per tutti.
- Etica del lavoro: che include professionalità e disponibilità agli orari e ritmi di lavoro qualche volta logoranti imposti dalle necessità dell'ospedale.
- Affidabilità e riservatezza: qualità che ogni paziente ha il diritto di trovare in ogni operatore sanitario.
- Capacità di gestire lo stress: in assenza di questa capacità il *burn-out* degli operatori sanitari è quasi inevitabile, soprattutto di fronte alle emergenze. Questo tema, divenuto di particolare attualità dopo l'emergenza CoViD-19, chiama ogni struttura ospedaliera a promuovere iniziative di sorveglianza e formative con assoluta priorità.
- Attitudine positiva: elemento essenziale per prevenire e combattere lo stress nel difficile contesto della vita ospedaliera.
- Mentalità aperta e capacità di autovalutazione: che implica la consapevolezza degli inevitabili limiti delle proprie conoscenze, la capacità di gestire eventuali critiche e la disponibilità a mettere in atto i cambiamenti sempre più frequenti in un mondo in così rapida evoluzione quale è quello dell'assistenza medica.

Queste attitudini, che, come già detto, sono particolarmente importanti nella pratica medica, sono caratteristiche personali e sono anche quelle più difficili da apprendere e da valutare (Figura 18.1). In particolare, è l'autovalutazione di queste attitudini che è particolarmente problematica soprattutto perché ogni operatore sanitario le ritiene importanti e immagina o spera di averle ma raramente è consapevole di quanto "dimostri" ognuna di esse nella pratica giornaliera.

I responsabili di unità operativa, soprattutto se non adeguatamente formati in tal senso, possono avere particolari resistenze a comunicare le aree di miglioramento in questo ambito. Tra l'altro è noto che questo tipo di valutazione più facilmente della valutazione delle conoscenze e delle capacità può generare reazioni difensive e non essere percepito come un'opportunità per migliorare.

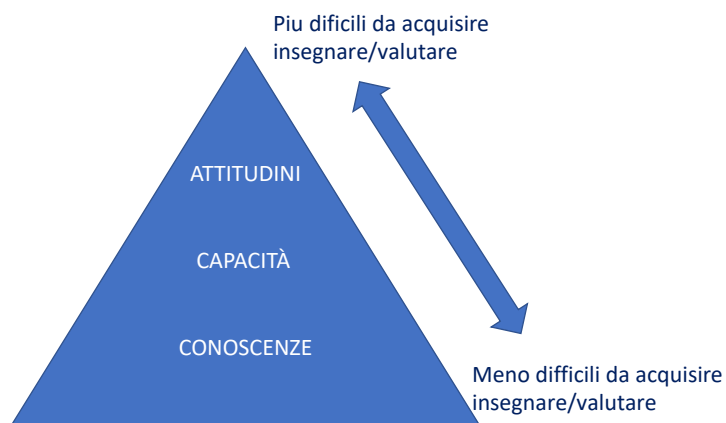
E ciò soprattutto quando fatta in maniera esclusivamente occasionale. Anche la valutazione di conoscenze e capacità è poco utile se fatta dal responsabile in maniera occasionale.

Idealmente la valutazione dovrebbe essere continua e sorvegliare come l'operatore sanitario applichi giorno per giorno le conoscenze e le capacità precedentemente raggiunte e le conoscenze e capacità acquisite di recente. Più la valutazione è continua, e possibilmente effettuata da soggetti diversi e più è probabile che essa possa creare l'autoconsapevolezza, la ricettività ai feedback e facilitare il cambiamento.

Per questo è fondamentale il feedback continuo tra pari in cui è importante che i medici si sentano sostenuti e non giudicati, al fine di creare un clima favorevole all'apprendimento e al cambiamento positivo. La chiave per fornire un feedback costruttivo è che esso sia faccia a faccia, continuo, immediato, reciproco, utile, costruito sulla base di dati effettivi, non soggettivo e non cumulativo; I problemi che si pongono con questo tipo di feedback è quanto debba essere visto come sostegno reciproco tra colleghi abituali di lavoro e quanto debba essere formalizzato per essere poi utilizzato per le varie finalità riportate nella Figura 18.1. Idealmente entrambe le modalità sono utili e possono essere reciprocamente complementari ai fini formativi del professionista valutato ma è importante che preliminarmente sia effettuata una formazione specifica sulle modalità per effettuarlo e sui criteri da seguire. Se il feedback tra pari viene effettuato con le giuste modalità non compromette il clima di lavoro anzi contribuisce a migliorarlo.

Altro aspetto riguarda, infine, che ogni collaboratore del valutato possa effettuare la propria valutazione in maniera anonima. Questo potrebbe essere utile, almeno inizialmente, per migliorare l'accuratezza delle valutazioni ma l'obiettivo finale dovrebbe essere favorire la raccolta di feedback sulla performance da una pluralità di fonti/soggetti valutatori, in modo da rendere maggiormente oggettive le valutazioni soprattutto sulle attitudini, che possiedono un'alta componente di soggettività. In un contesto lavorativo in cui la valutazione è esplicita, abituale, oggettiva e non giudicante cresce la consapevolezza di ognuno sulle proprie specifiche qualità e sulle proprie priorità di miglioramento. E si promuove quindi anche una cultura dell'autovalutazione che è molto importante per poter disegnare e seguire piani individuali di crescita professionale.

## Le competenze degli operatori sanitari



**Figura 18.1** Il cambiamento e la valutazione delle attitudini, rispetto alle altre competenze, sono più difficili e complessi.

### Formazione personale

Uno dei temi della formazione che sta diventando particolarmente critico è la formazione personale. È un tema che diviene sempre più critico data la condizione di *burn-out* che coinvolge una parte sempre crescente del personale sanitario. L'emergenza CoViD-19 ha accentuato in maniera significativa questo aspetto che va ad impattare negativamente, oltre che sulla vita personale degli operatori sanitari, anche sulla loro capacità lavorative. Gli effetti negativi del *burn-out* sono ormai sempre più evidenti ed incidono sugli errori medici, sui rapporti lavorativi e, naturalmente sul rapporto medico-paziente. Il *Medscape National Physician Burnout and Suicide Report 2021* ha riportato una condizione di *burn-out* del 42% dei medici statunitensi con particolari aumenti, rispetto agli anni precedenti in specialità quali la medicina di emergenza la reumatologia e le malattie infettive. È un tema all'attenzione del National Institute of Health che raccomanda costantemente una particolare attenzione della direzione delle strutture ospedaliere sul tema. Una revisione dei risultati di tutti gli interventi eseguiti su specializzandi statunitensi indica che la formazione sulle modalità per gestire lo stress, aumentare la resilienza e il benessere fatta mediante gruppi di discussione, sessioni didattiche e didattica in piccoli gruppi può avere una qualche efficacia.

### Centri di simulazione e formazione

La simulazione è divenuta uno strumento di apprendimento fondamentale in medicina. Essa consente di acquisire capacità tecniche di comune impiego nel rispetto della sicurezza e della dignità del paziente ma consente ormai anche di riprodurre scenari complessi con sempre maggiore fedeltà. Manichini tecnologicamente avanzati per riprodurre parti complicati o emergenze varie sono ormai disponibili a costi relativamente contenuti mentre apparecchiature per la simulazione di chirurgia laparoscopica e robotica sono disponibili nei Centri di simulazione a tecnologia più avanzata allestiti in policlinici universitari del nostro Paese e in alcune strutture dedicate il cui elenco è reperibile presso il sito della Società Italiana di Simulazione in Medicina (SIMMED). Per gli ospedali che non abbiano una specifica vocazione formativa la costituzione di un Centro di Simulazione avanzato potrebbe sembrare un onere particolarmente gravoso in termini di costi e risorse varie ma è indubbio che l'acquisizione di capacità non solo tecniche ma anche dei cosiddetti *soft skill* trova nella simulazione il contesto ideale soprattutto perché, a differenza della pratica clinica reale, consente di adattare lo scenario ai bisogni formativi più importanti per la sicurezza del paziente e offre il contesto adeguato per apprendere dagli errori migliorando le proprie capacità sino ad avere le giuste competenze per applicarle sul paziente.



Si comprende come in prospettiva, con la messa a punto di tecniche sempre più sofisticate, la simulazione possa diventare uno strumento di certificazione delle capacità, così come avviene per i piloti.

### *Errori medici e formazione*

Gli errori medici sono, come è noto, abbastanza comuni e costituiscono un'importante causa di morte negli ambienti ospedalieri. Per una approfondita analisi delle cause e della rilevanza di questo tema si rimanda alla ampia letteratura esistente mentre in questa sede è opportuno sottolineare come aziende ospedaliere, policlinici universitari e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) debbano mettere in atto ogni sforzo per imparare dall'errore. In base al Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del luglio 2009, per queste strutture sussiste l'obbligo di tempestiva comunicazione degli eventi avversi al Ministero della Salute ove gli "eventi avversi" eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente e gli "eventi sentinella" sono eventi avversi di particolare gravità spesso evitabili mettendo in atto adeguate misure di prevenzione. La segnalazione di ogni evento è di per sé occasione di riflessione sui possibili errori e sulle loro cause e ancor più i risultati del monitoraggio degli eventi sentinella in ambito regionale e nazionale costituiscono importante opportunità di miglioramento della qualità dei servizi. Seminari, audit clinici non solo sugli errori maggiori e sulle loro cause ma anche su ogni evento sentinella sono di particolare utilità soprattutto quando realizzati con finalità costruttive. Per approfondire si rimanda all'area tematica: Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure del Ministero della Salute.

Particolare attenzione deve essere prestata al fatto che tutto il personale conosca quali sono le ragioni più comuni alla base degli errori medici che, secondo la Agency for Healthcare Research and Quality statunitensi sono:

1. Problemi di comunicazione con il paziente o con altri membri dello staff assistenziale.
2. Inadeguata trasmissione di informazioni rilevanti.
3. Errori umani da inadeguate conoscenze o inadeguato utilizzo delle stesse.
4. Problemi relativi al paziente: ad esempio inadeguata identificazione o valutazione.
5. Inadeguata formazione delle persone addette alle cure.
6. Insufficiente personale.
7. Problemi tecnici con apparecchiature e dispositivi medici.
8. Scarsità o assenza di procedure codificate.

Molte di queste potenziali cause di errore possono essere prevenute o limitate come effetto attraverso adeguati interventi organizzativi e formativi ma qui appare opportuno sottolineare come siano soprattutto i punti 3 e 5 che chiamano direttamente in causa la formazione e la valutazione della formazione stessa. Molte cause di errori nelle decisioni mediche sono errori di ragionamento e molti di questi errori di ragionamento riflettono erronee attitudini abituali di alcuni medici.

La **Tabella 18.2**, ripresa dalla revisione di Scott, riporta le più comuni spiegazioni fornite a giustificazione di un errore medico di tipo diagnostico o terapeutico.

In maggioranza riflettono un ragionamento "costretto" o incompleto che diventa particolarmente comune in condizioni di stress. È una tendenza da conoscere e contrastare con adeguato monitoraggio e chiari feedback.

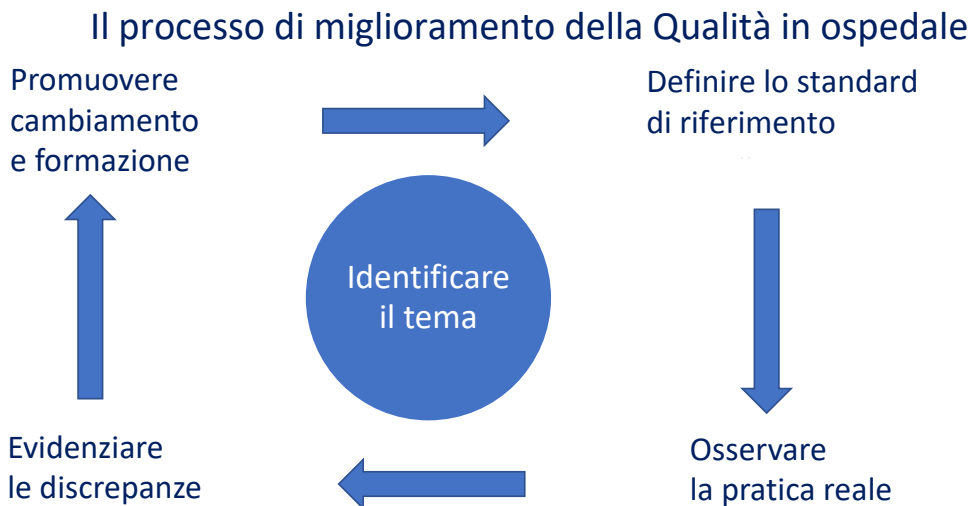
Un elemento essenziale, tuttavia, è creare le condizioni appropriate per discutere dell'errore in maniera non punitiva anche quando, come spesso accade tra le cause è evidenziabile qualche forma di negligenza. L'errore, soprattutto se causa conseguenze gravi o fatali genera quasi sempre nel personale sanitario gravi sensi di colpa e talvolta depressione. Questi disagi sono spesso disagi nascosti per i quali può essere necessario un sostegno psicologico ancor prima di un intervento formativo.

### *Miglioramento della qualità e formazione*

Le strutture sanitarie sono sempre più impegnate in processi di verifica della qualità per esigenze di vario tipo quali la sicurezza degli utenti e la reputazione della struttura o l'eventuale accreditamento da parte di *Joint Commission International*. Quest'ultimo processo, per le strutture ospedaliere che lo hanno intrapreso o completato è stata una esperienza formativa di grande valore comportando una notevole quantità di verifiche di qualità che, innescando il ciclo riportato nella **Figura 18.2** portano ad una formazione straordinariamente efficace proprio perché conseguente alla evidenziazione e al superamento delle

**Tabella 18.2** Commonly stated explanations for decision errors.

Errors in diagnosis
It (the correct diagnosis) never crossed my mind
I paid too much attention to one finding, especially laboratory results
I did not listen enough to the patient's story
I was in too much of a hurry
I didn't know enough about the disease
I let the consultant or specialist convince me
I didn't reassess the situation when things didn't fit
The patient had too many problems at once I was overly influenced by a similar case
I failed to convince the patient to have further investigations
I was in denial of an upsetting diagnosis
Errors in management
The treatment seemed to work well on the last patient who had the same problem
Most of my colleagues were very keen on this new drug so I used it too
I was too concerned about possible side effects and underestimated the potential benefit of treating with drug x.
I thought I should be seen to be doing something, even though I knew the treatment had little chance of success
I had so many therapeutic options to choose from, and as I wasn't sure which one would work best, I stuck with the one I was most familiar with
I did not fully appreciate how difficult it would be for the patient to stick to my advice
I wasn't as aggressive as I should have been
in treating this patient's hypertension and hyperlipidaemia as I didn't appreciate just how high his risk was of an adverse outcome.

**Figura 18.2** Ogni intervento per migliorare la qualità in ospedale richiede confronto con *benchmark* di riferimento e formazione specifica.



varie criticità. In altri casi gli input possono derivare da analisi della qualità percepita dagli utenti che in genere costituiscono un importante stimolo alle iniziative formative volte all'umanizzazione dell'ospedale ma che possono anche predire il grado di aderenza alle raccomandazioni mediche. Altre iniziative utili a orientare i processi di miglioramento delle cure sono i case studies basati su analisi dei processi assistenziali di casistiche di condizioni di assistenza particolarmente sensibili quali quelle ai pazienti anziani, con neoplasie, al parto o al trauma. In tutti i casi i cambiamenti organizzativi implicano interventi formativi o di sensibilizzazione. Certamente le situazioni da analizzare sarebbero moltissime e ciò potrebbe richiedere impegni particolarmente gravosi ma si stanno sviluppando metodologie di analisi di *big data* che potrebbero a breve fornire rapidamente indicazioni per interventi mirati. Esistono già gruppi disposti ad offrire questo tipo di servizio che perciò potrebbe in futuro costituire un importante driver della formazione in ospedale.

## Esigenze future

Un obiettivo della formazione in ospedale è quello di addestrare tempestivamente gli operatori alle innovazioni tecnologiche e, più in generale, alle nuove competenze necessarie per le finalità aziendali. La digitalizzazione dei processi assistenziali è stata rapidissima e ha richiesto poi uno sforzo consistente per colmare il gap tra innovazioni introdotte e competenze degli operatori. Le innovazioni prevedibili nel prossimo decennio saranno probabilmente molto più numerose e significative. Secondo una analisi di Deloitte la crisi del sistema ospedaliero statunitense è molto profonda con dati molto preoccupanti su *burn-out*, insoddisfazione e disaffezione degli operatori sanitari e dei medici in particolare. Questi si sentono sopraffatti dalle crescenti esigenze di aggiornamento oltre che dai ritmi di lavoro. Il rapido divenire delle conoscenze e delle tecnologie dà agli operatori la sensazione di non essere mai abbastanza aggiornati e questa sembra essere una delle principali fonti di disagio. Non a caso le strutture maggiormente impegnate nella formazione e nella valutazione dei dipendenti sono anche quelle che più facilmente fidelizzano i propri dipendenti. L'analisi di Deloitte prevede anche un profondo cambiamento dei futuri archetipi delle figure professionali (Figura 18.3). Questi archetipi sono dei superspecialisti nelle loro funzioni ancor più che nelle loro conoscenze in ambito medico. Tra questi archetipi (Figura 18.3) sono previste le figure del formatore e del ricercatore e questo sembra sottolineare la pratica impossibilità dei futuri operatori sanitari di occuparsi di assistenza didattica e ricerca con la stessa competenza e la stessa efficacia.

## Gli archetipi del futuro medico ospedaliero



Figura 18.3 Le figure mediche dell'ospedale del futuro secondo Deloitte.

Condividendo questo tipo di scenario la strategia di formazione dovrebbe risultarne influenzata con progetti che, nel tempo, mirano a selezionare e formare quel tipo di figure.

## Bibliografia

- Mazzoleni MC, Rognoni C, Finozzi E, Landro M, Capodaglio E, Imbriani M, Giorgi I. *Earnings in e-learning: knowledge, CME credits or both? Hints from analysis of attendance dynamics and users' behaviour*. Stud Health Technol Inform. 2010;160(Pt 1):576-80.
- Price DW, Davis DA, Filerman GL. "Systems-Integrated CME": *The Implementation and Outcomes Imperative for Continuing Medical Education in the Learning Health Care Enterprise*. National Academy of Medicine; October 4, 2021.
- Barbieri M, Girosante G, Valotti G. *La valutazione dei medici: un modello attuativo*. In: Cantù E (a cura di). *Rapporto OASI 2012. Laziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano: Egea; 2012. pp.537-88.
- Ng LK. *The Perceived importance of soft (service) skills in nursing care: a research study*. Nurse Educ Today. 2020;85:104302. doi: 10.1016/j.nedt.2019.104302. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31810027.
- Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. *The role of Empathy in Health and Social Care Professionals*. Healthcare (Basel). 2020 Jan 30;8(1):26. doi: 10.3390/healthcare8010026.

### Libero Accesso

Questo capitolo è concesso in licenza d'uso gratuita, consentendone l'utilizzo, la condivisione, l'adattamento, purché si dia credito adeguato all'autore originale e alla fonte.

Le immagini o altro materiale di terze parti in questo capitolo sono e restano di proprietà della casa editrice, salvo diversamente indicato.

L'uso del capitolo è quindi consentito all'interno delle norme di legge a tutela del detentore del copyright.

**La Edizioni Idelson Gnocchi 1908 si riserva comunque anche di mettere a stampa l'intera opera, offrendola al mercato a titolo oneroso, secondo i consueti canali di vendita sul territorio.**