

Metodi organizzativi in un modello di formazione emancipata per Medici di Medicina Generale

Luigi Spinnato

Medico di Medicina Generale, SIMG Bologna

Per le difficoltà che può incontrare un processo formativo volto a migliorare comportamenti operativi di un insieme numeroso di Medici di Medicina Generale (MMG), si propone un modello organizzativo che affronta in particolare le seguenti problematiche:

- area dell'intervento formativo vasta con bisogni formativi molteplici e non uniformi;
- numero di MMG elevato;
- esperienze e competenze specifiche dei MMG molto variegate;
- motivazione al miglioramento e al cambiamento scarsa.

Il modello struttura il percorso di formazione, articolabile nelle varie tecniche didattiche, tramite metodi organizzativi che di fatto integrano e qualificano l'intero processo. Deriva da una positiva esperienza prototipo, effettuata nell'AUSL di Bologna sull'informatica medica alla quale avevano aderito 486 MMG.

Premesse teoriche

Un processo formativo per adulti, che intendano acquisire nuove competenze o intraprendere un nuovo lavoro, potrebbe adottare efficacemente metodi didattici e di addestramento del classico insegnamento scolastico. La formazione diventa complessa e difficile, invece, quando cerca un cambiamento nei comportamenti operativi di adulti che già svolgono specifiche mansioni. Risulta ancora più ardua se questi, convinti dell'adeguatezza delle proprie prestazioni, non comprendono la necessità di migliorarle. In tale ambito la formazione, come primo passo, deve suscitare nei discenti la motivazione al cambiamento, universalmente riconosciuta come fattore essenziale per l'efficacia di qualsiasi attività didattica. Renzo Gallini, in *Schola Medici*, la pone come elemento qualificante della didattica formativa, dove ogni "uniformazione imposta" deve essere evitata, mentre va valorizzata l'esperienza personale dei discenti per favorirne il riconoscimento dei problemi e, quindi, degli obiettivi da raggiungere.

Nel 1833, in Germania, Alexander Kapp aveva coniato il termine *Andragogia* contrapposto alla *Pedagogia* (didattica rivolta ai giovani), convinto che l'apprendimento degli adulti ha caratteristiche ed esigenze peculiari, specie se concerne l'attività lavorativa. Allen Tough, dell'Università di Toronto, nel 1979 documentò come la motivazione all'apprendimento propria degli adulti traesse maggior vigore da pressioni interne, quali la speranza di migliorare la soddisfazione e la qualità del lavoro e quindi l'autostima, piuttosto che da fattori esterni all'individuo, quali incentivazioni economiche o prospettive di carriera.

Lo studioso americano Malcom Knowles nelle ultime decadi del

Novecento sviluppò organicamente il modello andragogico contrapposto al pedagogico. Anche dalla sua teoria emerge che la motivazione dell'adulto a intraprendere un processo formativo è favorita soprattutto dalla convinzione dei vantaggi che acquisiranno la sua attività lavorativa e la qualità della sua vita. Fra gli assunti principali della sua teoria, *Core Principles*, in particolare "Il concetto di sé del discente" implica che all'adulto deve essere evitato il ruolo di attore passivo nelle attività didattiche, che devono valorizzare i contenuti delle sue esperienze. L'adulto, per apprendere al meglio, deve sentirsi partecipe nella gestione delle attività formative, scelte con la consapevolezza della loro utilità. Minimizzando la dipendenza dal docente, egli è nella migliore condizione per sfruttare le sue risorse: non rivive il ruolo di "scolaro sottoposto alle iniziative dei docenti", che può indurre comportamenti di resistenza all'apprendimento. Il "gruppo", per finalità di apprendimento, è riconosciuto come valido strumento di formazione: induce l'autovalutazione e il confronto tra pari, stimolando la componente emulativa e il desiderio di migliorare; inoltre favorisce nell'adulto l'emergere delle esperienze lavorative, valorizzabili da una formazione opportunamente strutturata. Originato dai modelli organizzativi aziendali, il termine "team" può conferire al gruppo un significato particolare, quello di persone legate da un comune proposito, cioè promuove l'obiettivo come strumento di unione. Il *Project Team* (Tab. I), avendo come elemento di unione fondamentale solo quello di svolgere attività per lo stesso condiviso progetto, permette anche a membri ancorati a concezioni lavorative individualistiche di accettare facilmente la partecipazione e di cominciare a sentirsi uniti con gli altri. Tra le tante tipologie di team, definite in base all'attività, se ne possono distinguere due categorie fondamentali: indipendenti e inter-dipendenti (Tab. I). Il team ha un processo evolutivo, di consapevolezza e di organizzazione, che in genere si sviluppa in quattro fasi (Tab. II) prima di essere pienamente produttivo. Per il suo sviluppo ha necessità di un coordinatore. Gallini afferma che, nell'ideale processo formativo degli adulti, "i docenti tendono a perdere il potere e il carisma conferiti dalla cattedra e ad assumere la figura del trainer che guida i discenti interagendo continuamente con loro sullo stesso piano". Questo ruolo non ha necessariamente compiti di docenza, ma quelli di supporto ai membri del team per raggiungere gli obiettivi, tramite una costante valutazione, "non per esprimere giudizi di merito, ma per indirizzare e modulare il programma didattico: *feedback* e valutazione formativa". In pratica introduce il *coaching*, attività utilizzata, oltre che in ambienti sportivi, anche in molti altri ambiti, da quello aziendale e commerciale fino a quello psicoterapeutico e formativo.

TABELLA I
Project Team.

Identifica un gruppo di persone	
<ul style="list-style-type: none"> • con “funzioni comuni” • unite da un “comune obiettivo” concreto e preciso • per un “periodo di tempo definito” 	
Independent Team	
Ogni membro deve raggiungere un obiettivo e l'obiettivo del team è rappresentato dalla somma degli esiti degli obiettivi dei componenti (ad es. gara a 2 squadre di tennis, dove la vittoria – obiettivo di team – è raggiunta se il numero delle vittorie dei singoli è superiore alle sconfitte)	
Interdependent Team	
Esiste solo l'obiettivo del team, per raggiungere il quale ogni membro ha un suo compito o funzione (ad es. gara di calcio, dove tutti i membri cooperano per raggiungere l'obiettivo di segnare più goal degli avversari)	

TABELLA II
Dinamica dello sviluppo del team
(Bruce Tuckman).

Forming (formazione)	I membri del gruppo si incontrano e apprendono le opportunità, le sfide, le condivisioni e gli obiettivi e cominciano ad affrontare i compiti
Storming (conflitto)	I membri competono per affermare le proprie idee. Sperimentano e apprendono come comportarsi tra loro e con un eventuale leader nell'affrontare e risolvere i problemi
Norming (strutturazione)	I membri regolano il loro comportamento reciproco e concordano delle regole di comportamento e di operatività del gruppo, alle quali tutti si sentono impegnati
Performing (attività)	I membri del gruppo accettano il loro ruolo e lavorano, senza conflitti inappropriati, per raggiungere i fini preposti

Sir John Whitmore, autore nel 1992 di un importante testo sul *coaching*, sottolinea che più che una tecnica “è una filosofia cui ispirare la relazione, un modo di trattare le persone che consenta loro di vedere nella performance elevata la realizzazione di se stesse”. È un percorso migliorativo che pone attenzione alle caratteristiche individuali per valorizzarle al massimo conciliando il loro rispetto con le esigenze dell'organizzazione. Il *coach* (allenatore) non prescrive soluzioni, ma facilita la persona nella loro ricerca, aumentando la fiducia nelle sue capacità. Adotta un *modus agendi* che respon-

TABELLA III
GROW: la crescita (John Whitmore).

La sequenza delle domande dovrebbe seguire quattro punti ben distinti	
Goal	Fissare l'obiettivo sia della sessione, sia nel breve e lungo termine
Reality	Verificare la realtà, cioè i dati di fatto, al fine di analizzare la situazione
Options	Verificare le opzioni e le strategie alternative d'azione
What	Verificare che cosa si deve fare, quando farlo (<i>When</i>), chi deve farlo (<i>Who</i>) e la volontà di farlo (<i>Will</i>)

sabilizzi il singolo agli scopi e attenui la sua dipendenza da figure gerarchicamente superiori. Si colloca “agli antipodi di un'attività di comando e di controllo” per ottenere la consapevolezza e il senso di responsabilità nell'apprendimento: il *coach* non formula giudizi sull'operato dell'individuo, ma agisce ponendogli domande che lo indirizzino all'analisi del processo. La procedura prevede una sequenza di domande che orientano il percorso analitico e operativo in quattro fasi, riassunte nell'acronimo GROW (crescita) (Tab. III). Necessita di frequenti *feedback* per l'analisi delle difficoltà da superare al fine di risolvere i problemi, affrontandoli a un livello sottostante a quello al quale si presentano.

Strategia del modello

Il modello è strutturato per promuovere soprattutto tre fattori interagenti e fondamentali nel favorire l'apprendimento dell'adulto:


1. la motivazione;
2. la corrispondenza delle attività agli effettivi bisogni formativi del singolo MMG;
3. la responsabilizzazione del MMG al percorso formativo.

Ventriglia e Turbil, in *Educazione continua in Medicina*, manuale dedicato alla creazione di eventi formativi, definiscono cruciale l'identificazione dei bisogni formativi e ne illustrano gli strumenti dedicati. Riconoscimento dei bisogni formativi e motivazione all'apprendimento sono tappe ineludibili delle quali, come sottolineano gli autori, la prima è fondamentale, ma anche la più ardua nella ricerca dei bisogni inconsci.

In considerazione dell'età e della lunga esperienza lavorativa dei MMG, il modello non mira a presunti uniformi bisogni formativi, ma procede sulla base delle esperienze dei MMG per valorizzarle e non appesantirle con inutili attività formative (nell'ASL di Bologna, tra i 652 MMG convenzionati, con età media di 53 anni, nel 2006 si contavano sulle dita di una mano quelli con meno di 40 anni: un MMG aveva almeno 15 anni di esperienza lavorativa).

Per il modello è strategicamente fondamentale la *job description* dell'attività, tappa enfatizzata da Ventriglia nella sua ultraventennale esperienza formativa. Per l'attività oggetto della formazione, l'approntamento di una sintetica lista dei compiti pertinenti al ruolo del MMG, considerate anche le integrazioni locali con altri sanitari, deve costituire la “Carta dei Compiti del MMG”, una sorta di carta costituzionale del processo formativo. Con questo documento, fondamentale per gli obiettivi della formazione, i MMG inizieranno a riconoscere i bisogni formativi. Un sistema di verifiche graduali, effettuate con vari metodi (Tab. IV), faciliterà ogni medico nella scelta consapevole delle attività didattiche.

TABELLA IV
Riconoscimento dei bisogni formativi.

Metodo	Bisogni
Esame della Carta dei Compiti	Più consapevoli  Meno consapevoli
Griglie di analisi dell'attività	
Questionari	
Supervisione	
Confronto di gruppo	
Esame degli indicatori clinici	
Audit	

Pur non determinante per la motivazione degli adulti, potrebbe risultare utile un sistema di incentivi per innescare e facilitare l'attenzione e l'adesione. Un sistema premiante per il raggiungimento degli obiettivi del singolo e del gruppo, la cui coesione verrebbe facilitata, è controverso e deve essere congegnato con molta accuratezza per evitare ciniche attenzioni volte solo agli obiettivi di esito, che svilirebbero l'intero processo formativo.

Descrizione

Il modello è volto a organizzare la formazione su un'area professionale per un grande numero di MMG promuovendo la corrispondenza tra eventi didattici e bisogni formativi. L'unità elementare nella quale si gestisce il processo formativo è un gruppo di MMG (~15) organizzato funzionalmente come *Independent Project Team*, coordinato da un MMG, Referente di Progetto esperto nella materia dell'attività oggetto della formazione, con compiti soprattutto di *coaching*. Il team e i MMG che lo compongono sono valutati solo dal raggiungimento degli obiettivi, e hanno piena autonomia nella scelta e gestione delle attività didattiche (Tab. V).

TABELLA V
Metodi didattici.

- Lezioni frontali per aggiornamento
- Corsi in piccoli gruppi, pragmatici o relazionali, su metodologie cliniche o strumentali
- Stage in strutture specialistiche, anche per fini relazionali e organizzativi
- Formazione sul campo (attività di supervisione, addestramento e affiancamento)
- Gruppo di miglioramento (discussioni su casi clinici, problemi assistenziali, organizzativi finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza specifica)
- Audit

Il percorso formativo è avviato da un Gruppo di Coordinamento, composto da rappresentanti dei MMG (sindacali e animatori di formazione), dell'AUSL e da specialisti locali di riferimento, con funzioni ipotizzate nella Tabella VI. Ha due compiti fondamentali:

1. definizione dei compiti del MMG (*job description*) inerenti l'attività affrontata dalla formazione, anche in funzione di possibili integrazioni con altre strutture sanitarie locali, per la produzione della Carta dei Compiti;
2. individuazione di obiettivi di esito, quali indicatori rappresentativi del possesso delle conoscenze e competenze necessarie, con i relativi criteri valutativi: non solo questionari, ma anche

TABELLA VI
Compiti del Gruppo di Coordinamento.

- Definizione della *job description* nella Carta dei Compiti del MMG
- Definizione degli obiettivi di esito con i criteri di valutazione
- Eventuale sistema incentivante e/o premiante
- Definizioni delle fasi e dei tempi del percorso formativo
- Aggiornamento dei Referenti di Progetto per la condivisione della Carta dei Compiti
- Formazione di tutor
- Corsi di aggiornamento e formazione e rispettivi strumenti didattici
- Verifica periodica e finale dell'andamento della formazione

performance didattiche da valutare con dati possibilmente ricavabili per via informatica. I dati scelti servono a evidenziare, solo a fini didattici, il livello accettabile di esecuzione di un compito (performance didattica), ma non sono strutturati per valutare l'esito dell'attività assistenziale del MMG, anche perché questa non dipende solo dalle performance del singolo MMG, ma anche da fattori a lui estranei (strutture, risorse, interferenze di enti con finalità diverse da quelle del Servizio Sanitario Nazionale ecc.).

Vengono posti obiettivi di esito per il singolo MMG, valutati nel modo indicato dal Coordinamento e obiettivi di gruppo, rappresentati da una percentuale di MMG per team che raggiungono i rispettivi obiettivi. A questi potrebbero essere collegati premi per il singolo MMG e/o per il team. Il sistema premiante di gruppo si attua costituendo dei fondi formati dal confluire di premi per ogni MMG che raggiunge il proprio obiettivo, da suddividere, se ottenuto l'obiettivo di team, tra i MMG. Il prospettare dei premi legati al successo del gruppo (obiettivo di team) può facilitare l'integrazione e la collaborazione tra i MMG, ma, se non adeguatamente strutturato dal Coordinamento e gestito dal Referente, può indirizzare i MMG più al modo di conseguire i premi che al miglioramento delle competenze.

Un fondo economico di team destinato a sostenerne le spese per la formazione e che, in caso di successo, preveda anche la suddivisione dell'eventuale residuo fra i MMG del team, oltre a facilitarne la coesione, promuove la responsabilizzazione e il senso di autonomia dei MMG sulle attività didattiche e attenua il rischio di distorsioni.

La creazione di un team è un'operazione lunga e complessa, quindi il Referente dovrà condurre il gruppo di MMG soprattutto al confronto tra pari e lo spirito di emulazione derivante lo faciliteranno nel percorso. Il Referente, più che un esperto della materia, deve possedere la sensibilità e l'abilità relazionale per vincere le resistenze del MMG al cambiamento (senso di inadeguatezza e paura del confronto, accentuati dal tipico isolamento operativo con ancoraggio a routine lavorative). Deve motivare i colleghi a trovare la strada più adatta per acquisire o migliorare le competenze necessarie. Sono attività simili a quelle di *counselling* ed *empowerment*.

La preparazione specifica del Referente è garantita da corsi di aggiornamento condotti dal Coordinamento, finalizzati alla condivisione della Carta dei Compiti, necessari anche ad assicurare omogeneità con gli altri colleghi dell'ASL. Il Referente, organizzando e coordinando la formazione del team, diviene per la materia specifica il punto di riferimento dei MMG del gruppo.

Risulta molto utile ricorrere a forme esistenti di aggregazione territoriale dei MMG che prevedano un MMG quale referente. Tale figura è importante per la presentazione del progetto ai colleghi e la scelta tra loro dei Referenti.

La proposizione del progetto formativo ai MMG dei vari ambiti territoriali dell'ASL è facilitata dal documento di presentazione prodotto dal Coordinamento. In tal modo, tra i MMG di ogni ambito si avvierà, sotto la guida di un MMG referente per la zona, l'individuazione del Referente di Progetto, uno ogni 15 MMG circa, considerando la loro numerosità e dislocazione.

Il Coordinamento prepara diverse forme di supporto:

- formazione di tutor come assistenti al Referente, selezionati fra gli animatori di formazione, per coadiuvarlo nella didattica e nell'attività di supervisione, e anche fra giovani medici per attività di addestramento e affiancamento;
- strumenti formativi (testi, articoli, linee guida, questionari, griglie d'analisi, casi clinici ecc.);

- programmi a vari livelli di approfondimento e materiale didattico per lezioni frontali e per corsi pratici.
- Procedura

Il Referente è il fulcro del processo formativo, che alterna fasi di verifiche a conseguenti attività didattiche. Contatta nel modo più opportuno i medici del gruppo per avviare la verifica dei primi bisogni formativi scaturiti dall'esame della Carta dei Compiti e da altre verifiche. Il Referente concorda con i MMG gli obiettivi formativi personali da raggiungere e i metodi didattici più idonei (Tab. V). Per attuarle nei modi più opportuni, sia per le esigenze dei MMG sia per le risorse disponibili, può:

- richiedere al Coordinamento di organizzare attività didattiche per i bisogni rilevati; in tal modo la didattica verrà diversificata nei metodi e nei contenuti, ai vari livelli di approfondimento, e diretta a discendenti con omogenei bisogni formativi;
- effettuare, personalmente o con altri docenti, l'attività didattica anche in più team;
- ricorrere a tutor per essere coadiuvato nella didattica e per compiti di addestramento diretto di 1-2 MMG o di affiancamento durante l'attività assistenziale.

Queste diverse modalità di rispondere ai bisogni formativi sono utili in presenza di un'ampia gamma di obiettivi formativi personali.

Se è stato costituito il fondo per la formazione, il costo preventivato di ogni attività didattica è suddiviso tra i rispettivi partecipanti, in modo che a ogni team vengano addebitate nel suo fondo le spese formative dei propri MMG.

Il team è emancipato nel decidere la formazione da effettuare, ma è vincolato agli obiettivi da raggiungere e alle risorse didattiche ed economiche disponibili. Il Referente deve coinvolgere i colleghi nelle scelte da effettuare per condividerle, facilitando così la coesione (fondamentale per promuovere la collaborazione formativa e operativa interna) e la loro responsabilizzazione nella scelta e gestione delle attività didattiche.

Ultimata una prima fase di formazione, il Referente propone altre verifiche (Tab. IV) per ulteriori attività didattiche. Progredendo la coesione e lo sviluppo del team, cerca di introdurre forme di confronto tra pari, specialmente tramite l'esame dei dati clinici disponibili, e di consolidare la supervisione nei confronti dei colleghi. Privilegia in questa fase gli incontri di gruppo, senza forzare molto i colleghi resistenti, che vanno seguiti singolarmente o in piccolissimi gruppi e, gradualmente, motivati e coinvolti in attività collettive.

Note negative

- Il modello presenta difficoltà nella definizione della Carta dei Compiti e nella scelta degli indicatori per un'efficace valutazione dei risultati.
- L'organizzazione risulta articolata e complessa e il percorso formativo necessita di molti mesi.
- Richiede particolari doti organizzative e relazionali ai Referenti.
- Il costo e il tempo occorrenti sono molto superiori a quelli di un corso di aggiornamento.
- Possibile distorsione della correttezza dei contenuti formativi a livello periferico.
- Possibilità di non far fronte a tutte le necessità formative richieste.
- L'esperienza sull'informatica medica, dalla quale deriva il modello, non costituisce un valido collaudo per la sua non complessità e per la relativa estraneità alla classica cultura professionale del MMG.

Note positive

- L'autonomia nella determinazione e gestione della formazione da parte del MMG è un ottimo fattore per la motivazione all'apprendimento e al cambiamento.
- Il Referente e l'organizzazione creata possono stabilizzarsi, costituendo per il team un duraturo punto di riferimento per la materia.
- La collaborazione e l'integrazione dei MMG, promosse dal modello, strutturano e rafforzano il team.
- Facilita la progettazione e creazione di integrazioni operative con altre strutture sanitarie.
- Permette al MMG di riconoscere ed effettuare solo la formazione necessaria nei modi, nei tempi e nei luoghi più opportuni, e, quindi, più facilmente integrabili con le esigenze assistenziali o con altri processi formativi.
- I tempi lunghi consentono l'accomodamento delle attività alle effettive disponibilità per l'apprendimento, evitando controproducenti forzature.
- Valore della valutazione tramite performance didattiche sul campo.

Bibliografia di riferimento

Assessorato alla Sanità Regione Emilia-Romagna. *L'accreditamento delle attività di formazione sul campo nei programmi di educazione continua in medicina*. Regione Emilia Romagna, marzo 2003.

Capecchi G. *Le strategie di insegnamento-apprendimento*. <http://www.cofir.net/portale/modules/sections/index>

Cei A, Dini S. *Coaching alle nuove sfide. Leader, coach e non solo manager*. Milano: Guerini associati 2004.

Ciani B. *Motivazione e apprendimento*. http://www.caosmanagement.it/n11/mana_art4.html

Commissione Provincia di Trento per la Formazione Continua. *La formazione sul campo in provincia di Trento*. Provincia di Trento, 17 maggio 2005.

Gallini R. *I peer group ARP per la formazione continua medica*. SIMG 2005;1:32-40.

Gallini R. *Schola Medici: basi e tecniche dell'apprendimento formativo*. Roma: NIS 1991.

Knowles M. *Quando l'adulto impara. Pedagogia e andragogia*. Milano: Franco Angeli 1997.

Regione Friuli Venezia Giulia. *Accreditamento della formazione sul campo nel sistema ECM Regionale*. Regione Friuli Venezia Giulia, 2005.

Schuman SP. *Group facilitation: a research and applications journal*. <http://dennislearningcenter.osu.edu>

Smith MK, Tuckman BW. *Forming, storming, norming and performing in groups, the encyclopaedia of informal education*. <http://www.infed.org/thinkers/tuckman.htm>

Spinnato L, Stiassi R, Masoni P, Zocchi D, Bianchi V, Bertocchi F, et al. *Avvio di un progetto di formazione in informatica medica*. SIMG 2006;4:32-5.

Tough A. *The Adult's Learning Projects*. <http://iet.org/tough/books/alp.htm>

Trabucchi P. *La motivazione all'esercizio fisico*. Milano: Roche 2004.

Tuckman BW. *Developmental sequence in small groups*. Psychol Bull 1965;63:384-99.

Ventriglia G. *Dall'aggiornamento allo sviluppo professionale continuo*. SIMG 2001;1:4-7.

Ventriglia G, Turbil E. *Educazione continua in medicina. Progettare e costruire un evento formativo*. Milano: Masson 2003.

Whitmore J. *Coaching*. Milano: Sperling & Kupfer 2002.

Zampieri S. *Educazione degli adulti e didattica*. <http://digilander.libero.it/zampi/index.html>