

Il processo formativo del medico neoinserto in Pronto Soccorso

L'esperienza dell'Ospedale Santa Chiara di Trento

Franca Refatti, Maria Grazia Allegretti*, Amelia Marzano°, Claudio Ramponi^, Enrico Baldantoni**

Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso Ospedale di Trento, APSS (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari)

* Direzione Ospedale di Trento APSS

° Servizio Formazione APSS

^ Direttore Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso Ospedale di Trento APSS

** Direttore Ospedale di Trento APSS

SINTESI

La complessità organizzativa dell'Unità Operativa di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso dell'Ospedale di Trento e la specificità delle competenze cliniche e relazionali necessarie, non supportate finora in Italia da percorsi formativi dedicati di una scuola di specialità, ci ha stimolato a costruire un percorso strutturato di inserimento graduale del medico neoassunto, che gli dia l'opportunità di essere supportato nel processo di acquisizione delle competenze necessarie per la sicurezza propria e del paziente. Tenuti in debito conto gli aspetti metodologici derivanti dalla teoria dell'apprendimento dell'adulto e in particolare dell'apprendimento sul campo attraverso la riflessione

sull'esperienza, sono state introdotte la figura del tutor e la metodologia del briefing/debriefing, ed è stato predisposto un percorso di inserimento che specifica attività, tempi, finalità, opportunità di apprendimento ed un calendario riportante, per ciascun turno, il medico "esperto" di riferimento. Il percorso, accreditato ECM come formazione sul campo, è stato sperimentato e sottoposto alla valutazione del medico inserito, del direttore del Pronto Soccorso e dei colleghi: sono risultati particolarmente utili gli elenchi delle opportunità di apprendimento e la presenza del tutor quale facilitatore dell'apprendimento e coordinatore del processo.

Introduzione

Le competenze professionali tecniche, organizzative e relazionali sono fondamentali nel condizionare gli esiti delle cure, in particolare in Pronto Soccorso, ambiente "turbolento" caratterizzato dall'elevato volume di attività e dalla necessità di assumere decisioni in condizioni di incertezza. Mentre vi sono consolidate esperienze sull'inserimento di personale infermieristico, per i medici la tradizione è quella di "imparare a nuotare nell'acqua alta", in altre parole si dà per scontato che la competenza si acquisisca comunque anche se con inevitabili "pedaggi" da pagare. Negli ultimi anni, tuttavia, è maturata la consapevolezza dell'impor-

tanza di garantire, anche attraverso un maggior impegno nella formazione del personale, livelli adeguati di sicurezza clinica ed organizzativa nell'erogazione delle cure, sia nei confronti dei pazienti, che dei professionisti che le cure attuano.

Coerentemente altresì con i principi ed i valori di riferimento dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) enunciati nel Programma Aziendale di Sviluppo Strategico (PASS) 2009: «...la competenza professionale, l'autonomia, la responsabilità (il rendere conto), la legalità, la trasparenza, l'imparzialità, la buona amministrazione, la lealtà, lo spirito di servizio, la collaborazione, la continua spinta al miglioramento...» è apparso impor-

tante supportare il nuovo arrivato offrendogli un percorso di inserimento in linea con le aspettative dei vari attori coinvolti, ovvero i cittadini, l'organizzazione e il professionista stesso.

L'APSS ha predisposto una procedura per l'inserimento lavorativo dei neoassunti (2007) per i dipendenti di tutti i profili professionali. Per prima cosa vengono resi disponibili documenti di interesse trasversale quali il PASS e quelli relativi al sistema aziendale di gestione della sicurezza dei lavoratori, alla tutela della *privacy* ed alla promozione della salute.

Successivamente, dopo la descrizione della struttura gerarchica ed organizzativa nella quale il dipendente verrà inserito, effettuata dalla Direzione Medica di Ospedale, si attua la "formazione specifica" nell'Unità Operativa di assegnazione.

Il momento dell'inserimento dei nuovi medici è espressione di un approccio orientato all'apprendimento¹ che sarà sfondo di tutta la vita lavorativa del dipendente dell'APSS. Questo tipo di approccio è ormai ritenuto necessario all'interno delle grandi organizzazioni ed ancor più nell'ambiente sanitario, in cui i risultati dipendono dall'apporto di tutti e dalla condivisione ed integrazione di conoscenze scientifiche e competenze organizzative, professionali specifiche e relazionali (apprendimento organizzativo).

Apprendimento organizzativo e learning organization

L'APSS si propone di essere un'organizzazione orientata alla valorizzazione delle proprie conoscenze, all'apprendimento ed al cambiamento continuo, avvalendosi del patrimonio di conoscenze sviluppato e mantenuto nel tempo², chiarendo che l'apprendimento organizzativo deve essere finalizzato all'*empowerment* dei professionisti che la costituiscono³, con un investimento importante nella loro formazione.

Negli anni '90 si è delineata una linea di pensiero sui sistemi organizzativi che può essere riassunta nell'affermazione di Quaglino: «...la competitività delle organizzazioni in termini di qualità dei prodotti/servizi è funzione diretta delle competenze (conoscenze, capacità, qualità) possedute dagli attori organizzativi»⁴.

Da qui l'enfasi data all'apprendimento all'interno delle organizzazioni ed al valore della conoscenza, non solo patrimonio del singolo ma dell'organizzazione stessa. Il modello proposto è quello della *learning organization* di Mintzberg⁵, organizzazio-

ne orientata all'apprendimento, vale a dire organizzazione che impara, che incoraggia l'apprendimento dei suoi membri.

«Le organizzazioni che apprendono sono quelle nelle quali le persone aumentano continuamente la loro capacità di raggiungere i veri risultati cui mirano; nelle quali si stimolano nuovi modi di pensare orientati alla crescita; nelle quali si lascia libero sfogo alle aspirazioni collettive, e nelle quali, infine, le persone continuano ad imparare come si apprende insieme»⁶.

Nell'ambiente lavorativo «divengono protagonisti del processo formativo i capi, i colleghi, i collaboratori, altri attori organizzativi al di fuori della linea gerarchica, i fornitori, i clienti: in altre parole tutti coloro che risultano influenzati dalle prestazioni dei soggetti»⁴.

La *learning organization* garantisce che l'ambiente di lavoro sia quello in cui, in modo ottimale, possono essere sviluppate le competenze. Molte ed imprevedibili sono, infatti, le opportunità di sfruttare le esperienze che la realtà propone, ma tali esperienze fanno crescere, costruiscono competenze se l'organizzazione sa costruire un ambiente in cui il professionista possa farsi coinvolgere, mettersi in gioco ed approfittare dell'esperienza per costruire sapere professionale.

Tutorship e metodologie formative

La teoria andragogica sviluppata da Malcom Knowles, che negli anni '80 riprese il termine andragogia definendola «l'arte e la scienza di aiutare gli adulti ad imparare», si basa sull'assunto che gli adulti hanno necessità di essere coinvolti direttamente nell'intervento formativo che deve essere centrato sulla vita reale e sui problemi che essa presenta, di poter applicare quanto appreso nel breve-medio periodo, di veder riconosciuto e valorizzato il loro bagaglio di esperienze⁷. In altre parole, è necessario utilizzare sia un metodo di ragionamento logico-deduttivo, che partendo dalla teoria re-interpreti l'osservazione della realtà, che induttivo che riporti le osservazioni della realtà ai modelli teorici di riferimento. Questa modalità deduttivo-induttiva è propria del metodo scientifico sperimentale e ben si adatta alle professioni sanitarie. L'attività formativa, ancorché centrata sull'esperienza, deve essere progettata e prevedere una figura che aiuti il discente a riconoscere e comprendere i processi di apprendimento. Le funzioni che questo "facilitatore dell'apprendimento" deve svolgere non sono necessariamente legate ad un ruolo

di formatore professionista, ma sono riassumibili in una funzione di *tutorship* che può essere svolta da figure con professioni e mandati istituzionali diversi⁸.

Il medico è chiamato sempre più spesso, anche nelle corsie di ospedali non universitari, a svolgere funzioni di “insegnamento”, non sempre formalizzato, ma che può essere definito attività di tutoraggio. Questa figura di insegnante dovrebbe possedere una vasta gamma di conoscenze, competenze e qualità personali, oltre alla conoscenza di strategie di tipo organizzativo e di insegnamento^{9,10}.

Le metodologie del *briefing* e *debriefing* sono sicuramente utili per favorire l'apprendimento partendo da un'esperienza diretta quale quella che si verifica nell'ambiente lavorativo. Sono metodologie molto utilizzate nel campo militare e della protezione civile, di solito in occasione di una missione rischiosa: il *briefing* per la sua preparazione (ricevere informazioni, riflettere sulle finalità e difficoltà possibili) ed il *debriefing* per discuterne poi gli esiti (individuazione di errori, opportunità ed apprendimenti strumentali e comunicativo-relazionali)^{11,12}.

Materiali e metodi

Obiettivi del progetto

Il progetto è stato predisposto tenendo conto di tre macro-obiettivi:

- acquisizione di strumenti per sapersi orientare nell'organizzazione;
- approfondimento e contestualizzazione di competenze cliniche;
- acquisizione di competenze relazionali.

In particolare, si è posta attenzione all'applicazione pratica di linee guida, procedure e protocolli, alla presa in carico del paziente garantendo la continuità delle cure, anche attraverso la condivisione delle informazioni e l'integrazione fra gli operatori delle diverse professioni, all'utilizzo delle attrezzature in uso in reparto, dei farmaci e dei presidi disponibili, all'adozione di comportamenti responsabili all'interno dell'organizzazione e dell'équipe.

Contesto

L'esperienza dell'inserimento si è svolta nel PS dell'Ospedale S. Chiara, ospedale principale della Provincia autonoma di Trento. Il S. Chiara è una struttura polispecialistica, dotata di circa 800 posti letto, il cui bacino di utenza è stimabile in circa 300.000 persone residenti nell'area di competenza, ma che, di fatto, risponde, per le problemati-

che cliniche più rilevanti, ai bisogni di tutta la Provincia (500.000 residenti ai quali, nei periodi estivo e invernale, si aggiunge un elevato numero di turisti).

L'attività si svolge, per i codici bianchi e verdi, negli ambulatori, per i codici gialli e rossi, nell'area urgenza e, per pazienti che richiedono un monitoraggio e/o un trattamento fino a 24 ore, nell'osservazione breve (8 posti letto).

Progetto

Il progetto è stato pensato per professionisti con formazione postuniversitaria non specifica, in genere di tipo internistico o chirurgico, con esperienze lavorative diverse, chiamati ad operare in una realtà caratterizzata da imprevedibilità e di incertezza, cosa che rende ragione di un progetto caratterizzato da variabilità nei tempi e nelle modalità di raggiungimento degli obiettivi, ma anche di apertura rispetto al tipo di obiettivi, alcuni voluti ed imprescindibili, altri ottenuti in modo inaspettato.¹³ Un medico con lunga esperienza lavorativa e formato all'attività di *tutoring* e alla gestione dei *briefing* e *debriefing*, coordina il percorso e fa da ponte fra il professionista e l'organizzazione; sono individuati inoltre, per ogni inserimento, altri due medici “esperti” di riferimento.

A supporto del percorso sono stati predisposti:

- programma delle attività e dei tempi (variabili e da definire per ciascun professionista), sede di svolgimento (*triage*, ambulatori, sala urgenze, Osservazione Breve) e finalità (Scheda 1). Inizialmente il neo-inserito osserverà le attività, poi lavorerà sotto supervisione e successivamente in autonomia con supporto, se necessario; per ciascun turno è indicato il medico “esperto”;
- due tabelle riportanti le opportunità di apprendimento che il nuovo inserito si può aspettare dal lavoro negli ambulatori e in sala urgenze; non sono chiuse per poter aggiungere obiettivi “dimenticati” o raggiunti inaspettatamente e prevedono uno spazio dove i medici “esperti” segnalano il raggiungimento di ciascun obiettivo e la data di rilevazione (Tabelle 1 e 3);
- una tabella con l'elenco delle attrezzature di maggior impegno tecnologico da conoscere e saper usare, in particolare prima dell'esperienza in sala urgenza (Tabella 2).

Esperienza

A tutto il 2008 sono stati inseriti tre medici con il progetto predisposto; di seguito si descrive l'inse-

Scheda 1

Fasi e tempi, progetto generico che deve essere personalizzato per ciascun inserimento.

Attività	Finalità	Tempi
Briefing iniziale	Finalità del <i>briefing</i> è la preparazione all'esperienza mediante la presentazione del percorso di inserimento, degli aspetti organizzativi e pratici del contesto, delle sue regole, degli obiettivi e delle <i>performances</i> attese.	1 ora e 30 minuti
Istruzione all'uso di strumenti di base <i>Triage</i>	Presentazione del sistema informatico in uso, SIO, indicazioni sulla modalità di compilazione della cartella e delle principali linee guida Affiancamento ad un infermiere esperto, con la finalità di vedere nella pratica le modalità con cui vengono applicate le procedure di <i>triage</i> e con cui vengono assegnati i codici di gravità, è occasione inoltre di confrontarsi con l'attività svolta dal medico individuato per ciascun turno per l'integrazione con l'infermiere rispetto a questa tecnologia.	3 ore 1 turno di 7 ore
Briefing	Preparazione all'esperienza in ambulatorio, presentazione della Tabella 2.	20 minuti
Ambulatorio 1	Affiancamento e successiva attività con supervisione del collega esperto. L'obiettivo è quello di acquisire abilità organizzative, comunicative e relazionali contingenti e contestualizzare nella nostra realtà organizzativa le competenze cliniche già possedute.	orientativamente da 2 a 5 turni
Debriefing	Finalità sono trasformare l'esperienza in apprendimento attraverso la riflessione critica, stimolare la riflessione sull'andamento del percorso ed analizzare eventuali incidenti critici, valutare progressi e difficoltà nell'apprendimento, individuare eventuali necessità di approfondimento.	1 ora e 30 minuti
Briefing	Preparazione all'esperienza in sala urgenza. Presentazione delle Tabelle 2 e 3.	20 minuti
Sala urgenze	Affiancamento e successiva attività con supervisione del collega esperto. L'obiettivo è quello di contestualizzare nella nostra realtà organizzativa le competenze cliniche già possedute, in particolare per quanto riguarda la presa in carico di pazienti in situazioni di criticità.	orientativamente da 2 a 5 turni
Debriefing	Come nel primo debriefing, stimolando anche la riflessione sulla gestione di singoli pazienti con quadri clinici di particolare peso clinico.	1 ora e 30 minuti
Attività autonoma in normale turnistica di PS		1-2 mesi
Briefing	Preparazione all'esperienza in Osservazione Breve.	20 minuti
Osservazione Breve	Affiancamento e successiva attività con supervisione del collega esperto. L'obiettivo è quello di mettere in evidenza le peculiarità della gestione dei pazienti in Osservazione Breve, essa viene svolta per pazienti che necessitano di alcune ore, al massimo 24, di osservazione clinica e/o trattamento e/o approfondimenti diagnostici, con l'obiettivo di garantire un adeguato studio e trattamento del paziente, evitando un'ospedalizzazione impropria. Devono essere chiare le modalità con cui il percorso assistenziale intraospedaliero può essere accelerato attivando direttamente i servizi specialistici presenti nell'interno dell'ospedale. A conclusione di questo periodo, i pazienti possono essere rinviiati a domicilio, ricoverati o trasferiti.	1 turno di 12 ore
Debriefing	Opportunità di operare una riflessione rispetto alle competenze sviluppate, alla fine del percorso di inserimento. Partendo dalla riflessione sull'esperienza sin qui fatta, evidenziare necessità di approfondimento e le necessità formative prioritarie.	2 ore

TAB. 1

Possibili opportunità di apprendimento della fase di affiancamento in ambulatorio.

Attività	Data	Firma	Commento
Utilizzo programma informatico SIO
Compilazione cartella clinica
Integrazione con l'infermiere e il personale di supporto
Integrazione con l'infermiere di <i>triage</i>
Presa in cura di pazienti, richiesta di accertamenti, eventuale terapia, dimissione
Identificazione dei pazienti da inviare in Osservazione Breve o Osservazione di reparto
Diverse modalità di dimissione, in particolare ricoveri e trasferimenti
Dimissione di pazienti inviati dal triage in consulenza secondo le modalità <i>fast-track</i> previste
Prescrizione di accertamenti alla dimissione secondo i raggruppamenti di attesa omogenei RAO
Ricovero in carenza di posti letto in ospedale, procedura ricoveri sovranumerari, trasferimento in ospedali convenzionati o di distretto
Suture
Utilizzo DPI (dispositivi di protezione individuale)
Procedura in caso di puntura di ago sospetto infetto o contaminazione con liquidi biologici di personale dipendente
Certificati INAIL e autorità giudiziaria

TAB. 2

Apparecchiature in uso in Pronto Soccorso ed in particolare, in sala urgenza.

Attrezzatura	Data	Firma	Commenti
Defibrillatore
Pacing/cardioversione
Monitor
Ventilatore
CPAP
Pompa siringa
Ecografo

rimento del primo, completato in 4 mesi, 2 di inserimento progressivo e 2 di attività autonoma in ambulatorio e sala urgenza (vedi scheda 2).

Nel corso del *briefing* iniziale è stato descritto il percorso, sono stati trattati i più rilevanti aspetti organizzativi e pratici del contesto e sono stati presentati gli obiettivi di *budget*.

Inoltre sono stati indicati testi di approfondimento specialistico, le linee guida interne disponibili ed il manuale di procedure di *triage*; gli sono stati resi disponibili i documenti relativi alla normativa sulla sicurezza ed alle politiche e procedure ospeda-

liere stilate secondo le indicazioni della *Joint Commission International (JCI)*¹⁴ con cui è accreditato il S. Chiara dal 2005. Infine si sono condivisi il calendario di lavoro e le Tabelle con i relativi obiettivi di apprendimento.

L'attività lavorativa si è svolta come descritto nella scheda 1, mentre le fasi e i tempi si sono in parte adattati alle necessità esplicitate dal collega (scheda 2); in particolare si sono realizzati due *debriefing* non programmati, "spontanei", nel corso dei quali si sono discussi i casi clinici difficili, rivalutando assieme le cartelle cliniche, riflettendo sulle motivazioni logi-

TAB. 3

Casi clinici e attività che possono realizzarsi in sala urgenza.

Patologia/Linee Guida	Data	Firma	Commenti
Arresto cardiaco/ACLS
Politrauma/ATLS
Shock
Insufficienza cardiaca e respiratoria
Dolore toracico/TRIPSS
Coma
Intossicazione
Emorragia
Addome acuto
Ictus
Accoglimento paziente in elisuperficie
Gestione paziente neurochirurgico ed eventuale trasferimento se necessario
Richiesta e somministrazione di emoderivati, consenso informato
Decesso, compilazione documentazione, prelievo cornee e tessuti

Scheda 2

Percorso del collega che non aveva precedenti esperienze lavorative in Pronto Soccorso.

Attività	Finalità	Tempi
Inizio percorso	<i>Briefing</i> iniziale	1 ora e 30 minuti
Primi 15 giorni	Istruzione all'uso di strumenti di base	3 ore
	Triage: osservazione	1 turno di 7 ore
	Ambulatorio: osservazione, affiancamento e supervisione	5 turni
	<i>Debriefing</i>	1 ora e 30 minuti
	Sala urgenze: osservazione	3 turni
45 giorni	Ambulatorio: attività autonoma	29 turni
	<i>Debriefing</i> spontanei	2 incontri di 1 ora
	<i>Briefing</i>	20 minuti
Prima settimana del terzo mese	Sala urgenze: affiancamento e supervisione	3 turni in affiancamento
		3 turni con supervisione del collega esperto
	<i>Debriefing</i> con la presenza del tutor individuale	1 ora e 30 minuti
	<i>Briefing</i> con la presenza del tutor individuale	20 minuti
Terzo e quarto mese	Attività autonoma in Pronto Soccorso	Circa 2 mesi
Inizio del quinto mese	<i>Briefing</i>	20 minuti
Completamento del percorso	Osservazione Breve: affiancamento e supervisione	1 turno di 12 ore
	<i>Debriefing</i>	2 ore

che delle scelte, sulle soluzioni attivate e sulle possibili scelte alternative. Dopo i primi due mesi di inserimento progressivo ed i due di lavoro autonomo, al neo assunto è stato assegnato il primo turno in Osservazione Breve, considerato momento conclu-

sivo del percorso ed inizio della effettiva autonomia. Un *debriefing* finale è stato utilizzato per ripensare all'intero percorso, in particolare rispetto alle competenze sviluppate ed a ulteriori necessità formative. È stata l'occasione per riflettere sul grado di in-

tegrazione raggiunto con i professionisti e gli operatori del reparto e dell'ospedale nonché sugli aspetti relazionali con pazienti e familiari in una realtà di particolare impatto emotivo quale il Pronto Soccorso. È emersa la consapevolezza di acquisizione di nuovi saperi assieme ad un "senso di appartenenza" al reparto ed una maggiore assunzione di responsabilità nei confronti, oltre che dei pazienti, anche dell'organizzazione.

Valutazione del percorso

Alla conclusione del percorso di inserimento sono state svolte interviste al responsabile del reparto, ad alcuni colleghi e al medico inserito, per chiedere loro un giudizio complessivo sul progetto.

Il Direttore, giudicando positivamente il percorso formativo, ha deciso di inserirne la documentazione nel fascicolo di ciascun medico nonché di condividerlo con la Direzione di Ospedale "ufficializzandolo" in un documento di procedura JCI.

Gli altri medici hanno concordato sull'utilità di un percorso strutturato con la definizione di obiettivi di apprendimento e l'identificazione di una figura di coordinamento.

Il collega neo assunto ha particolarmente apprezzato la presenza di una progettualità per il suo inserimento e si è sentito tranquillizzato dal sentire che l'organizzazione si faceva carico della sua sicurezza oltre che di quella del paziente.

Conclusioni

L'acquisizione ed il mantenimento delle competenze professionali rappresenta un fattore critico per la sicurezza ed in questo ambito la fase di inserimento è sicuramente la più significativa perché può condizionare tutte le fasi successive.

Nel caso del Pronto Soccorso, che rappresenta un ambito professionale molto delicato, la proposta di un percorso strutturato di inserimento ha incontrato il favore dei colleghi. La prima esperienza ha evidenziato la necessità di grande elasticità per adeguarsi alle competenze dei nuovi arrivati, molto varie e legate alle loro esperienze precedenti.

È confermata l'utilità degli elenchi delle opportunità di apprendimento e delle attrezzature da conoscere e saper usare; si sono dimostrate utili al *tutor*, per seguire il percorso del collega, ma soprattutto al collega stesso che li ha utilizzati quali strumenti di autovalutazione dei propri progressi. Un'ulteriore conferma dell'efficacia formativa del progetto è l'assegnazione, da parte della commis-

sione provinciale per la formazione continua, dei crediti ECM come "formazione sul campo"¹⁵ (25 per il nuovo inserito e 12 per i medici direttamente coinvolti).

È emersa la necessità che in reparto vi sia un certo numero di medici in grado di svolgere la funzione di *tutor*, funzione che, pur richiedendo attitudini personali, non può essere improvvisata e deve essere supportata da specifiche competenze; a tal scopo potrebbe essere utile predisporre momenti di formazione sugli aspetti metodologici dell'educazione dell'adulto.

Tutto ciò richiede, è innegabile, un forte impegno di risorse, certamente ripagato dallo sviluppo del patrimonio di saperi professionali e dalla garanzia di favorire l'inserimento di un professionista competente, con un forte senso di appartenenza e determinato a portare il proprio contributo nella vita del gruppo e del reparto stesso.

Bibliografia

1. APSS, PASS 2009, *Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005-2009*. Trento: Azienda provinciale per i servizi sanitari, 2005.
2. APSS (2007). *Bilancio sociale e del capitale intellettuale*. Documento redatto a cura della Direzione Amministrazione, Controllo e Affari Generali Azienda provinciale per i servizi sanitari. Trento, 2007, p. 11.
3. Zannini L. *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*, Milano, Edizioni Angelo Guerini e associati, 2005, p. 51.
4. Cortese CG, Quaglino GP. *Verso la learning organization: nuove figure di formatore*. In Quaglino G.P. *Scritti di formazione (1978-1998)*, Franco Angeli, Milano, 2203.
5. Mintzberg H., Westley F. *Cycles of Organizational Change*. Strategic Management Journal, Vol. 13, Special Issue: *Fundamental Themes in Strategy Process Research* (Winter, 1992), John Wiley & Sons, 1992, pp. 39-59.
6. Sorge C. *Gestire la conoscenza*, Sperling & Kupfer Editori, Milano; 2000, pag. 34.
7. Knowles M. (trad it.). 1996. *Quando l'adulto impara*. Milano: Franco Angeli Ed., 1973.
8. Renga G, Paterno M, Naccarella F et al. *Dalle esperienze alla formazione del tutor - Area dei medici*. In A. Castellucci et al., *Viaggi Guidati - Il tirocinio e il processo tutoriale nelle professioni sociali e sanitarie*. Franco Angeli, Milano, 1997.
9. Glennys P, Bligh J. Recent perspectives on clinical teaching. *Medical Education* 2001; 35: 409-414.
10. Paukert JL, Richards BF. How medical students and residents describe the roles and characteristics of their influential clinical teachers. *Acad Med* 2000; 75: 843-845.
11. Boud DJ. Come aiutare gli studenti ad apprendere dall'esperienza. In C. Cox KR, Ewan CE. *Insegnare la medicina*. Raffaello Cortina Ed., Milano, 1989, pp.78-83.
12. Kenardy J. The current status of psychological debriefing. *British Medical Journal*, 2000; 321: 1032-1033.
13. Lipari D. *Progettazione e valutazione nei processi formativi*. Edizioni Lavoro, Roma, 1995.
14. APSS (2008), Politiche e procedure JCI ospedale S. Chiara, in <http://intranet.apss.tn.it/gdl/jci>
15. Conferenza Stato-Regioni. Seduta del 20 maggio 2004: Repertorio Atti n. 1992 del 20 maggio 2004.

ABSTRACT

The organizational complexity of the Emergency Department (ED) of Santa Chiara Hospital (Trento, Italy), together with the peculiar type of clinical and human interactions competence required in the field (until now in Italy there is not a specific postgraduate course for ED physicians), prompted us to devise a structured program to appointing the new physician in order to help him to gradually acquire the skills needed to perform in a safe, for him and for the patients, setting. Considering the methodological aspects stemming from the theory of adult learning and, in particular, learning from reflection on

fieldwork experiences, the presence of a tutor and the briefing/debriefing methodology were given a central position in the program. Activities, timing, goals, learning opportunities were then specified together with a calendar showing the expert physician to refer to for each work shift. The program, accredited as ECM, was tested and presented for evaluation to the newcomers themselves, to the Head of the Emergency Unit and to the expert colleagues, receiving a positive appraisal. Of high value were considered the list of learning opportunities and the presence of a tutor as coordinator of the process.

LA PIATTAFORMA E-LEARNING DI CGEMS È ORA DISPONIBILE!

Effettui il corso FAD gratuito abbinato al Suo abbonamento per ricevere 10 crediti formativi ECM

Gentile Abbonata/o,

La informiamo che è disponibile la **piattaforma e-learning per svolgere i corsi ECM FAD** a Lei riservati.

Per effettuare i corsi è necessario collegarsi al nostro sito **www.cgems.it** e accedere, previa registrazione gratuita, alla sezione "Myhome".

Se non ricorda i Suoi dati di accesso, può riceverli nuovamente tramite una procedura automatica, cliccando su "Hai dimenticato i tuoi dati di accesso?".

All'interno della Sua Myhome, selezionando sulla barra color oro posta in alto la voce "Formazione - ECM", è possibile visualizzare i corsi a Lei abilitati.

Cliccando sul pulsante "Accedi al Corso", dopo aver inserito gli eventuali dati personali integrativi, utili per la rendicontazione finale, potrà iniziare il percorso formativo.

Il corso è strutturato in lezioni (il materiale didattico era già a disposizione in formato pdf nella Sua Myhome e sulla rivista cartacea - articoli contrassegnati con simbolo **ECM**) al termine delle quali sono presenti i questionari intermedi di valutazione progressiva di apprendimento. I test intermedi sono utili soltanto per verificare il progressivo apprendimento dei discenti, e non ai fini del punteggio finale che al contrario sarà generato a partire dal questionario finale del corso.

Concluso il questionario finale, occorre compilare per ogni corso il *Questionario di Gradimento*. Successivamente sarà reso attivo l'*Attestato Crediti* (se il questionario finale di apprendimento è stato superato) e l'*Attestato di Partecipazione*.

I corsi scadono il 31/12/09. Non si lasci sfuggire la possibilità di ricevere i crediti ECM FAD rispondendo correttamente ad almeno l'80% delle domande a risposta multipla del questionario finale.

Per qualsiasi informazione è a Sua disposizione il **Servizio Assistenza Clienti** all'indirizzo e-mail **cgems.clienti@cgems.it** o al n. **011.37.57.38**.

CG Edizioni Medico Scientifiche srl