



GRUPPO FIPES srl

Piano Formativo Aziendale 2013

GRUPPO FIPES srl è accreditato dalla Commissione Nazionale ECM con numero accreditamento provvisorio n. 48 con validità di 24 mesi a decorrere dal 22/04/2010.

GRUPPO FIPES srl è accreditato dalla Commissione Nazionale ECM a fornire programmi di formazione continua per il profilo professionale TUTTE LE PROFESSIONI ECM.

GRUPPO FIPES srl si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività ECM.

Il presente Piano Formativo Aziendale, in coerenza con le regole generali del sistema ECM, descrive le procedure e gli strumenti per l'identificazione dei bisogni formativi e la progettazione e programmazione delle attività formative utilizzate per l'elaborazione del Piano di Formazione Aziendale 2013 (PFA).

Il Piano Formativo Aziendale 2013 di GRUPPO FIPES srl è stato validato dal Comitato Tecnico Scientifico nella seduta del 25 Settembre 2012.



A) LO STATO DELL'ARTE DEL NUOVO SISTEMA ECM

Dopo la fase di sperimentazione del Sistema di formazione continua in Sanità, conclusa nel 2007, si è avviata una fase transitoria di discussione e confronto fra governo centrale e governi regionali per far progredire il sistema verso nuove regole in grado di migliorarne la fruibilità e di garantire la qualità e l'efficacia della formazione.

La Conferenza Stato Regioni ha sancito due accordi, in data **1 agosto 2007** e **5 novembre 2009**: il primo indica le linee di sviluppo del riordino del Sistema ECM; il secondo delinea le prime indicazioni relative a "Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti".

Mentre a livello nazionale è già in vigore il "Regolamento applicativo dei criteri oggettivi di cui all'Accordo Stato Regioni del 5 Novembre 2009 e per l'accREDITAMENTO" approvato dalla CNFC nella seduta del 13 Gennaio 2010, a livello delle singole regioni devono ancora essere adottati ulteriori documenti per definire criteri attuativi per l'accREDITAMENTO dei Provider e per l'applicazione dei crediti formativi.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC), in occasione della riunione del 26 maggio 2011, nel sottolineare che il sistema di "accREDITAMENTO eventi" cesserà il 30 giugno 2011, ha deciso che lo stesso sistema rimarrà in essere esclusivamente a favore degli organizzatori che hanno validato o valideranno la richiesta di accREDITAMENTO in veste di provider provvisorio nel sistema di "accREDITAMENTO provider".

In data **19 aprile 2012** è stato rilasciato l'accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "il nuovo sistema di formazione continua in medicina – Linee guida per i Manuali di accREDITAMENTO dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011-2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistemi di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti", che ha dato nuovo impulso e dettagliato maggiormente l'impianto che dovrà ottenere l'ECM in futuro, sia sul piano qualitativo, sia sul piano strutturale.

Si riportano di seguito gli elementi innovativi del riordino del Sistema di formazione continua.

Organizzazione istituzionale di governo dell'ECM: la Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) è ora operativa all'interno dell'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali. E' composta da 36 membri, compresi il Presidente nella persona del Ministro della Salute, due Vice Presidenti nelle persone del Coordinatore della Commissione Salute ed il Presidente della FNOMCeO, sette esperti designati dal Ministero della Salute, nonché otto esperti nominati dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Il Comitato di Presidenza della detta Commissione assume funzioni di indirizzo e di coordinamento delle attività delle Sezioni e della Commissione nel suo complesso. La CNFC è supportata nelle sue funzioni da:

- a) una *Consulta Nazionale della Formazione Permanente*, composta dai rappresentanti di tutti gli attori del sistema (Aziende ed istituzioni sanitarie, organizzazioni sindacali delle categorie coinvolte, Società Scientifiche, provider, Associazioni di tutela dei malati);
- b) un *Osservatorio Nazionale della Formazione continua in Sanità* per il monitoraggio delle attività formative;
- c) il *COGEAPS* (Consorzio di gestione anagrafica professioni sanitarie) per la gestione dell'Anagrafe Nazionale dei crediti formativi maturati dagli operatori sanitari;
- d) un *Comitato Tecnico delle Regioni*, con il compito di assicurare l'interazione e la collaborazione tra i livelli istituzionali nazionali e regionali sui contenuti e lo sviluppo della formazione continua.



Accreditamento dei provider: i provider sono i soggetti abilitati ed autorizzati a realizzare attività didattiche in ambito ECM e ad assegnare direttamente crediti ai partecipanti. I provider agiscono sulla base di un sistema di requisiti minimi che garantiscono la coerenza dei piani formativi, la qualità scientifica e andragogica (educazione degli adulti) dei programmi proposti, la trasparenza dei finanziamenti, l'assenza di pubblicità a prodotti sanitari e l'impegno del rispetto delle indicazioni programmatiche nazionali.

Dossier formativo: la formazione continua per essere efficace deve svilupparsi secondo percorsi programmati e finalizzati al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità, le innovazioni e le strategie del sistema sanitario a livello locale, regionale e nazionale. A tal fine, è prevista la predisposizione di un dossier formativo individuale e di gruppo allo studio della apposita Sezione, su base annuale o triennale, la cui coerenza ed adeguatezza sarà valutata per gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dell'Azienda in cui lavorano e per i liberi professionisti dagli Ordini, Collegi ed Associazioni professionali.

Anche se siamo ancora in una fase di sperimentazione, sono stati individuati alcuni punti cardine che è necessario presidiare per la costruzione di Dossier formativi in grado di accogliere, da un lato, le richieste di sviluppo e innovazione espresse dall'organizzazione e, dall'altro, le esigenze di crescita personale e sviluppo professionale. I descrittori basilari individuati sono:

- *programmazione delle attività (fabbisogno formativo, obiettivi formativi, progettazione di attività);*
- *evidenze dell'attività svolta;*
- *valutazione delle attività (coerenza fra quanto programmato e quanto effettuato, valutazione di gradimento e apprendimento, ricaduta sull'organizzazione).*

Nonostante il percorso di riordino del sistema formazione non sia strumentalmente completo, è opportuno introdurre in via sperimentale questo nuovo strumento che, indipendentemente dalla scelta che sarà privilegiata fra Dossier di gruppo (es. di Dipartimento, UO, Programma o percorso, Equipe) o Dossier individuale, dovrà focalizzarsi sulle competenze e responsabilità dei professionisti e delle loro aree di appartenenza. Ciò richiede una attenta formulazione e bilanciamento degli obiettivi formativi.

Obiettivi formativi: i Dossier formativi, di gruppo e/o individuali, dovranno sintetizzare gli obiettivi formativi tesi a consolidare e sviluppare le competenze nelle seguenti aree:

- a) tecnico professionali
- b) organizzativo gestionali
- c) comunicativo - relazionali
- d) miglioramento continuo, innovazione e ricerca.

Ordini professionali: gli ordini professionali rivestono il ruolo di garante della professione e di certificatore della formazione continua. In futuro ogni operatore potrà/dovrà richiedere il proprio status relativo all'ECM al proprio Ordine, che a sua volta si avvarrà della banca dati del COGEAPS per avere un quadro d'insieme completo. Le procedure di certificazione inizieranno verosimilmente nel 2014.

Sponsorizzazione: la sponsorizzazione delle attività e dei piani formativi è stata regolamentata sia a livello nazionale (divieto di organizzare direttamente o indirettamente eventi formativi ECM da parte di soggetti coinvolti nella filiera dalla produzione alla pubblicizzazione di prodotti farmaceutici; autocertificazione sul conflitto di interessi da parte di organizzatori e docenti di attività formative) che regionale (divieto di accreditamento di attività formative finanziate da soggetti appartenenti all'industria farmaceutica; possibilità di ricevere contributi per il finanziamento del Piano di formazione aziendale nel suo complesso).

Il Provider ECM sarà soggetto anche a controlli tesi ad accertare la sua completa indipendenza da soggetti che commercializzano beni e strumenti in favore del SSN. Inoltre, deve fin dal 01 Gennaio 2011 rilevare la percezione dei partecipanti ad iniziative formative circa eventuali influenze di sponsor su contenuti didattici.



CREDITI FORMATIVI ECM

Anche per il 2013 i crediti formativi si acquisiranno partecipando a iniziative formative accreditate per l'ECM. I crediti acquisiti partecipando ad eventi accreditati dal Ministero della Salute o direttamente dalle Regioni hanno lo stesso valore su tutto il territorio nazionale.

La prima fase di attuazione 2002-2007 del Programma nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (durante la quale è stato chiesto ad ogni operatore sanitario l'impegno di acquisire 150 crediti in modo progressivo) si è conclusa il 31 dicembre 2007.

Nella seconda fase 2008-2010 gli Accordi della Conferenza Stato Regioni richiamati sopra hanno confermato che ogni operatore sanitario doveva acquisire 150 crediti formativi nel triennio 2008-2010 secondo la seguente ripartizione: 50 crediti/anno (minimo 25 e massimo 75 per anno) per un totale di 150 nel triennio; nel calcolo dei 150 crediti formativi, potevano essere considerati anche 60 crediti acquisiti in esubero dal 2004 al 2007; almeno 90 dovevano essere "nuovi" crediti.

La Commissione Nazionale ha stabilito in 150 i crediti formativi utili per il triennio 2011/2013, 50 crediti/anno (minimo 25 e massimo 75 per anno).

B) L'ANALISI DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI

Con l'espressione "**analisi bisogni formativi**" si intende la capacità che hanno i professionisti, inseriti in una organizzazione (macro, micro), di evidenziare le problematiche comuni affrontabili anche con gli strumenti della formazione continua e dell'aggiornamento tecnico-scientifico.

Necessita di chiarezza analitica e di capacità prospettica riguardo lo sviluppo professionale e l'evoluzione organizzativa. Inoltre richiede una capacità di dialogo interprofessionale, di confronto e motivazione reciproca in grado di ricomporre i differenti interessi e le giustificabili preoccupazioni.

L'analisi dei fabbisogni formativi deve condurre alla definizione degli obiettivi formativi.

L'obiettivo formativo è la risposta al divario esistente tra abilità, conoscenze e competenze possedute da un soggetto o un gruppo e quelle che dovrebbe possedere per raggiungere standard di prestazioni lavorative riconosciute ottimali dall'Azienda per rispondere adeguatamente ai bisogni di salute della popolazione e ai bisogni di funzionamento dell'organizzazione.

Come indicato sopra l'individuazione degli obiettivi formativi è funzionale alla definizione dei Dossier formativi di gruppo ed è quindi necessario focalizzare l'attenzione alle aree di competenza descritte sopra e indicare con quali percorsi potranno essere raggiunti (interni, esterni o attività di formazione sul campo).

La definizione delle esigenze e degli obiettivi formativi da soddisfare nel 2013 richiede un'attenta analisi del contesto organizzativo interno e di quello esterno di riferimento ed in particolare:

- *la conoscenza del Piano Sanitario Nazionale;*
- *la conoscenza del Piano sociale e sanitario della Regione di riferimento;*
- *le indicazioni derivanti dagli obiettivi Aziendali – Anno 2013: Budget, obiettivi e priorità di Azienda, Unità Operativa, disciplinari, equipe;*
- *gli obiettivi formativi degli anni precedenti con carattere pluriennale;*
- *il turn over del personale (assunzioni programmate, neo assegnazioni, trasferimenti, ...);*
- *le eventuali schede valutazione del personale, le competenze possedute e quelle da sviluppare per il ruolo ricoperto;*
- *i vincoli normativi: crediti ECM da acquisire, formazione di base e retraining in tema di sicurezza da garantire nell'arco di tempo previsto dalla legge, formazione di base e retraining per l'acquisizione o il mantenimento di determinate competenze tecnico professionali, introduzione di nuove norme giuridico amministrative, ...*
- *addestramento all'uso di nuove attrezzature, strumentazioni, apparecchiature, software, programmi applicativi, ...;*



- *esigenze di sviluppo personale e professionale degli operatori.*

E' evidente che le aziende sanitarie si trovano a dover conciliare due esigenze (in termini manageriali due orientamenti e mission) che, a volte, possono essere contrapposte:

- la mission dei professionisti che in una burocrazia professionale si autogovernano e definiscono i propri parametri qualitativi all'interno della comunità professionale di riferimento;
- la mission dell'azienda che deve offrire alla propria comunità i migliori servizi socio-sanitari compatibilmente alle risorse disponibili.

La conciliazione dei due aspetti è ciò che, consapevolmente e non, agiamo tutti i giorni e la formazione è uno dei tanti aspetti del confronto. In una organizzazione sufficientemente buona i bisogni formativi "di lavoro" devono coincidere in parte con gli "obiettivi organizzativi".

C. DESCRIZIONE DEL PERCORSO DI REDAZIONE DEL PFA 2013

Di seguito si descrivono gli step del processo formativo: **dall'analisi dei fabbisogni alla redazione del PFA; dalla realizzazione degli eventi alla loro valutazione; dall'elaborazione dei dati di monitoraggio alla redazione del RAF.**

1. Analisi e rilevazione dei bisogni formativi

- Incontri con le aziende e/o professionisti per la costruzione degli obiettivi formativi di medio-breve periodo fondati sulle esigenze professionali degli operatori (acquisizione, consolidamento e sviluppo delle competenze), sulle esigenze organizzative delle aziende (linee di innovazione, ricerca e sviluppo) e sulla programmazione istituzionale;
- Pianificazione/Programmazione degli obiettivi

Strumenti

Modello 084 scheda rilevazione fabbisogno formativo aziendale

Modello 085 scheda rilevazione fabbisogno formativo individuale

L'analisi del fabbisogno avviene tramite uno o più di questi strumenti:

- colloquio telefonico
- questionario on line in sito Gruppo Fipes
- questionario somministrato individualmente
- visita presso il cliente
- visita presso Fipes

2. Progettazione

- Proposte formative per il 2013
- Verifica e validazione
- Costruzione del catalogo degli eventi coerente con il PFA



Strumenti

MOD 011 per la macroprogettazione e pianificazione 2013:

- Descrizione del problema / del motivo alla base della proposta di intervento formativo;
- Breve descrizione dell'intervento formativo proposto;
- Risultato organizzativo atteso.

MOD 057 058 059 (scheda tecnica FSC_RES_FAD) per la microprogettazione 2013:

- obiettivo formativo;
- acquisizione competenze tecnico-professionali;
- destinatari;
- specialita' destinatari ;
- durata del corso;
- numero crediti ecm;
- numero massimo di partecipanti ammessi;
- programma formativo dettagliato;
- materiale durevole;
- responsabile scientifico e relatori;
- valutazione degli apprendimenti.

VALIDAZIONE SCIENTIFICA

- Validazione del PFA da parte del Comitato Scientifico

Strumenti

- Verbale del Comitato Scientifico e relativo PFA allegato

3. Azione formativa/EROGAZIONE

- Avvio eventi approvati.
- Corretta adozione della procedura di gestione dell'evento (documentazione, ECM, rendicontazione).
- Chiusura

Strumenti

- MOD 011 di pianificazione eventi ;
- MOD 057 058 059 (scheda tecnica FSC_RES_FAD);
- Utilizzo gestionale FLAG ECM
- File Protocollo Commesse per la tracciabilità.

4. Valutazione dei risultati e Monitoraggio

- Valutazioni di gradimento
- Valutazioni apprendimento
- Valutazione di impatto aziendale
- Valutazione rispetto allo sviluppo di eventi svolti rispetto al programmato
- Valutazione delle aree di competenza per gruppo e profilo professionale
- Valutazione di sistema sulla programmazione e realizzazione degli eventi (Comitato Tecnico Scientifico)

Strumenti

Utilizzo gestionale FLAG ECM;

Mod_017 Scheda di valutazione evento RESIDENZIALE;

Mod_017_2 Scheda di valutazione evento FAD;

Mod_019 Scheda di Valutazione Termine Attività Formativa;

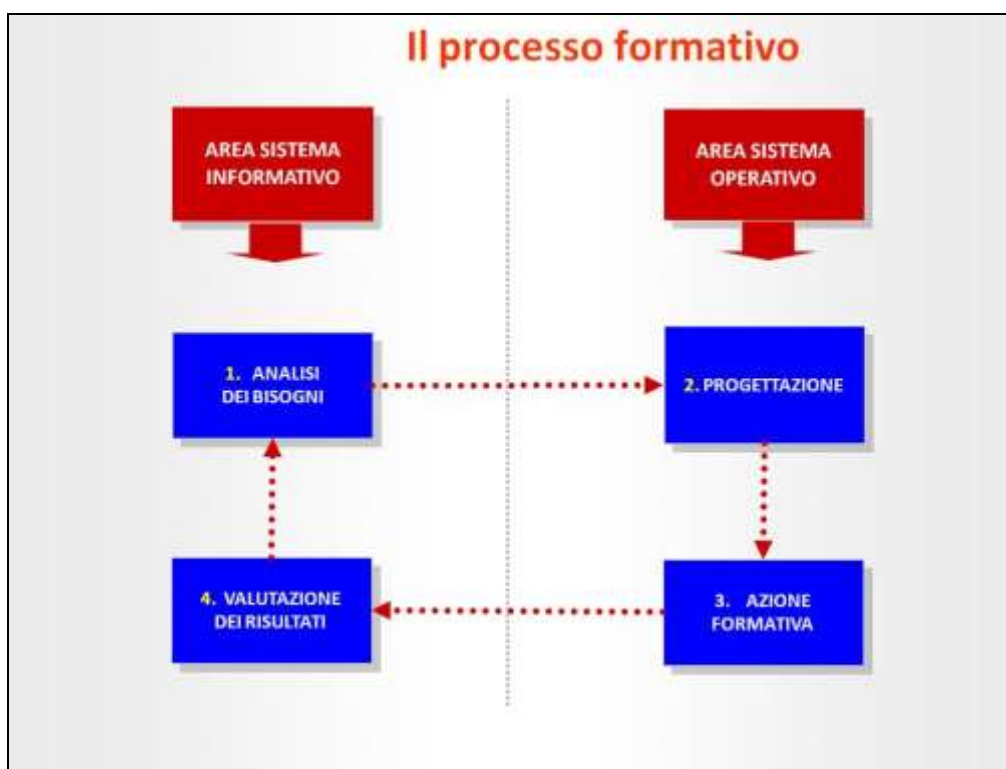
VALIDAZIONE SCIENTIFICA

- Validazione del RAF da parte del Comitato Scientifico

Strumenti

-Verbale del Comitato Scientifico e relativo RAF allegato

D. FLOW CHART DEL PROCESSO FORMATIVO



Di seguito si descrivono le caratteristiche principali del processo formativo:

1. Analisi dei bisogni, che prevede:
 - Una costante attenzione allo sviluppo del contesto e alle competenze dei professionisti
 - Un'analisi dei fabbisogni formativi (costruita in modalità bottom-up) e anche top down laddove l'azienda prevedesse la necessità ...
 - Un'analisi dei fabbisogni di integrazione tra i diversi attori dell'organizzazione
 - Un'analisi del contesto professionale, organizzativo e istituzionale.



2. Progettazione e gestione, che viene indirizzata verso:
 - L'adozione di procedure compatibili con i criteri di accreditamento del provider
 - La responsabilizzazione delle aziende e dei professionisti rispetto alle proposte e alla gestione scientifica ed operativa degli eventi
 - L'adozione di un'ottica strategica di progettazione degli interventi con forte collegamento fra i vari sottosistemi (Formazione – Gestione del personale – Pianificazione strategica)
 - La ridefinizione dell'assetto organizzativo (funzioni centrali e periferiche con innovazione di ruoli e mission)
3. Sviluppo dell'azione formativa, con una precisa attenzione:
 - All'individuazione dei responsabili scientifici degli eventi
 - Allo sviluppo del ruolo dei tutor
 - All'adozione di corrette e adeguate procedure la gestione dell'evento formativo
 - All'utilizzo delle tipologie formative più appropriate rispetto al target e al contesto (Formazione residenziale, Formazione sul campo, FAD)
 - Alla scelta di docenti di provata professionalità ed esperienza sui temi specifici da trattare.
4. Valutazione dei risultati, che si articola attraverso:
 - Valutazioni di gradimento (intesa in forma estensiva non solo rispetto al singolo evento ma anche rispetto ai singoli docenti/formatori)
 - Valutazioni di apprendimento (intesa in termini di acquisizione di nuove conoscenze, sviluppo di competenze, cambiamento di comportamenti, adeguatezza alle proprie esigenze)
 - Valutazioni sull'efficacia e sull'efficienza della formazione
 - Approfondimenti circa la relazione tra apprendimento individuale e cambiamento organizzativo.
 - Feed back all'azienda committente circa i risultati ottenuti ed il gradimento dei partecipanti.

E. IL COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

COMPITI

Il **Comitato Scientifico** provvede alla rispondenza della qualità scientifica e del contenuto formativo dei programmi formativi aziendali e dei singoli corsi programmati; Progetta interventi formativi di area strategica; Valuta l'efficacia dell'attività formativa anche mediante l'analisi dei risultati ottenuti (benefici attesi – benefici ottenuti); Valuta per l'accreditamento ECM i corsi progettati e attribuisce una pesatura di crediti ECM da assegnare ai progetti e ai corsi sulla base delle indicazioni nazionali e regionali.

POLITICA DEL COMITATO TECNICO SCIENTIFICO :Contesto settoriale e di sistema all'intervento formativo

Premesso che una corretta individuazione dei fabbisogni formativi risponde alla crescente esigenza di assicurare un'elevata qualità della formazione, nella redazione del presente piano formativo, l'analisi dei fabbisogni ha rappresentato più che un elemento propedeutico alla progettazione e alla prassi formativa, un loro elemento intrinseco, se non addirittura il fattore-chiave. Le motivazioni che hanno spinto a procedere in tal senso stanno nel fatto che l'attuale società post-moderna è contraddistinta da una forte compresenza



di differenze sociali e dalla possibilità, per gli individui, di esperire un pluralismo di identità e di appartenenze.

Gli individui stessi, in virtù di un'ampia e diffusa crescita di soggettività appaiono maggiormente in grado di (o comunque maggiormente intenzionati a) elaborare proprie modalità di risposta, anche molto diversificate, alle regole, ai vincoli, alle opportunità con le quali si trovano a confrontarsi ai vari livelli e, si potrebbe dire, ad ampio spettro. E ciò vale a maggior ragione nel nuovo contesto del mercato del lavoro, in cui tende a decrescere la possibilità per gli individui di fare un riferimento stabile a specifiche realtà organizzative e professionali, mentre aumenta, anche drammaticamente, la necessità di elaborare continuamente proprie forme di crescita personale e di adattamento a una realtà lavorativa in continuo cambiamento.

Il fabbisogno formativo è da intendersi come un'entità dinamica, dotata di una sua reale esistenza e consistenza di natura sociale, legata alla posta in gioco dell'inclusione o, al contrario, dell'esclusione sociale. In questo senso, il fabbisogno formativo è rappresentato da un insieme di rischio per gli attori che la formazione è chiamata a gestire. In effetti, le risorse umane, nel quadro dei cambiamenti ai quali si è fatto cenno sopra e della continua necessità di possedere conoscenze e competenze adeguate, si trovano costantemente di fronte al concreto pericolo dell'esclusione sociale e dunque in una situazione di sofferenza e di incertezza.

Le aree di rischio che tendono a essere ricorrenti, e che, attraverso la loro analisi, possono fungere da "catalizzatori", aiutando ad anticipare e a prevedere, ma anche a far emergere e a formalizzare, i fabbisogni formativi, riguardano:

- la conoscenza (il confronto con la dimensione della conoscenza, a vari livelli);
- la realtà (il contatto diretto con la realtà);
- la responsabilità (l'esercizio di responsabilità e di spirito di iniziativa);
- la decisionalità (il decision-making e il confronto con i dilemmi-chiave della vita lavorativa);
- i linguaggi (la padronanza di linguaggi che consentono di partecipare alle dinamiche comunicative, relazionali e operative dei diversi contesti professionali);
- il capitale sociale (la consapevolezza del ruolo che può avere una rete di relazioni fiduciarie; la sua eventuale creazione e la sua cura; il peso dei cosiddetti "legami deboli");
- l'organizzazione (la comprensione e la gestione delle dinamiche organizzative);
- l'identità professionale (il rinnovamento e il rafforzamento dei saperi specializzati e delle relative pratiche);
- l'esperienza lavorativa (la pratica del lavoro).



Il confronto con la proprietà su queste aree di rischio ha rappresentato una sorta di background che ha consentito di collegare l'analisi dei fabbisogni e la progettazione formativa, favorendo anche modalità di co-progettazione tra gli attori coinvolti nella stesura del piano formativo. Il processo di progettazione è dunque diventato il luogo all'interno del quale, come in una situazione sperimentale di laboratorio, si sono potute rendere massimamente visibili i fenomeni che costituiscono l'oggetto di interesse dell'analisi dei fabbisogni formativi.

Poiché si possono identificare vari approcci all'attività formativa, - quello per cui la formazione è tesa a garantire (si potrebbe dire, in un quadro "funzionalistico") determinate prestazioni professionali in specifici contesti lavorativi, -quello per cui la formazione deve mirare all'accrescimento del potenziale professionale degli individui, -quello, infine, che considera la formazione nella prospettiva dello sviluppo complessivo della persona, dall'analisi realizzata, si è giunti ad una proposta che prevede un piano di formazione integrata. Abbiamo ritenuto opportuno infatti considerare in un contesto unitario tutti e tre i tipi di approccio alla formazione, nella consapevolezza che nessuno di essi sia in grado, da solo, di rispondere alle esigenze formative degli individui all'interno del quadro, estremamente dinamico, che si è precedentemente illustrato.

La formazione continua rappresenta una leva importante per lo sviluppo della qualità dei servizi al cittadino:comprende attività finalizzate ad adeguare le competenze, le abilità clinico-tecniche e i comportamenti di ciascun operatore al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia,appropriatezza,sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal SSN.

La formazione individuata nel piano intende adottare un approccio di tipo *bottom up*,o misto . connotandosi come ricerca di soluzioni a criticità esplicite,implicite o latenti e come desiderio di sviluppo dell'organizzazione a tutti i livelli.

Nel presente piano,intendiamo rispondere ai seguenti fabbisogni formativi e di far crescere il sistema salute:

- **L'IN/FORMAZIONE IN MATERIA DI SICUREZZA**,che non costituisce solo un obbligo legislativo da parte del datore di lavoro,ma rappresenta una necessità per ciascun operatore,affinché assuma atteggiamenti adeguati per tutelare la propria e altrui salute;(*Accordo Conferenza Stato Regioni del 21 dicembre 2011*)
- **BUONE PRATICHE E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE ANCHE IN RIFERIMENTO AL DECRETO "BALDUZZI"**(D.L. 158/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più livello di tutela della salute. C. 5440/A-R .)

- **LE RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE AL SERVIZIO DI UNA PRATICA SICURA PER I PAZIENTI E PER I PROFESSIONISTI;** Si rende necessario un intervento mirato per diminuire gli eventi avversi segnalati attraverso gli incident reporting (*Dossier 83/2006 Regione Emilia Romagna*) e sollecitare l'approfondimento e lo studio delle Raccomandazioni volte a ridurre il rischio di commettere errori nella pratica clinico assistenziale. **Si elencano le principali Raccomandazioni da trattare:**

[Raccomandazione n. 1 - Marzo 2008](#)

- Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio
- Sintesi e bundle care di buone pratiche

[Raccomandazione n. 2 - Marzo 2008](#)

- Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- Sintesi e bundle care di buone pratiche

[Raccomandazione n. 3 - Marzo 2008](#)

- Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
- Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura
- Le Checklist

[Raccomandazione n. 4 - Marzo 2008](#)

- Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
- Sintesi e bundle care di buone pratiche

[Raccomandazione n°7 - Marzo 2008](#)

- Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Sintesi e bundle care di buone pratiche

[Raccomandazione n°8 - Novembre 2007](#)

- Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
- Sintesi e bundle care di buone pratiche

[Raccomandazione n°11 - Gennaio 2010](#)

- Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto
- Sintesi e bundle care di buone pratiche

[Raccomandazione n°12 - 1 Agosto 2010](#)

- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"
- Sintesi e bundle care di buone pratiche

[Raccomandazione n°13 - Novembre 2011](#)

- Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
- Sintesi e bundle care di buone pratiche

GOVERNO CLINICO-ASSISTENZIALE :

"Strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono **responsabili** del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale " :

- caratterizzato da partecipazione, responsabilizzazione dei ruoli professionali, nonché condivisione multidisciplinare. Un *team work* efficace è reso possibile solo attraverso processi interni volti alla qualità delle relazioni e la valorizzazione di tutte le professionalità presenti;

Normativa di riferimento in tema di linee guida :



Legge 27.12.2006 n° 296 (Legge finanziaria 2007) - G.U. 27.12.2006

Articolo 1, comma 796, lettera m)

"All'articolo 1, comma 28, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sono apportate le seguenti modificazioni:

1. il secondo periodo e' sostituito dal seguente: "i percorsi diagnostico-terapeutici sono costituiti dalle linee-guida di cui all'articolo 1, comma 283, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, nonché da percorsi definiti ed adeguati periodicamente con decreto del Ministro della Salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del comitato strategico del Sistema nazionale linee-guida, di cui al decreto del Ministro della Salute 30 giugno 2004, integrato da un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri";
2. al terzo periodo, le parole:"Il Ministro della Sanità" sono sostituite dalle seguenti: "il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze," e dopo le parole: "di Trento e di Bolzano,“ sono inserite le seguenti: "entro il 31 marzo 2007,""

Patto per la Salute - punto 4.4

Linee guida e protocolli diagnostici

"Sono sviluppate nuove ulteriori iniziative volte a favorire la definizione e la diffusione di linee guida e di protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura".

D.P.R. 7 aprile 2006 (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008)

La promozione di linee guida: il sistema nazionale Linee Guida

Con il decreto del Ministro della Salute 30 giugno 2004 è stato istituito il Sistema nazionale linee guida (SNLG) a cui partecipano le istituzioni centrali, le Regioni e le società scientifiche. Il SNLG definisce priorità condivise privilegiando le tematiche associate in primo luogo a variabilità nella pratica clinica, liste d'attesa significative, appropriatezza diagnostico-terapeutica, obiettivi individuati dal Piano sanitario nazionale. Il Sistema nazionale linee guida riconosce il ruolo delle linee guida nell'aggiornamento professionale e nella formazione continua e promuove un sito web di aggiornamento professionale dedicato che possa consentire l'acquisizione di crediti ECM. La necessità di istituire il SNLG è nata dalla consapevolezza sempre più presente della necessità di erogare cure di buona qualità ed evidence based in un contesto di risorse limitato. In questo contesto assumono particolare rilevanza le Linee Guida (LG), i Protocolli Diagnostico Terapeutici ed i Percorsi di Cura, strumenti che, nel loro insieme, rappresentano l'elaborazione sistematica di indicazioni basate sulle evidenze disponibili, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio di appropriatezza, con l'obiettivo di assistere i clinici ed i pazienti nel prendere decisioni, migliorare la qualità delle cure sanitarie e ridurre la variabilità nella pratica clinica e negli outcomes. Una delle vie per incoraggiare l'aderenza alle LG è quello di inserire le raccomandazioni e gli standards nella cartella clinica: il sistema delle "care pathways" prevede di incorporare le LG nelle cartelle cliniche in maniera che agiscono come suggerimento immediato per il clinico. La verifica del grado di adesione delle LG ritenute importanti per raggiungere i migliori esiti è un processo di valutazione di qualità che lega la pratica clinica agli outcomes, anche tramite l'adeguamento dei sistemi informativi ed il raggiungimento di consenso su come misurare la qualità delle cure.



Legge 23 dicembre 2005, n. 266

Articolo 1, comma 283

Con decreto del Ministro della salute, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è istituita la Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale.

Con detto decreto del Ministro della salute è fissata la composizione della Commissione, che comprende la partecipazione di esperti in medicina generale, assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, di rappresentanti del Ministero della salute, di rappresentanti designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e di un rappresentante del Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti.

Le linee-guida sono adottate con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro centoventi giorni dalla costituzione della Commissione.

Alla Commissione è altresì affidato il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dal comma 284. Ai componenti della Commissione spetta il solo trattamento di missione.

A tal fine è autorizzata la spesa annua di 100.000 euro a decorrere dall'anno 2006.

D.M. 30 giugno 2004

Il Decreto del Ministro della Salute istituisce il Sistema nazionale linee-guida, ne articola l'organizzazione ed attribuisce i compiti svolti da diversi enti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale

D.Lgs 229/99

Articolo 1, comma 10, lettera h

"Il piano sanitario nazionale indica: le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza".

PSN 1998-2000

Parte II: Le strategie per il cambiamento - Le garanzie del S.S.N.

Programma Nazionale per le Linee Guida

"E' obiettivo del Piano sanitario nazionale 1998-2000 avviare un Programma nazionale per l'elaborazione, la diffusione e la valutazione di Linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici. Lo sviluppo delle Linee guida rappresenta un processo complesso, dal punto di vista organizzativo e metodologico, che richiede competenze tecniche e risorse adeguate, secondo un approccio finalizzato a:

selezionare le condizioni cliniche e gli interventi sanitari secondo criteri espliciti di priorità;

interessare tutti i potenziali destinatari, operatori sanitari, cittadini e amministratori, nella fase di elaborazione e in quelle di diffusione e valutazione;

articolarsi in diverse fasi, alla cui realizzazione concorrono diversi soggetti e livelli di responsabilità del Ssn:

- l'elaborazione secondo precisi requisiti metodologici relativi alla raccolta e all'analisi delle evidenze scientifiche disponibili e alla loro successiva utilizzazione per la costruzione della linea guida;
- la diffusione secondo modalità che ne permettano la massima accessibilità da parte di tutti i soggetti interessati;
- l'adozione nella pratica assistenziale;
- la verifica di impatto sulla qualità e sui costi dell'assistenza, anche ai fini del tempestivo aggiornamento e della revisione delle Linee guida".

Le Priorità

"Condizioni, procedure e programmi di intervento saranno selezionati in base ai seguenti criteri di priorità:

frequenza nella popolazione generale o in sottogruppi significativi di popolazione;
costi, diretti e indiretti, della condizione, della procedura o del programma di intervento;
variabilità nell'accesso ai servizi, nelle modalità di assistenza e/o nei risultati finali;
fattibilità pratica in ragione delle informazioni disponibili;
rilevanza rispetto a programmi nazionali e regionali che perseguano obiettivi di salute e di innovazione delle forme di assistenza.

Particolare attenzione dovrà, inoltre, essere prestata alla preventiva verifica della efficacia, della economicità e della appropriatezza nell'impiego di prestazioni e/o di modalità di assistenza innovative".

Le prime dieci linee guida

"Anche avvalendosi delle esperienze nazionali ed internazionali attualmente disponibili, entro il primo anno di attuazione del Psn saranno definite le Linee guida per almeno 10 fra le seguenti condizioni cliniche, interventi e programmi di intervento selezionati secondo i criteri su indicati:

- ✓ diagnosi precoce e trattamento delle ipercolesterolemie;
- ✓ mal di schiena;
- ✓ broncopolmonite;
- ✓ asma bronchiale;
- ✓ ulcera peptica;
- ✓ gravidanza fisiologica;
- ✓ ipertensione arteriosa;
- ✓ angina pectoris;
- ✓ neoplasie della mammella
- ✓ neoplasie della cervice uterina;
- ✓ vaccinazione antinfluenzale;
- ✓ profilassi antibiotica in chirurgia;
- ✓ diagnostica preoperatoria.



Specifica priorità deve essere data alla elaborazione di Linee guida che definiscano le indicazioni cliniche relative alle prestazioni erogabili a livello ambulatoriale ed in regime di ricovero diurno, con particolare riferimento agli interventi chirurgici elettivi per liberazione del tunnel carpale, legatura o asportazione di vene degli arti inferiori, cataratta, ernia inguinale, colecistectomia. Alta priorità dovrà essere riservata alle Linee guida la cui applicazione è in grado di assicurare una diminuzione dei costi complessivi a carico del Ssn".

Legge 449/97 (Legge finanziaria 1998)

Articolo 32, comma 9

"Le regioni, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano l'attività di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse. In particolare: ... b) le aziende unità sanitarie locali esercitano funzioni di indirizzo e coordinamento delle attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta supportando i sanitari nell'individuazione di linee di intervento appropriate al fine di ottenere il migliore rapporto costo-beneficio tra le opzioni eventualmente disponibili e fornendo indicazioni per l'uniforme applicazione in ambito locale dei percorsi diagnostici e terapeutici di cui all'articolo 1 comma 28, della legge 23 dicembre 1996 n. 662, che sono adottati dal Ministro della salute entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, a partire dalle più comuni patologie cronicodegenerative. Il Ministro della salute riferisce al Parlamento sull'adozione dei percorsi diagnostici e terapeutici nell'ambito della Relazione sullo stato sanitario del Paese, di cui all'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni."

Legge 23 dicembre 1996 n. 662 - "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" (Legge finanziaria 1997)

Testo aggiornato dell'articolo 1, comma 28, con modifiche ed integrazioni ivi compresa la legge 27.12.2006 n° 296 (finanziaria 2007)

"Allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio delle gestioni, i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformano le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici, cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa. I percorsi diagnostico-terapeutici sono costituiti dalle linee-guida di cui all'articolo 1, comma 283, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, nonché da percorsi definiti ed adeguati periodicamente con decreto del ministro della salute, previa intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di trento e di bolzano, su proposta del comitato strategico del sistema nazionale linee-guida, di cui al decreto del ministro della salute 30 giugno 2004, integrato da un rappresentante della federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Il Ministro della Salute stabilisce, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 marzo 2007 gli indirizzi per l'uniforme applicazione dei percorsi stessi in ambito locale e le misure da adottare in caso di mancato rispetto dei protocolli medesimi, ivi comprese le sanzioni a carico del sanitario che si discosti dal percorso diagnostico senza giustificati motivi".



RISULTATI ATTESI

In senso generale gli impatti attesi riguarderanno: una maggiore conoscenza del contesto Sanitario da parte dei professionisti; lo sviluppo di specifiche capacità tecnico-operative e relazionali; un cambiamento della vita professionale; un aumento del senso di responsabilità (anche sul versante etico).

La coerenza attesa dal piano formativo con i risultati dell'analisi di contesto e dei fabbisogni formativi, prevede un impatto su due livelli diversi:

1. impatto sulle procedure lavorative, ovvero una standardizzazione delle prassi di lavoro corredate dalle pratiche raccomandate ovvero dalle Best Practice , riconducibili a determinati indicatori verificabili in qualsiasi momento;
2. impatto sulla competenza operativa e relazionale, ovvero un miglioramento della qualità delle prestazione e rapporto con i clienti/pazienti.

DESCRIZIONE DELL'IMPIANTO FORMATIVO COMPLESSIVO

Il Piano Formativo, articolato , prevede un percorso di crescita del servizio offerto, in un'ottica di sostegno all'adeguamento delle competenze dei singoli operatori, di aggiornamento continuo e di sviluppo personale e professionale.

L'implementazione di *best practies* applicata ad ogni attività, procedura o comportamento riguardante i percorsi assistenziali, basata su standard di qualità e sicurezza, necessiterà di indicatori specifici, da monitorare nel tempo e per i quali sarà necessario un costante aggiornamento.

Al fine di garantire l'efficacia di questo piano formativo, sarà necessario fondare la formazione su tre principi fondamentali: la partecipazione, la responsabilizzazione e la condivisione multidisciplinare.

Questi tre aspetti operativi potranno essere implementati mediante un costante monitoraggio delle *performance*, l'utilizzo efficiente delle risorse, la diffusione di buone pratiche e lo sviluppo professionale.

Saranno pertanto realizzate attività formative mirate a:

- aggiornamento di competenze specifiche, sia di tipo gestionali ed organizzative (ad esempio, in merito alla gestione della Qualità e al mantenimento dei requisiti di Accredimento), sia di tipo relazionali (comunicazione interpersonale, verbale e non, all'interno dell'equipe e all'esterno con gli utenti/familiari), sia di tipo tecnico-operativo (la responsabilità professionale e *governance* clinico assistenziale);
- acquisizione di conoscenze e abilità relative alla salute e sicurezza degli operatori e dei Pazienti/utenti.



PRIORITA' FORMATIVE

Il **COMITATO TECNICO SCIENTIFICO di GRUPPO FIPES** definisce che per il 2013 sono da considerare prioritari i seguenti ambiti tematici:

- Linee guida, procedure, istruzioni operative, check list, documentazione clinica
- Percorsi clinico – assistenziali / diagnostici / riabilitativi - profili di assistenza – profili di cura
- Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità
- La sicurezza del paziente : ovvero la riduzione della probabilità di commettere errori nell'ambito di quei processi che a livello internazionale sono identificati come a rischio maggiore;
- Aspetti relazionali (Comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure
- Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate
- I contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica

VERIFICHE

Il Comitato Scientifico in ottemperanza al "Regolamento applicativo dei criteri di cui all'Accordo Stato Regioni del 5 novembre 2009 e per l'accreditamento", Accordo del 19 aprile 2012 ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e "ai "Criteri per l'assegnazione di crediti alle attività ECM", verificherà le proposte formative prendendo in esame prioritariamente:

1. l'effettiva congruenza tra proposta formativa ed obiettivi nazionali, regionali ed aziendali dichiarati;
2. la congruità delle proposte rispetto a temi specifici che riguardano più aree aziendali: in caso di eventi significativi sullo stesso tema sviluppati da diverse articolazioni si chiederà di sviluppare una progettazione comune integrata. A maggior ragione la stessa congruità andrà ricercata all'interno di una stessa Disciplina: anziché individuare vari eventi apparentemente scollegati su uno stesso argomento si dovrà privilegiare la formulazione di un progetto complessivo.
3. trasferibilità delle iniziative e congruenza dei contenuti degli eventi: la formulazione di eventi nelle varie articolazioni su temi di interesse aziendale e specifici deve trovare una progettazione comune (soprattutto sui contenuti) anche se sviluppata in più edizioni.
4. contenuti innovativi delle proposte: il Comitato Scientifico potrà chiedere chiarimenti rispetto a proposte formative reiterate negli anni con gli stessi contenuti formativi e privilegiare contenuti informativi innovativi.
5. esigenze comuni a varie articolazioni: per temi di particolare interesse che hanno una forte dimensione trasversale (non connessi all'area delle competenze tecnico professionali specifiche) il Comitato Scientifico potrà decidere di allocare l'evento proposto a livello inter-aziendale per garantirne uno sviluppo omogeneo ed integrato.
6. congruenza tra eventi e costi in relazione alla tipologia formativa scelta.
7. il Comitato provvede alla validazione scientifica del PFA e del RFA.



F) MAPPATURA ATTIVITA' FORMATIVE PFA 2013

Il PFA 2013 riporta **il riferimento agli obiettivi** sulla base delle priorità contenute nell'Accordo Stato Regioni del 5 novembre 2009 e Accordo del 19 aprile 2012 ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281

L'Accordo Stato Regioni del 5 novembre 2009 definisce 29 aree di riferimento per l'accreditamento ECM lasciando alla Programmazione nazionale, regionale e aziendale l'individuazione delle priorità, pur evidenziandone alcune come di particolare rilievo per il SSN e il SSR.

Si individuano pertanto diverse tematiche o ambiti di attività prioritari in cui la formazione assume un ruolo rilevante per il prossimo anno e che sono riconducibili alle 29 aree di riferimento segnalate con Accordo del 5 novembre 2009 e Accordo del 19 aprile 2012 ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281

Per facilitare il riferimento alle priorità contenute nell'Accordo Stato Regioni nella tabella riportata di seguito evidenziamo le Aree tematiche e la relativa corrispondenza alle priorità definite in ambito nazionale.

TAVOLA SINOTTICA AREE TEMATICHE – PRIORITA'

Aree tematiche aziendali	Priorità contenute nell'Accordo Stato Regioni del 5.11.2009
<ul style="list-style-type: none"> • I PRINCIPI DI DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE NELLA PREVENZIONE delle INFEZIONI ASSOCIATE alle PRATICHE CLINICHE ed ASSISTENZIALI : RISCHI, PREVENZIONE, RESPONSABILITÀ, E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO E L'ANTIBIOTICOPROFILASSI PERIOPERATORIA, INFEZIONI da CATETERE VESCICALE, INFEZIONI del CATETERE VENOSO CENTRALE, INFEZIONI DEL CATETERE VENOSO PERIFERICO, INFEZIONI DELLE VIE RESPIRATORIE • LE RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE AL SERVIZIO DI UNA PRATICA SICURA PER I PAZIENTI E PER I PROFESSIONISTI (<u>FAD</u>) 	<p>1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'EBP (EBM – EBN – EBP)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • RISK MANAGEMENT IN SANITÀ: - LE CADUTE NEL SETTING DI CURA - LA GESTIONE DEL PAZIENTE AGGRESSIVO • GESTIONE DEI FARMACI E DEI PRESIDI: CHI DEVE FARE CHE COSA ? DALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI ALLE LINEE GUIDA REGIONALI: FONDAMENTI PER L'ELABORAZIONE DELLA PROCEDURA RELATIVA ALLA GESTIONE DEI FARMACI • LE RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO: LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE (RACC. N.4-MARZO2008) • LE RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO LA PREVENZIONE DELLA VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI (RACC. N.8-NOVEMBRE 2007) • LE RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO : Pratiche sicure in sala operatoria , le check list • LE GESTIONE DEL DOLORE ACUTO E CRONICO 	<p>2. Linee guida, procedure, istruzioni operative, documentazione clinica</p>

<ul style="list-style-type: none"> • METACOGNIZIONE E DEFICIT INTELLETTIVI: SUPERVISIONI PSICOEDUCATIVE (FSC) • RIUNIONI DI STAFF PER LA DISCUSSIONE CASI CLINICI (FSC) • RIUNIONI DI STAFF PER LA REVISIONE PROCEDURE E PROTOCOLLI (FSC) • INCONTRI DI FORMAZIONE COMITATO CIO (CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE) (FSC) • PREVENZIONE DELLE CADUTE NEL SETTING DI CURA • PREVENIRE E CURARE LE LESIONI DA DECUBITO • COMITATO CIO E LEGIONELLOSI (FSC) 	<p>3. Percorsi clinico – assistenziali / diagnostici / riabilitativi - profili di assistenza – profili di cura</p>
<ul style="list-style-type: none"> • DALL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE ALL'UMANIZZAZIONE DEI SERVIZI 	<p>4. Appropriately prestazioni sanitarie nei LEA. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia</p>
<ul style="list-style-type: none"> • LA GESTIONE DEL GOVERNO CLINICO IN AMBITO SANITARIO • LINEE GUIDA MINISTERIALI PER GESTIRE E COMUNICARE GLI EVENTI AVVERSI CHE POSSONO ACCADERE IN SANITA': COMUNICAZIONE TRASPARENTE E PRUDENTE (FAD) 	<p>5. Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie</p>
<ul style="list-style-type: none"> • APPROCCIO INTEGRATO PER MIGLIORARE LA GESTIONE DEL RISCHIO E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI • RESPONSABILITA' LEGALE RELATIVA ALLA GESTIONE DEL RISCHIO E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI. I PROFESSIONISTI SANITARI ATTORI DEL GOVERNO CLINICO (FAD) 	<p>6. La sicurezza del paziente</p>
<ul style="list-style-type: none"> • CORSO PRIVACY IN AMBITO SANITARIO • LA PRIVACY IN AMBITO SANITARIO, GLI OBBLIGHI E LE RESPONSABILITA' (FAD) 	<p>7. La comunicazione efficace, la privacy ed il consenso informato</p>
<ul style="list-style-type: none"> • BUONE PRASSI DELLE PATOLOGIE INTERNISTICHE PIU' FREQUENTI: LO SPECIALISTA INCONTRA IL MEDICO DI BASE. 	<p>8. Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale</p>
<p><u>Non richiesto</u></p>	<p>9. Integrazione fra assistenza territoriale ed ospedaliera</p>
<p><u>Non richiesto</u></p>	<p>10. Epidemiologia, Prevenzione e promozione della salute</p>
<ul style="list-style-type: none"> • GOVERNANCE: ORGANIZZAZIONE INFERMIERISTICA; RIUNIONI DI STAFF (FSC) • CLINICAL RISK MANAGEMENT (FSC) 	<p>11. Management sanitario – Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali</p>
<ul style="list-style-type: none"> • LA GESTIONE DEI CONFLITTI TRA EQUIPE E FAMILIARI • CORSO DI COMUNICAZIONE: GALATEO AZIENDALE IN AMBITO SANITARIO, UN PERCORSO TRA ETICA ED ETICHETTA • STAFF IN PROGRESS:MIGLIORARE LA QUALITA' DI VITA DELL'OSPITE E LA RELAZIONE CON I FAMILIARI 	<p>Aspetti relazionali (Comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure</p>
<ul style="list-style-type: none"> • COMUNICAZIONE SOCIALE: PIANO PER LO SVILUPPO DELLA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE 	<p>13. Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programma nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute</p>
<ul style="list-style-type: none"> • QUALITA' E ACCREDITAMENTO REVISIONE PROCEDURE E PROTOCOLLI INTERNI 	<p>14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità</p>

<ul style="list-style-type: none"> • QUALITÀ E ACCREDITAMENTO (RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI , REGIONALI E DOCUMENTAZIONE AZIENDALE STRATEGICA) • CRM : LA SICUREZZA NEL PERCORSO STANDARD DEL PAZIENTE CHIRURGICO • VALUTAZIONE DEL RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI, PROCESSI, PRODOTTI: IL RIESAME DELLA DIREZIONE • SIG: SISTEMI DI GESTIONE INTEGRATO QUALITA' E SICUREZZA" • IL SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO:QUALITA' ED ACCREDITAMENTO IN AMBITO SOCIO-SANITARIO.REVISIONE DI PROCEDURE,PROTOCOLLI ED ISTRUZIONI OPERATIVE • QUALITÀ E ACCREDITAMENTO: REVISIONE DELLE PROCEDURE E PROTOCOLLI OPERATIVI 	
<p><u>Non richiesto</u></p>	<p>15. Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria</p>
<ul style="list-style-type: none"> • MALPRACTICE:LE RESPONSABILITA' DEI PROFESSIONISTI SANITARI 	<p>16. Etica, bioetica e deontologia</p>
<ul style="list-style-type: none"> • INFORMATIZZAZIONE AZIENDALE (AMMINISTRATIVA: CONTROLLO DI GESTIONE) 	<p>17. Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materiale sanitaria: i principi etici e civili del SSN</p>
<ul style="list-style-type: none"> • BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION (ILCOR) • BLS D R • POTENZIAMENTO PROPRIOCETTIVO • COXALGIA. APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE: ORTOPEDICO, FISIATRICO, REUMATOLOGICO, NUTRIZIONALE, TERAPIA DEL DOLORE, FISIOTERAPICO, OSTEOPATICO, POSTURALE • ALS:TECNICHE DI RIANIMAZIONE AVANZATA • PEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION • DALL'OSSIGENOTERAPIA ALLA VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA: CORSO TEORICO PRATICO SULLA GESTIONE E UTILIZZO DELLE APPARECCHIATURE E RELATIVI DISPOSITIVI • IL NUOVO MODELLO ICF SUL FUNZIONAMENTO DELLA SALUTE DELLE PERSONE DISABILI 	<p>18. Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica</p>
<p><u>Non richiesto</u></p>	<p>19. Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà</p>
<p><u>Non richiesto</u></p>	<p>20. Tematiche speciali del SSN e SSR a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione Nazionale Ecm per far fronte a specifiche emergenze sanitarie</p>
<ul style="list-style-type: none"> • SE NON PIANGO È MEGLIO: COME ALLEVIARE IL DOLORE DA PROCEDURA • LA GESTIONE DEL DOLORE IN AMBITO SOCIO-SANITARIO: UTILIZZO E CONTROINDICAZIONI DI OPPIACEI E FANS 	<p>21. Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione</p>
<ul style="list-style-type: none"> • COME RELAZIONARSI CON PAZIENTI CON DISTURBI COGNITIVI 	<p>22. Fragilità (minori, anziani, tossico-dipendenti, salute mentale): tutela degli aspetti assistenziali e socio assistenziali</p>

<p><u>Non richiesto</u></p>	<p>23. Sicurezza alimentare e/o patologie correlate</p>
<ul style="list-style-type: none"> • TECNICHE INNOVATIVE APPLICATE ALL'ANESTESIOLOGIA SPECIALISTICA VETERINARIA 	<p>24. Sanità veterinaria</p>
<p><u>Non richiesto</u></p>	<p>25. Farmacoepidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza</p>
<ul style="list-style-type: none"> • LE RESPONSABILITÀ PENALI DEL RSPP 	<p>26. Sicurezza ambientale e/o patologie correlate</p>
<ul style="list-style-type: none"> • IL PIANO D'EMERGENZA AZIENDALE: PROVE DI EVACUAZIONE • CORSO DI FORMAZIONE PER LAVORATORI: D.LGS 81/08 E SICUREZZA SUL LAVORO RISCHI SPECIFICI (ALTO RISCHIO PER L'AMBITO SOCIO-SANITARIO) • RUOLO E RESPONSABILITA' DEL PREPOSTO • L'OSSERVATORIO DEGLI INFORTUNI E LA PRATICA DEL RETURN ON EVENT (ROE) • IL SISTEMA DI VIGILANZA E CONTROLLO: GESTIONE E PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI E DEL RAPPORTO CON GLI ORGANI DI VIGILANZA ESTERNI • LE BUONE PRASSI: INTRODUZIONE ALLA BEHAVIOR BASED SAFETY (BBS) • CORSO DI AGGIORNAMENTO DELLA FORMAZIONE DEI LAVORATORI: EVOLUZIONI E INNOVAZIONI NELL'AMBITO SOCIOSANITARIO (CST 21/12/2011 E ART. 37 D.LGS 81/08) (<u>FAD</u>) • CORSO DI FORMAZIONE PER LAVORATORI IN AMBITO SOCIOSANITARIO. DLGS 81/08 E SICUREZZA SUL LAVORO: RISCHI GENERICI SECONDO LA CSR DEL 21 DICEMBRE 2011 (<u>FAD</u>) 	<p>27. Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate</p>
<p><u>Non richiesto</u></p>	<p>28. Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione – trapianto</p>
<p><u>Non richiesto</u></p>	<p>29. Innovazione tecnologia: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Technology Assessment</p>