



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data - 6 OTT. 2014

OGGETTO: Corso di formazione ECM: "Gli operatori sanitari e il dolore".

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 10 OTT. 2014 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE GENERALE	Dott. Antonio Garau
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott. Attilio Murru
Direttore Sanitario	Dott. Remigio Carlo Puddu

SU proposta dell'Ufficio Formazione

Acquisito il Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria;

Atteso che il CCNL vigente prevede la formazione continua del personale sanitario;

Considerato che l'Azienda, nello specifico la S.C. Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera ritiene indispensabile promuovere la cultura del dolore e diffondere la cultura del sollievo, sensibilizzando gli operatori ad attivare pratiche e protocolli finalizzati alla riduzione del dolore, considerato come sintomo da curare; Pianificare l'assistenza personalizzata attraverso specifici percorsi assistenziali. Rendere operative le raccomandazioni redatte e approvate dal Comitato Ospedale Senza Dolore per uniformare le modalità di valutazione e di registrazione del dolore tra tutti gli operatori coinvolti nel processo di assistenza e cura, tramite strumenti condivisi. L'attività formativa è rivolta al personale sanitario per un totale di 350 partecipanti suddivisi in 7 edizioni;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2014 approvato con Deliberazione n° 2079 del 24.12.2013;

Recepita la comunicazione della la S.C. Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera dove per la docenza del corso ha indicato sia docenti esterni che docenti interni. Tutti i docenti operano presso strutture specializzate nella terapia del dolore e nelle cure palliative e hanno specifiche conoscenze nel campo del dolore e del suo trattamento.

Valutata la proposta afferente al percorso formativo: "Gli operatori sanitari e il dolore", che si allegata alla presente per farne parte integrale e sostanziale.

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di autorizzare il corso di formazione aziendale: "Gli operatori sanitari e il dolore", l'attività formativa è rivolta al personale sanitario per un totale di 350 partecipanti suddivisi in 7 edizioni.

%



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Segue deliberazione n. 1704 del 6 OTT. 2014

Confermare che l'attività formativa, sarà svolta sia docenti esterni che docenti interni. Al docente esterno verrà corrisposto un compenso pari a Euro 100/ora, ai docenti interni verrà corrisposto il compenso previsto dal CCNL. Tutti i docenti operano presso strutture specializzate nella terapia del dolore e nelle cure palliative e hanno specifiche conoscenze nel campo del dolore e del suo trattamento, come da progetto allegato alla presente per far parte integrale e sostanziale del presente atto.

Determinare che la spesa per lo svolgimento del corso ammonta a € 1.600,00 (milleseicento euro) onnicomprensiva da imputare sui Fondi per l'aggiornamento professionale dell'anno 2014, conto aziendale n. 0506030205

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Attilio Murru

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Remigio Carlo Puddu

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Antonio Garau

Ufficio Formazione
Resp. Dott.ssa M. Spissu
Ass.te Amm.vo A. Mulas



Al Sig. Direttore Generale

Dott. Antonio Garau

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

Gli operatori sanitari e il dolore (seconda edizione)

STRUTTURA PROPONENTE

Struttura Complessa Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera e Comitato Ospedale Senza Dolore

OBIETTIVI

- *Promuovere la cultura del dolore e diffondere la cultura del sollievo, sensibilizzando gli operatori ad attivare pratiche e protocolli finalizzati alla riduzione del dolore, considerato come sintomo da curare;*
- *Pianificare l'assistenza personalizzata attraverso specifici percorsi assistenziali;*
- *Rendere operative le raccomandazioni redatte e approvate dal Comitato Ospedale Senza Dolore per uniformare le modalità di valutazione e di registrazione del dolore tra tutti gli operatori coinvolti nel processo di assistenza e cura, tramite strumenti condivisi.*

CONTENUTI

- *Normativa di riferimento nazionale (dalla Conferenza Stato Regioni del 2001 alla Legge 38/2010);*
- *Raccomandazioni per la valutazione del dolore e il trattamento (Scheda di valutazione all'ingresso, scale di valutazione, scheda di valutazione per il monitoraggio);*
- *Note di fisiopatologia del dolore e dei farmaci e vie di somministrazione;*
- *Assistenza (care) al paziente con dolore*

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Acquisizione

- delle conoscenze sulla fisiopatologia del dolore e sul suo trattamento;
- di informazioni sulle diverse tipologie di farmaci antalgici e il loro uso.

B) Acquisizione competenze di processo:

Acquisizione di una adeguata preparazione in merito alla misurazione e alla valutazione del dolore da parte del personale medico e di tutto l'altro personale sanitario.

Tale evento formativo è finalizzato alla sensibilizzazione di tutto il personale sull'importanza della rilevazione e del trattamento del dolore, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e presa in carico totale del paziente.

C) Acquisizione competenze di sistema:

Umanizzazione delle cure



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

TIPOLOGIA DI EVENTO:

A) FORMAZIONE RESIDENZIALE

- Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)
- Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)
- Conferenza (minimo 4 ore)
- Corso (minimo 4 ore)**
- Retraining

SEDE DI SVOLGIMENTO

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI **NO**

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura _____

SPAZI NECESSARI

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)
 - Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
 - Aula con capienza di n. 60 partecipanti**
 - Sala conferenza per n. _____ partecipanti
 - Altro (specificare) _____
-

AUSILI DIDATTICI

- LAVAGNA LUMINOSA
 - LAVAGNA A FOGLI MOBILI
 - PC**
 - VIDEOPROIETTORE**
 - ALTRO DA SPECIFICARE _____
-

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI **NO**

Se **Si**, indicare le date di inizio e fine, se **No**, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista.

Indicare numero massimo dei partecipanti per edizioni.

Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.



Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	50	02.10.2014	02.10.2014
2	50	07.10.2014	07.10.2014
3	50	16.10.2014	16.10.2014
4	50	23.10.2014	23.10.2014
5	50	06.11.2014	06.11.2014
6	50	13.11.2014	13.11.2014
7	50	20.11.2014	20.11.2014

PROFESSIONI

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

PROFESSIONI SANITARIE**X Farmacista**

n. 5

X Ospedaliera

n. _____

 Farmacia Territoriale

n. _____

X Medico chirurgo

n. 150

 Angiologia

n. _____

 Cardiologia

n. _____

 Dermatologia e Venereologia

n. _____

 Ematologia

n. _____

 Endocrinologia

n. _____

 Gastroenterologia

n. _____

 Genetica Medica

n. _____

 Geriatria

n. _____

 Malattie Metaboliche e Diabetologia

n. _____

 Malattie dell' Apparato Respiratorio

n. _____

 Malattie Infettive

n. _____

 Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza

n. _____

 Medicina Fisica e Riabilitazione

n. _____

 Medicina Interna

n. _____

 Medicina Termale

n. _____

 Medicina Aeronautica e Spaziale

n. _____

 Medicina dello Sport

n. _____

 Nefrologia

n. _____

 Neonatologia

n. _____

 Neurologia

n. _____

 Neuropsichiatria Infantile

n. _____

 Oncologia

n. _____



<input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Trasmfusionale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta)</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>	<i>n. _____</i>



- Direzione medica di presidio ospedaliero* n. _____
- Organizzazione dei servizi sanitari di base* n. _____
- Audiologia e Foniatria* n. _____
- Psicoterapia* n. _____
- Privo di Specializzazione* n. _____

- Odontoiatra** n. _____

- Psicologo – Psicoterapeuta** n. _____
- Psicoterapia* n. _____
- Psicologia* n. _____

- Laureati non medici (specificare)**
 _____ n. _____
 _____ n. _____
 _____ n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- x Infermiere* n. 150
- x Infermiere pediatrico* n. 25
- x Ostetrica/o* n. 20

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

- Podologo* n. _____
- Fisioterapista** n. 10
- Logopedista* n. _____
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia* n. _____
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva* n. _____
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica* n. _____
- Terapista Occupazionale* n. _____
- Educatore Professionale* n. _____

PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE

- Assistente Sanitario* n. _____
- Dietista* n. _____
- Igienista Dentale* n. _____
- Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* n. _____

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare* n. _____
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n. _____
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n. _____
- Tecnico Audiometrista* n. _____
- Tecnico Audioprotesista* n. _____
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. _____
- Tecnico Ortopedico* n. _____

TUTTE LE PROFESSIONI

n. _____



PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

- ASL n. _____
- Strutture private
- Altri enti o amministrazioni pubbliche

DURATA E ARTICOLAZIONE

(Indicare la durata complessiva del progetto formativo con riferimento alle ore effettive di formazione previste dai vari eventi in cui si articola il progetto).

Durata complessiva dell'attività formativa: Ore **Ore 5 a edizione (7 edizioni)**

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: **SI X NO**

MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.
(Barrare le caselle d'interesse)

- Fotocopie di testi
- Slides**
- Testi/libri
- Riviste
- Cd
- Altri supporti

VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

- Prova Pratica
 - role playing con griglia
 - prova manuale
- Prova orale
 - strutturata
 - non strutturata
- Prova scritta
 - tema
 - saggio
 - tesina
 - altro

X Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)

- Project Work

**VOCI DI SPESA**

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	€ 1.600,00 (Docenti esterni € 100/ora – interni € 25.82/ ora)
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 1.600,00

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: _____ €
 Quote di iscrizione: _____ €

RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI

Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Dati del Responsabile Scientifico:

Il Responsabile Scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica.

Nome Vanessa Cognome Serafini
 Qualifica Dirigente Medico
 Struttura SC Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
 Telefono 070.539431 Cellulare 3299289084
 Fax 070.530814 email vanessaserafini@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Marinella Cognome Spissu
 Telefono 070.539856 Cellulare 345.4706484
 Fax 070.530814 email marinellaspissu@aob.it
 Curriculum _____

Nome Roberto Cognome Pisano
 Telefono 070.539649 Cellulare 338.1509013
 Fax 070.539787 email robertopisano@aob.it
 Curriculum _____

Nome Annalisa Cognome Vacquer
 Telefono 070.539365 Cellulare 393.4345078
 Fax 070.539318 email avacquer@hotmail.it
 Curriculum _____



A) Motivazione della scelta scientifica:

Permane l'esigenza di continuare a costruire la cultura del dolore in ospedale, allargando la diffusione di questa nuova visione dell'azienda, e di proseguire l'attuazione della normativa nazionale con l'informazione e la "gestione del dolore" in ospedale.

Estendere le conoscenze sulla fisiopatologia del dolore e fornire informazioni sulle diverse tipologie di farmaci analgici e sulle vie di somministrazione.

B) Motivazione della scelta economica:

Costi contenuti in quanto quasi tutti i docenti sono dipendenti dell'A.O.B., e un docente esterno presta la sua professionalità gratuitamente; gli ausili didattici sono già in possesso dell'azienda e il materiale didattico fornito è costituito unicamente dalle slides.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Tutti i docenti operano presso strutture specializzate nella terapia del dolore e nelle cure palliative e hanno specifiche conoscenze nel campo del dolore e del suo trattamento.

A) Docenti Interni:

- in orario di servizio*
- fuori orario di servizio*

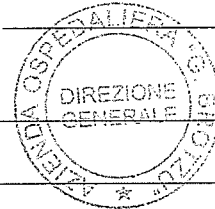
B) Docenti Esterni:

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, **60 giorni prima** dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

Luogo: _____ **Data (gg/mm/aaaa):** _____

Nome e cognome (in stampatello)
 Direttore Generale
 Timbro e Firma (leggibile)
 Direttore Generale

ANTONIO GARAU



Nome e cognome (in stampatello)
 Il Responsabile della struttura organizzativa,
 (Struttura Complessa, Struttura Semplice
 Dipartimentale)
 Timbro e Firma (leggibile)
 Il Responsabile della struttura organizzativa
 (Struttura Complessa, Struttura Semplice
 Dipartimentale)

MARINELLA SPISSU
 AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTTU"
 S.C. GOVERNO CLINICO E
 ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA
 Direttore: D.ssa Marinella Spissu

Nome e cognome (in stampatello)
 Il Direttore del Dipartimento
 Timbro e Firma (leggibile)
 Il Direttore del Dipartimento

Nome e Cognome (in stampatello) Marinella Spissu
 Responsabile Ufficio Formazione
 Timbro e firma (leggibile)

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTTU
 UFFICIO FORMAZIONE