AO Brotzu

Deliberazione 2262

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 24 OTT. 2018

Oggetto: autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: strumenti etici per la pratica clinica". Spesa complessiva € 1.800,00.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 25 OTT. 2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore Amministrativo

IL DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

Su proposta della SSD Formazione;

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

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

Premesso che l'Azienda, nello specifico la S.C. di Rianimazione P.O. San Michele vuole attivare il suddetto corso al fine di fornire strumenti fondamentali per affrontare i problemi etici che si possono incontrare nella pratica clinica quotidiana.

Considerato che la formazione è rivolta al personale dell'Azienda per un totale 30 partecipanti, sarà svolta da docenti esterni come da elenco autorizzato nel progetto;

Considerato altresì che il suddetto corso non è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2018, ma che il Direttore Generale ha espresso parere favorevole allo svolgimento come da nota allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Valutato il progetto formativo: "Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: strumenti etici per la pratica clinica" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

%

SSD Formazione
Dir. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 2262 del 24 OTT. 2018

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: strumenti etici per la pratica clinica", rivolto al personale dell'Azienda per un totale 30 partecipanti.

2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta da docenti esterni come da elenco autorizzato nel progetto.

3. Di determinare che la spesa complessiva pari a € 1.800,00 (milleottocento euro) graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.

4. Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

5. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 1.800,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

SSD Formazione
Dir. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE ☐
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE *X*

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO
CONSENSO INFORMATO E DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO: STRUMENTI ETICI PER LA PRATICA CLINICA

STRUTTURA PROPONENTE
RIANIMAZIONE S. MICHELE

OBIETTIVI
FORNIRE STRUMENTI FONDAMENTALI PER AFFRONTARE I PROBLEMI ETICI CHE SI POSSONO INCONTRARE NELLA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA

CONTENUTI *(indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)*
APPROFONDIMENTO DELLE PROBLEMATICHE CONNESSE AL CONSENSO O IL RIFIUTO ALLE CURE, ALLE SCELTE DI FINE VITA NEI PAZIENTI FRAGILI O NON IN GRADO DI DECIDERE, ALLE SITUAZIONI DI CONFLITTO TRA PAZIENTI E CURANTI; DEFINIZIONE DI STRUMENTI DI VALUTAZIONE ETICA PER LA LORO GESTIONE

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
ACQUISIZIONE DI STRUMENTI DI VALUTAZONE ETICA AL FINE DI AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA NELLE SCELTE TERAPEUTICHE

B) Acquisizione competenze di processo:
SVILUPPO DELLA CAPACITÀ DI ARGOMENTARE LE PROPRIE DECISIONI E ARRICCHIRE LA RELAZIONE DI CURA, ATTRAVERSO UN PERCORSO DI CONDIVISIONE TRA LE DIVERSE PROFESSIONALITÀ PRESENTI IN REPARTO.

C) Acquisizione competenze di sistema:
ACQUISIZIONE DI UN MODELLO DI INTERVENTO CHE, ATTRAVERSO L'OBBIETTIVO DI UNIFORMARE LE CONOSCENZE DI TUTTO IL PERSONALE COINVOLTO NELLE ATTIVITÀ DI REPARTO, CONSENTA DI CONSOLIDARE LA CAPACITÀ DEGLI OPERATORI DI LAVORARE IN GRUPPO E DI INTEGRARSI CON GLI OPERATORI DEGLI ALTRI SERVIZI.

TIPOLOGIA DI EVENTO:

A) FORMAZIONE RESIDENZIALE

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

SEDE DI SVOLGIMENTO

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?
SI □ *NO* **X**
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)*
X *Aula con capienza di n.* ***30*** *partecipanti*
□ *Sala conferenza per n .*_____ *partecipanti*
□ *Altro (specificare)*_____
_____

AUSILI DIDATTICI

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

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?
SI □ *NO* **X**
*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.

Edizione numero	*Partecipanti per edizione*	*Data inizio (gg/mm/aaaa)*	*Data fine (gg/mm/aaaa)*
1	*30*	*20/11/2018*	*20/11/2018*

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

□ ***Farmacista*** *n.* _____
□ *Ospedaliera* *n.* _____
□ *Farmacia Territoriale* *n.* _____

□ ***Medico chirurgo*** *n.* _____
□ *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. _____
- ☐ *Pediatria* n. _____
- ☐ *Psichiatria* n. _____
- ☐ *Radioterapia* n. _____
- ☐ *Reumatologia* n. _____
- ☐ *Cardiochirurgia* n. _____
- ☐ *Chirurgia Generale* n. _____
- ☐ *Chirurgia Maxillo - Facciale* n. _____
- ☐ *Chirurgia Pediatrica* n. _____
- ☐ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva* n. _____
- ☐ *Chirurgia Toracica* n. _____
- ☐ *Chirurgia Vascolare* n. _____
- ☐ *Ginecologia e Ostetricia* n. _____
- ☐ *Neurochirurgia* n. _____

- ☐ *Oftalmologia* n. _____
- ☐ *Ortopedia e Traumatologia* n. _____
- ☐ *Otorinolaringoiatria* n. _____
- ☐ *Urologia* n. _____
- ☐ *Anatomia Patologica* n. _____
- ☐ *Anestesia e Rianimazione* n. _____
- ☐ *Biochimica Clinica* n. _____
- ☐ *Farmacologia e Tossicologia Clinica* n. _____
- ☐ *Laboratorio di Genetica Medica* n. _____
- ☐ *Medicina Trasfusionale* n. _____
- ☐ *Medicina Legale* n. _____
- ☐ *Medicina Nucleare* n. _____
- ☐ *Microbiologia e Virologia* n. _____
- ☐ *Neurofisiopatologia* n. _____
- ☐ *Neuroradiologia* n. _____
- ☐ *Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)* n. _____
- ☐ *Radiodiagnostica* n. _____
- ☐ *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica* n. _____
- ☐ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione* n. _____
- ☐ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro* n. _____
- ☐ *Medicina Generale (Medici di Famiglia)* n. _____
- ☐ *Continuità Assistenziale* n. _____
- ☐ *Pediatria (Pediatri di libera scelta)* n. _____
- ☐ *Scienza dell'alimentazione e dietetica* n. _____

- ☐ *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

- ☐*Infermiere* n. _____
- ☐ *Infermiere pediatrico* n. _____
- ☐ *Ostetrica/o* n. _____

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

- ☐ *Podologo* n. _____
- ☐ *Fisioterapista* n. _____
- ☐ *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._____
- ☐ *Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* n._____

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

□ *Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione 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.____*
□ *Dietista* *n.____*
□ *Igienista Dentale* *n.____*

X TUTTE LE PROFESSIONI *n._30___*

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 **8.00**

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	*€ 800,00*
Pernottamento	*€ 300,00*
Pasti	*€ 100,00*
Spese di viaggio	*€ 600,00*
Altro:	
1. materiale didattico	*€*
2. costo accreditamento	*€*
Totale	*€ 1.800,00*

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	*Maria Emilia*	*Cognome*	*Marcello*
Qualifica	*Responsabile*		
Struttura	*SC Rianimazione*		
Telefono	*070539273*	*Cellulare*	*1391*
Fax		*email*	*Mariaemiliamarcello@aob.it*

Nome	*Fabrizia*	*Cognome*	*Salvago*
Qualifica	*Dirigente Psicologo*		
Struttura	*Direzione Sanitaria*		
Telefono	*070539693*	*Cellulare*	*15492*
Fax		*email*	*fabriziasalvago@aob.it*

DOCENTI *(dati dei docenti)*

Nome	*Giuseppe*	*Cognome*	*Naretto*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	*doc_naret@yahoo.it*
Curriculum			

Nome	*Marco*	*Cognome*	*Vergano*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	*m.vergano@gmail.com*
Curriculum			

A)Motivazione della scelta scientifica:

NEGLI ULTIMI DECENNI LA MEDICINA È STATA CARATTERIZZATA DA UNA RIVOLUZIONE BIOMEDICA SOSTENUTA DALLO SVILUPPO TECNOLOGICO E DALLA TRASFORMAIZONE DELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE, ORIENTATA AD UNA SEMPRE MAGGIORE VALORIZZAZIONE DELL'AUTONOMIA DECISIONALE E AUTODETERMINAZIONE DI QUEST'ULTIMO. QUESTO CAMBIAMENTO HA INCISO PROFONDAMENTE SULL'AGIRE CLINICO E OGGI, ALLA LUCE DELLE LEGGE 219 DEL 2017, DIVENTA SEMPRE PIÙ IMPORTANTE FORNIRE AI CLINICI GLI STRUMENTI INDISPENSABILI PER POTERSI ORIENTARE.

B)Motivazione della scelta economica:

LA SCELTA ECONOMICA È RIFERITA AL COMPENSO DEI DOCENTI, CHE AMMONTA A 400 EURO PER CIASCUNO, PIÙ LE SPESE DI VIAGGIO, VITTO E ALLOGGIO.

C)Motivazione della scelta dei docenti:

I DUE DOCENTI SONO AUTORI DI UN TESTO DAL TITOLO "ETHICAL LIFE SUPPORT: STRUMENTI ETICI PER DECIDERE IN MEDICINA", CHE APPROFONDISCE LE TEMATICHE PROPOSTE NEL PRESENTE CORSO E DA DIVERSO TEMPO, PER MOTIVI PROFESSIONALI, SI OCCUPANO DI BIOETICA.

A)Docenti Interni:

in orario di servizio ☐

fuori orario di servizio ☐

B) ***Docenti Esterni:*** **X**

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: *Cagliari* ***Data*** *21/6/2018*

Nome e cognome *(in stampatello)*
Direttore Generale — *Dott.ssa Graziella Pintus*
Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

Nome e cognome *(in stampatello)* — *Dott.ssa Maria Emilia Marcello*
Responsabile Scientifico — *Dott.ssa Fabrizia Salvago*
Timbro e Firma (leggibile)
Responsabile Scientifico

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Responsabile della struttura organizzativa, (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) — *Dott.ssa Maria Emilia Marcello*
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Responsabile della struttura organizzativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE
S.C. RIANIMAZIONE
DIRETTORE F.F.
Dott. Maria Emilia Marcello

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore del Dipartimento — *Dott. Giuseppe Dessì*
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Direttore del Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
IL DIRETTORE
Dott. Giuseppe Dessì

Nome e Cognome *(In stampatello)* — *Dott. Andrea Corrias*
Responsabile Ufficio Formazione
Timbro e firma *(leggibile)*

AO Brotzu - Cagliari
UFFICIO FORMAZIONE
Resp.: *Dott. Andrea Corrias*

NOTE:

Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):

1) *Progetto;*
2) *Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;*
3) *CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);*
4) *Programma ecm*

Allegare in formato cartaceo

1) *Preventivi;*
2) *CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale*

PFA:" Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: strumenti etici per la pratica clinica"

1° Edizione 20 novembre 2018

Programma didattico dettagliato

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	08.30	09.30	Il dilemma morale in medicina	RTP	Naretto	Vergano
Dettaglio 2	09.30	11.00	Fatti e valori: un caso clinico	LG	Vergano Naretto	
Dettaglio 3	11.00	12.00	Le principali teorie bioetiche	RTP	Vergano	Naretto
Dettaglio 4	12.00	13.00	La deontologia e il diritto nella pratica clinica	LG	Naretto Vergano	
	13.00	14.00	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14.00	14.30	Il conflitto dal punto di vista etico	RTP	Naretto	Vergano
Dettaglio 2	14.30	16.30	La metodologia etica nella sua applicazione pratica	LG	Vergano Naretto	
Dettaglio 3	16.30	17.00	Dibattito	CD	Naretto Vergano	
Dettaglio 4	17.00	17.30	Conclusione lavori. Valutazione apprendimento	RTP	Vergano	Naretto

AO BROTZU

SISTEMA SANITARIO
REGIONE SARDEGNA

Alla cortese attenzione del
Responsabile Ufficio Formazione AOB
Dott. Andrea Corrias

Oggetto: **Richiesta inserimento nuovo corso di formazione nel PAF 2018**

Gentile Dott. Corrias,

in riferimento all'approvazione della legge 219 del 2017, che tratta temi importanti riguardanti l'etica nella comunicazione in sanità e in particolare modo richiama l'attenzione sulle competenze necessarie per fornire informazioni cliniche in maniera adeguata e sostenere l'autodeterminazione degli assistiti, si chiede la possibilità di attivare un corso di formazione dal titolo *"Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: strumenti etici per la pratica clinica"*.

Tale attività formativa rappresenta una occasione, seppure per il momento limitata ad un unico dipartimento, per approfondire i temi più attuali dell'etica medica, con la quale sempre più ci si confronta nella pratica clinica quotidiana.

Il corso, di cui si allega il progetto e il programma, sarà rivolto a 30 professionisti tra medici e infermieri appartenenti al Dipartimento Emergenza dell'AOB, ha un costo di 2.000,00 euro e potrebbe essere realizzato, in data da definirsi, all'inizio di novembre 2018.

Restiamo in attesa di conoscere le sue determinazioni a riguardo e le porgiamo cordiali saluti.

Cagliari li, 21 giugno 2018

Dott.ssa Maria Emilia Marcello

Dott.ssa Fabrizia Salvago

Si autorizza
Il Direttore Generale

Dott.ssa Graziella Pintus