

Deliberazione 1636adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 20 SET. 2016**Oggetto:** Autorizzazione PFA ECM: "La responsabilità giuridica delle Professioni Sanitarie".Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 21 SET. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.*Il Direttore Amministrativo*Il Commissario Straordinario Dott.ssa Graziella Pintus  
coadiuvato daDirettore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata  
Direttore Sanitario Dott.ssa Maria Gabriella Nardi**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 predetermina la formazione continua del personale sanitario;**Considerato** che l'Azienda, nello specifico il Dipartimento Servizi del P.O. S. Michele vuole attivare il suddetto corso al fine di approfondire la normativa in ambito delle professioni sanitarie che ha introdotto nuovi elementi che comportano una responsabilità diretta nei confronti dei pazienti da parte di tutte le professioni sanitarie;**Considerato altresì che** il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2016 approvato con Deliberazione n° 2252 del 16.12.2015;**Dato atto** che l'attività formativa è rivolta al personale delle professioni sanitarie dell'Azienda, per un totale 100 partecipanti.**Verificato** il progetto formativo ECM: "La responsabilità giuridica delle Professioni Sanitarie" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;**Ritenuto** che il presente atto ha natura indifferibile ed urgente al fine di poter procedere con l'accreditamento del corso e l'affidamento dell'incarico ai docenti;**Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;**DELIBERA**

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di autorizzare il PFA ECM: "La responsabilità giuridica delle Professioni Sanitarie", rivolto al personale delle professioni sanitarie dell'Azienda, per un totale 100 partecipanti.

Confermare che l'attività formativa, sarà svolta sia da docenti interni che da docenti esterni, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

Determinare che la spesa complessiva non sia superiore a € 1.300,00 (milletrecento euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi del Dipartimento Servizi, per l'aggiornamento professionale anno 2016.

Dare atto che il presente atto ha natura indifferibile ed urgente al fine di poter procedere con l'accreditamento del corso e l'affidamento dell'incarico ai docenti.

Imputare sul conto aziendale n. A506030204 i costi di competenza.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott.ssa Laura Balata

Ufficio Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott.ssa Graziella Pintus

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

Al Sig. Commissario Straordinario  
Dr.ssa Graziella Pintus

**RICHIESTA:**

**EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

**LA RESPONSABILITA' GIURIDICA DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

**STRUTTURA PROPONENTE**  
**DIPARTIMENTO SERVIZI**

**CONTENUTI**

*Saranno approfonditi i temi riguardati la normativa in materia di professioni sanitarie, il consenso informato, la cartella clinica. Inoltre saranno oggetto di analisi sia la responsabilità del singolo che quella in equipe.*

**OBIETTIVI**

*La normativa in ambito di professioni sanitarie ha introdotto nuovi elementi che comportano una responsabilità diretta nei confronti dei pazienti da parte di tutte le professioni sanitarie, pertanto è necessario perseguire l'obiettivo di una maggiore responsabilizzazione del singolo professionista.*

**A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**

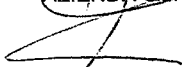
Fornire strumenti operativi per la gestione quotidiana dei contenziosi

**B) Acquisizione competenze di processo:**

apprendere quanto necessario ad assicurare corrette procedure di riduzione del rischio

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

acquisire competenze utili alla creazione di un sistema complessivo, all'interno del Dipartimento, in modo che le professioni svolgano le loro attività con assunzione di responsabilità con consapevolezza.





Azienda Ospedaliera Brotzu

**TIPOLOGIA DI EVENTO:**



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

#### **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. 100 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	100	13 Ottobre 2016	13 Ottobre 2016

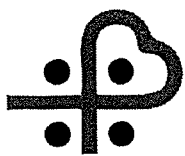
### PROFESSIONI

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. \_\_\_\_\_



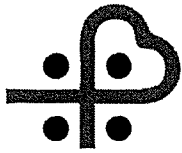


Azienda Ospedaliera Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

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



Azienda Ospedaliera Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

- 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. 19
- Infermiere pediatrico* n. 5
- Ostetrica/o* n. \_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

- Podologo* n. \_\_\_\_
- Fisioterapista* n. 18
- Logopedista* n. 2
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia* n. \_\_\_\_
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva* n. \_\_\_\_
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica* n. \_\_\_\_
- Terapista Occupazionale* n. \_\_\_\_
- Educatore Professionale* n. \_\_\_\_

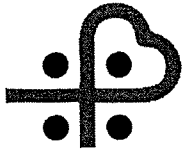
**PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE**

- Assistente Sanitario* n. 2
- Dietista* n. 2
- 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. 25
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n. 25
- Tecnico Audiometrista* n. \_\_\_\_
- Tecnico Audioprotesista* n. \_\_\_\_
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. 1
- Tecnico Ortopedico* n. \_\_\_\_

**TUTTE LE PROFESSIONI** n. \_\_\_\_



Azienda Ospedaliera Brotzu

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**  
(indicare esterni)

- ASL n. \_\_\_\_\_  
 Strutture private  
 Altri enti o amministrazioni pubbliche



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

**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 \_\_\_\_\_ 5.00 \_\_\_\_\_

**PROGRAMMA**

Si allega file del programma del corso: SI  NO

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

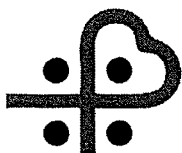
- Fotocopie di testi  
 Slides  
 Testi/libri  
 Riviste  
 Cd  
 Altri supporti

---

**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
- Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)**
- Project Work



Azienda Ospedaliera Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

### VOCI DI SPESA

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

Docenza	€ 950
Pernottamento	€ 100
Pasti	€ 100
Spese di viaggio	€ 150
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 1300.00

### 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 GINO Cognome SEDDA  
Qualifica Responsabile U.G.R.U. Dipartimento  
Struttura Dipartimento Servizi  
Telefono 070539416 Cellulare 3478081951  
Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

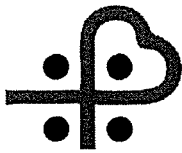
#### DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Gino Cognome Sedda  
Telefono 070539416 Cellulare 3478081951  
Fax \_\_\_\_\_ email ginosedda@aob.it  
Curriculum \_\_\_\_\_

Nome Luca Cognome Benci  
Telefono 0552646140 Cellulare 3356022326  
Fax \_\_\_\_\_ email info@lucabenci.it  
Curriculum \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Curriculum \_\_\_\_\_





Azienda Ospedaliera Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

**L'appropriatezza organizzativa è fondamentale per l'erogazione di servizi di qualità al pari della appropriatezza clinica**

---



---

**B) Motivazione della scelta economica:**

**Il corso del Dr. Benci sono programmati in diverse regioni del nord Italia con i conseguenti costi per l'invio del personale in comando**

---



---

**C) Motivazione della scelta dei docenti:**

**Il dr. Benci è giurista, direttore della rivista di diritto delle professioni sanitarie nonché autore di pubblicazioni sul diritto sanitario e sulle professioni sanitarie**

---



---

**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:** Cagliari **Data (gg/mm/aaaa):** 29/7/16

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

Azienda Ospedaliera "G. BROTTU"  
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dot.ssa Graziella Pintus



*Graziella Pintus*

**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)**

Direttore del Dipartimento F.F.  
dei Servizi Speciali di Diagnosi e Cura  
**Dr. MARIO PANI**

**Nome e Cognome (In stampatello)**  
**Responsabile Ufficio Formazione**  
**Timbro e firma (leggibile)**

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTTU  
UFFICIO FORMAZIONE

*Handwritten mark*

**“LA RESPONSABILITA’ GIURIDICA DELLE PROFESSIONI SANITARIE”**

Giovedì 13 OTTOBRE 2016 ore 14.00 - 19.30

AOB – Aula Congressi P.O. “Businco”-Oncologico (max 100 partecipanti)

**Programma didattico dettagliato**

	Inizio	Fine	<b>Giovedì 13 OTTOBRE 2016</b>		Metodologia	Docente	Sostituto
			<b>ore 14.00 - 19.30</b>				
Dettaglio 1	14.15	14.30	Introduzione al concetto di responsabilità professionale		RTP	Dr. Gino Sedda	Dr. Luca Benci
Dettaglio 2	14.30	15.00	La normativa vigente in materia di Professioni Sanitarie		RTP	Dr. Luca Benci	Dr. Gino Sedda
Dettaglio 3	15.00	16.00	La cartella clinica e consenso informato		CD	Dr. Luca Benci	Dr. Gino Sedda
Dettaglio 4	16.00	16.30	La prescrizione medica in rapporto alle professioni		CD	Dr. Luca Benci	Dr. Gino Sedda
Dettaglio 5	16.30	17.15	La responsabilità professionale del singolo e dell'equipe		RTP	Dr. Luca Benci	Dr. Gino Sedda
	17.15	17.30	Pausa caffè				
Dettaglio 6	17.30	18.00	La responsabilità contrattuale ed extracontrattuale		RTP	Dr. Luca Benci	Dr. Gino Sedda
Dettaglio 7	18.00	19.00	Aspetti penali della responsabilità professionale		RTP	Dr. Luca Benci	Dr. Gino Sedda
Dettaglio 8	19.00	19.30	Verifica a apprendimento		RTP	Dr. Gino Sedda	Dr. Luca Benci

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	3	30
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	1	30
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI		
LG	PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)		
LPG	LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO		
ED	ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE		
RP	ROLE-PLAYING		

TOTALE

5 ORE