AO Brotzu

Deliberazione 1876

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 29 AGO. 2018

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Risk Management in medicina perioperatoria". CIG ZF324BBE8A. Spesa complessiva € 1,050,00.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 29 AGO. 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;

Considerato che l'Azienda, nello specifico la S.C. di Anestesia e Rianimazione del P.O. "San Michele" vuole attivare il suddetto corso al fine di formulare percorsi perioperatori condivisi che consentano di ridurre gli eventi avversi in anestesia e chirurgia;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2018 approvato con Deliberazione n° 284 del 07.02.2018;

Ritenuto che l'attività formativa è rivolta ai Medici e Infermieri dell'Azienda, per un totale 30 partecipanti, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Valutato il progetto formativo: "Risk Management in medicina perioperatoria" 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. 1876 del 29 AGO. 2018

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare il PFA ECM: "Risk Management in medicina perioperatoria", rivolto ai Medici e Infermieri dell'Azienda, per un totale 30 partecipanti.

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

3. Di determinare che la spesa complessiva pari a di € 1.050,00 (millecinquanta euro) onnicomprensiva, gravarà 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 € 1.050,00.

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 Dr.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE ☐
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE ☐X

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO
Risk Management in medicina perioperatoria.

STRUTTURA PROPONENTE
Servizio di Anestesia e Rianimazione-Ospedale San Michele

OBIETTIVI
Formulare percorsi perioperatori condivisi che consentano di ridurre gli eventi avversi in anestesia e chirurgia.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)
Il consenso informato: il parere del Medico Legale...
La responsabilità penale del Medico: il parere del Giurista.
Come gestire e documentare un evento avverso.
Il rischio clinico e l'Anestesista Rianimatore: una relazione davvero complicata..Il parere di un Anestesista esperto di risk management.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
Ogni partecipante apprenderà le modalità di prevenzione e gestione di eventi avversi in anestessia e chirurgia; apprenderà le modalità di corretta compilazione del consenso informato.
B) Acquisizione competenze di processo:
Individuazione di percorsi gestionali condivisi in medcina perioperatoria finalizzati alla riduzione del rischio clinico.
C) Acquisizione competenze di sistema:
Ottimizzazione degli outcomes post chirurgici.Riduzione eventi avversi.

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 ☐X NO ☐
Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.
Se si, indicare l'ubicazione
Aula Cicu, Direzione Sanitaria Ospedale San Michele, I piano.

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. _____ 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.
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)
edizione unica	30	22/09/18	22/09/18

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

☐ Farmacista n. _____
☐ Ospedaliera n. _____
☐ Farmacia Territoriale n. _____

□X 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. _____
□x 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. _____
□ Neurologi	n. _____
□ Neuropsichiatria Infantile	n. _____
□ Oncologia	n. _____
□ Pediatria	n. _____
□ Psichiatria	n. _____
□ Radioterapia	n. _____
□ Reumatologia	n. _____
□x Cardiochirurgia	n. _____
□xChirurgia Generale	n. _____
□xChirurgia Maxillo – Facciale	n. _____
□xChirurgia Pediatrica	n. _____
□xChirurgia Plastica e Ricostruttiva	n. _____
□x Chirurgia Toracica	n. _____
□xChirurgia Vascolare	n. _____
□xGinecologia e Ostetricia	n. _____
□x *Neurochirurgia*	*n.* _____
□ xOftalmologia	n. _____
□x Ortopedia e Traumatologia	n. _____
□x Otorinolaringoiatria	n. _____

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea Corrias
Tel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391

□x Urologia n. _____
□ Anatomia Patologica n. _____
□x Anestesia e Rianimazione n. _____
□ Biochimica Clinica n. _____
□ Farmacologia e Tossicologia Clinica n. _____
□ Laboratorio di Genetica Medica n. _____
□ Medicina Trasfusionale n. _____
□x 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. _____
□x 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. _____
□x 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.* _____
□ *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.* _____

TUTTE LE PROFESSIONI ***n.*** _____

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

□x *AO BROTZU*_____
□ *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 4 (1 giornate da 4 ore)

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 (N 3 RELATORI ESTERNI. UN RELATORE NON HA CHIESTO COMPENSO)	*€. 350,00*
Pernottamento (un solo pernottamento)	*€. 200,00*
Pasti	*€. 150,00*
Spese di viaggio (tre relatori esterni fuori cagliari)	*€. 350,00*
Altro:	*€.*
1. materiale didattico	*€.*
2. costo accreditamento	*€.*
Totale	*€. 1050,00*

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	*Antonella*	*Cognome*	*Manconi*
Qualifica	*Medico Anestesista*		
Struttura	*Anestesia e Rianimazione Ospedale San Michele Cagliari*		
Telefono	*070531661*	*Cellulare*	*3356315989*
Fax	*070531661*	*email*	*antonellamanconi@aob.it*

***DOCENTI** (dati dei docenti)*

Nome	*Alessandro*	*Cognome*	*Flore*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			

Nome	*Ivano*	*Cognome*	*Iai*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			

Nome	*Cristiana*	*Cognome*	*Gatto*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			

Nome	*Filippo*	*Cognome*	*Bressan*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea Corrias
Tel. 070/539947/899/439 -- Fax 070 539752 -- e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE -- REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU -- Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) -- Tel. +39 (0)70 5391

A)Motivazione della scelta scientifica:
Necessità di standardizzare la gestione di pazienti complessi che afferiscono alla nostra Azienda, con riferimento particolare alla prevenzione degli eventi avversi in anestesia e chirurgia; necessità di apprendere le modalità di corretta formulazione di un consenso informato nel rispetto di una moderna assistenza sanitaria "tagliata sul paziente".

B)Motivazione della scelta economica:
Al Dott Avv Ivano Iai verranno corrisposti euro 200,00 per due ore di docenza; al Medico Legale Dottor Alessandro Flore verranno corrisposti euro 100,00 + oneri di legge per una ora di docenza; al Medico Anestesista Dottor Filippo Bressan, che non ha chiesto compenso per la docenza, verranno rimborsate le spese di viaggio, vitto e alloggio.

C)Motivazione della scelta dei docenti:
I docenti son stati scelti poiché si occupano nello specifico delle tematiche oggetto del corso.

A)Docenti Interni:

in orario di servizio ☐
fuori orario di servizio ☐

xB) 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):* ***03/07/18***

Nome e cognome (in stampatello)
Direttore Generale — ***Dr.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)
Il Responsabile della struttura organizzativa, (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) — ***Dr. 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 — ***Dr. Giuseppe Dessi***
Timbro e Firma (leggibile)
Il Direttore del Dipartimento — AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU-CAGLIARI S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA IL DIRETTORE *Dott. Giuseppe Dessi*

Nome e cognome (in stampatello)
Responsabile Ufficio Formazione — ***Dr. Andrea Corrias***
Timbro e Firma (leggibile) — AO Brotzu Cagliari UFFICIO FORMAZIONE *Dott. Andrea Corrias*

PFA: "Risk Management in medicina perioperatoria"

1° edizione: 22/09/2018

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 mattina	**09.00**	**13.30**				
Dettaglio 1	09.00	09.15	Presentazione del corso, contenuti e obiettivi	RTP	Dott.ssa A. Manconi	Avv. Ivano Iai
Dettaglio 2	09.15	10.15	La responsabilità penale del Medico	RTP	Avv. Ivano Iai	Avv. C. Gatto
Dettaglio 3	10.15	11.15	Corpo,libertà,salute,autodeterminazione: il consenso informato in età adulta e in età pediatrica.	RTP	Dott. A. Flore	Dott.ssa A. Manconi
	11.15	11.30	Pausa caffè			
Dettaglio 4	11.30	12.30	Il rischio clinico e l'Anestesista Rianimatore: una relazione davvero difficile.	RTP	Dr Filippo Bressan	Dott.ssa A. Manconi
Dettaglio 5	12.30	13.00	Presentazione di casi clinici; discussione.	CD	Tutti i Docenti	
Dettaglio 6	13.00	13.30	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	Avv. Ivano Iai	Dott.ssa A. Manconi

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	*3*	*45*
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")		*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		