AO Brotzu

Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Deliberazione 1124

adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 22 GIU. 2016

Oggetto: Autorizzazione EFR ECM: "Cornea Clinic Interactive"

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 23 GIU. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore Amministrativo

Il Commissario Straordinario Dott.ssa Graziella Pintus
coadiuvato da
Direttore 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 la S.C. di Oculistica vuole attivare il suddetto corso al fine di far acquisire conoscenze sulla gestione di casi clinici e chirurgici nelle patologie a carico della cornea, tecniche chirurgiche e protocolli medici di ultima generazione;

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 sanitario sia dell'Azienda che esterni, per un totale 60 partecipanti. La quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 50,00 (cinquanta euro) più IVA;

Verificato il progetto formativo ECM: "Cornea Clinic Interactive" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

D E L I B E R A

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di autorizzare l'EFR ECM: Cornea Clinic Interactive", rivolto al personale sanitario sia dell'Azienda che esterni, per un totale 60 partecipanti.

Confermare che l'attività formativa, sarà svolta sia da docenti interni che da docenti esterni esperti del settore, 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 € 760,00 (settecentosessnta euro) onnicomprensiva, sarà coperta in parte dalle quote di iscrizione dei partecipanti esterni, la differenza graverà sui Fondi del Dipartimento di Chirurgia per l'aggiornamento professionale anno 2016.

%

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

Segue deliberazione n. 1124 del 22 GIU. 2016

Disporre in € 50,00 (cinquanta euro) più IVA la quota di iscrizione per i partecipanti esterni. Il pagamento della quota di iscrizione è da versare interamente all'atto dell'iscrizione.

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

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

AO Brotzu

Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Al Sig. Direttore Generale

AZ. OSP. "G. BROTZU" - CAGLIARI
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
E TRAPIANTO DI FEGATO
- 7 GIU. 2016
Prot. N. 570.

RICHIESTA:

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

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

Cornea Clinic Interactive

STRUTTURA PROPONENTE

SC Oculistica Trapiantologia e Patologia Corneale

OBIETTIVI

Linee guida al trattamento medico e chirurgico della patologia corneale

CONTENUTI

Tecniche chirurgiche di ultima generazione
Protocolli medici e chirurgici

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
Gestione di casi clinici e chirurgici nelle patologie a carico della cornea

B) Acquisizione competenze di processo:
Tecniche e gestione della cheratoplastica lamellare

C) Acquisizione competenze di sistema:
Innovazione nella cheratoplastica lamellare decemetico-enodoteliale

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

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
Struttura___Aula Ciccu_____

SPAZI NECESSARI
(Barrare le caselle di interesse)

☐ *Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)*
x *Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)*

☐ *Aula con capienza di n. _____ partecipanti*

☐ *Sala conferenza per n ._____ partecipanti*

X *Altro (specificare) Aula Deriu per pausa pranzo*

AUSILI DIDATTICI

☐ *LAVAGNA LUMINOSA*

☐ *LAVAGNA A FOGLI MOBILI*

X *PC*

X *VIDEOPROIETTORE*

*XALTRO DA SPECIFICARE_*collegamento sala operatoria –Aula Ciccu per chirurgia in diretta

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.

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

Edizione numero	*Partecipanti per edizione*	*Data inizio (gg/mm/aaaa)*	*Data fine (gg/mm/aaaa)*
1	*60*	*30/06/2016*	*30/06/2016*

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

x Farmacista *n. 1*

□ *Ospedaliera* *n. _____*

□ *Farmacia Territoriale* *n. _____*

x ***Medico chirurgo***

□ *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.* _____
x *Chirurgia Generale*	*n.1*
□ *Chirurgia Maxillo - Facciale*	*n.* _____
□ *Chirurgia Pediatrica*	*n.* _____
□ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*	*n.* _____
□ *Chirurgia Toracica*	*n.* _____
□ *Chirurgia Vascolare*	*n.* _____
□ *Ginecologia e Ostetricia*	*n.* _____
□ *Neurochirurgia*	*n.* _____
x *Oftalmologia*	*n. 30*
□ *Ortopedia e Traumatologia*	*n.* _____
□ *Otorinolaringoiatria*	*n.* _____
□ *Urologia*	*n.* _____
x *Anatomia Patologica*	*n. 1*
x *Anestesia e Rianimazione*	*n 3*
□ *Biochimica Clinica*	*n.* _____
□ *Farmacologia e Tossicologia Clinica*	*n.* _____
□ *Laboratorio di Genetica Medica*	*n.* _____
□ *Medicina Trasfusionale*	*n.* _____
□ *Medicina Legale*	*n.* _____
□ *Medicina Nucleare*	*n.* _____
x *Microbiologia e Virologia*	*n.1*
□ *Neurofisiopatologia*	*n.*_____
□ *Neuroradiologia*	*n.* _____
□ *Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)*	*n.* _____
□ *Radiodiagnostica*	*n.* _____
x *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*	*n.3*
□ *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.1*

□ *Organizzazione dei servizi sanitari di base* *n.____*
□ *Audiologia e Foniatria* *n.____*
□ *Psicoterapia* *n.____*
□ *Privo di Specializzazione* *n.____*

□ ***Odontoiatra*** *n. ____*

□ ***Psicologo – Psicoterapeuta*** *n.____*
□ *Psicoterapia* *n. ____*
x *Psicologia* *n.1*

□ ***Laureati non medici (specificare)***
_____ *n. ____*
_____ *n. ____*
_____ *n. ____*

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA
□ *Infermiere* *n.18*
____
□ *Infermiere pediatrico* *n. ____*
□ *Ostetrica/o* *n. ____*

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE
□ *Podologo* *n. ____*
□ *Fisioterapista* *n. ____*
□ *Logopedista* *n. ____*
x *Ortottista – Assistente di Oftalmologia* *n. 1*
□ *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.____*

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

□ *ASL n._1,3,8*_____
□ *Strutture private*
x 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_09.00*_____

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*
x 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	*€500*
Pernottamento	*€*
Pasti	*€0*
Spese di viaggio	*€*
Altro:	
1. materiale didattico	*€*
2. costo accreditamento	*€260*
Totale	*€760*

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento:		*€*
Quote di iscrizione:	*€ 50,00x25*	*€1250*

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	*Simonetta*	*Cognome*	*Demontis*
Qualifica	*Dirigente Medico*		*Coordinamento trapiantologia corneale*
Struttura	*SC oculistica*		
Telefono		*Cellulare*	*3386408756*
Fax		*email*	*Simo.demo@yahoo.it*

DOCENTI *(dati dei docenti)*

Nome	*Massimo*	*Cognome*	*Busin*
Telefono		*Cellulare*	*3472449343*
Fax		*email*	*mbusin@yahoo.com*
Curriculum	*Vedi allegato*		

Nome	*Simonetta*	*Cognome*	*Demontis*
Telefono	*070539308*	*Cellulare*	*3386408756*
Fax		*email*	*simo.demo@yahoo.it*
Curriculum	*Vedi allegato*		

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

A)Motivazione della scelta scientifica:

_Acquisizione di tecniche chirurgiche e protocolli medici di ultima generazione

B)Motivazione della scelta economica:

Costi minimi coperti in parte dalle quote di partecipazione degli esterni

C)Motivazione della scelta dei docenti:

Esperienza in trapiantologia corneale, riconosciuta a livello internazionale

A)Docenti Interni:

in orario di servizio ☐
fuori orario di servizio x

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: *Aula Ciccu* ***Data*** *(30/06/2016):*

Nome e cognome *(in stampatello)*
Direttore Generale Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
Timbro e Firma (leggibile) IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Direttore Generale *Dott.ssa Graziella Pintus*

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" DIREZIONE GENERALE

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Responsabile della struttura organizzativa, (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) *Dott.ssa Maria Luisa Valenti*
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Responsabile della struttura organizzativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" S.C. OCULISTICA DIRETTORE Dr. Maria Luisa Valenti

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore del Dipartiment o *Dott. Fausto Zamboni*
Timbro e Firma *(leggibile)* AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" CAGLIARI
Il Direttore del Dipartimento DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E TRAPIANTO DI FEGATO
Direttore *Dr. Fausto Zamboni*

Nome e Cognome *(In stampatello)*
Responsabile Ufficio Formazione
Timbro e firma *(leggibile)* AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU UFFICIO FORMAZIONE

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*

EFR: "Cornea Clinic Interattiva"

1° Edizione 30.06.2016

Programma didattico dettagliato

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	09.30	10.00	Presentazione del corso, contenuti e obiettivi	RTP	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
Dettaglio 2	10.00	11.00	Cheratocono- tecnica chirurgica (dalk- small-bubble)	DT	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
Dettaglio 3	11,30	12.00	Distrofia di Fuchs	DT	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
Dettaglio 4	12.00	12,30	Distrofia di Fuchs e cataratta	DT	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
Dettaglio 5	12,30	13.00	DMEK 2.0 secondo Busin	DT	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
Dettaglio 6	13.00	13,30	Tri Folded dmek	DT	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
Dattaglio 7	13,30	14.00	Pull-ttrough technique	DT	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
	14.00	15.00	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	15.00	19.00				
Dettaglio 1	15.00	16.00	Infezioni corneali (virali, batteriche, micotiche, protozoarie)	LM	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
Dettaglio 2	16.00	16,30	Distrofie e degenerazioni corneali (epiteliali, stremali,endoteliali)	*LM*	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
Dettaglio 3	16.30	17.00	Anomalie congenite (di dimensione e di forma in toto; del segmento anteriore; altre (aniridia,dermoidi, etc)	*LM*	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
Dettaglio 4	17.00	17.30	Patologie infiammatorie non infettive (para-infettive,allergiche e immunologiche, secondarie a patologie degli annessi)	*LM*	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
Dettaglio 5	17.30	18.00	Altri Quadri patologici (neoplastici, metabolici)	*LM*	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
Dettaglio 6	18.00	18.30	Gestione post-operatoria del paziente operato	*LG*	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**
Dettaglio 7	18.30	19.00	Chiusura dei lavori e verifica apprendimento	*RTP*	**Prof Massimo Busin**	**Dott.ssa Simonetta Demontis**