AO Brotzu

Deliberazione 897

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data - 3 MAG. 2017

OGGETTO: Autorizzazione PFA ECM: "La gestione multidisciplinare del dolore nel Presidio "San Michele". Analisi degli strumenti utilizzati per la valutazione, il trattamento e il monitoraggio del dolore. Controllo delle ricadute formative". Spesa complessiva € 2.660,00.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal - 4 MAG. 2017 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 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 Direzione Medica del Presidio "San Michele" vuole attivare il suddetto corso al fine di implementare le conoscenze degli operatori sanitari nel campo della gestione del dolore, valutare le ricadute della formazione precedentemente svolta nel campo della misurazione e della valutazione del dolore nel P.O. "San Michele" analizzare gli strumenti per la valutazione, il trattamento e il monitoraggio del dolore utilizzati, implementare la cultura del dolore e la partecipazione alle attività del "Comitato Ospedale senza Dolore";

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2017 approvato con Deliberazione n° 2324 del 14.12.2016;

Ritenuto che l'attività formativa è rivolta al personale del P.O. San Michele, per un totale 225 partecipanti suddivisi in 9 edizioni, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori orario di servizio;

Valutato il progetto formativo: "La gestione multidisciplinare del dolore nel Presidio "San Michele". Analisi degli strumenti utilizzati per la valutazione, il trattamento e il monitoraggio del dolore. Controllo delle ricadute formative" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

%

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

AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 897 del - 3 MAG. 2017

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

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare il PFA ECM: "La gestione multidisciplinare del dolore nel Presidio "San Michele". Analisi degli strumenti utilizzati per la valutazione, il trattamento e il monitoraggio del dolore. Controllo delle ricadute formative", rivolto al personale del P.O. San Michele, per un totale 225 partecipanti suddivisi in 9 edizioni.

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

3. Determinare che la spesa complessiva è di € 2.660,00 (duemilaseicentosessanta euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2017.

4. Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

5. Autorizzare il Sevizio del Personale al pagamento dei docenti interni.

6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 2.660,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione
Resp. 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
La gestione multidisciplinare del dolore nel Presidio "San Michele". Analisi degli strumenti utilizzati per la valutazione, il trattamento e il monitoraggio del dolore. Controllo delle ricadute formative.

STRUTTURA PROPONENTE
Direzione Medica del Presidio "San Michele"

OBIETTIVI

- ***implementare le conoscenze degli operatori sanitari nel campo della gestione del dolore***
- ***valutare le ricadute della formazione precedentemente svolta nel campo della misurazione e della valutazione del dolore nel Presidio "San Michele"***
- ***analizzare gli strumenti per la valutazione, il trattamento e il monitoraggio del dolore utilizzati nel Presidio "San Michele"***
- ***implementare la cultura del dolore e la partecipazione alle attività del "Comitato Ospedale senza Dolore"***

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

- *Normativa di riferimento nazionale , legge 38/2010, costituzione e attività del Comitato Ospedale senza Dolore del Presidio Ospedaliero San Michele*
- *Le Raccomandazioni per la Valutazione e il Trattamento del Dolore del Comitato Ospedale senza Dolore del Presidio Ospedaliero "San Michele"*
- *Le schede del dolore, approccio al paziente con dolore, il monitoraggio.*
- *Fisiopatologia del dolore, farmaci e vie di somministrazione, il dolore post operatorio, il dolore cronico e cure palliative, il dolore nel bambino*

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
Acquisizione delle

- **aggiornamento sulla fisiopatologia del dolore e approccio psicologico al paziente con dolore**
- **aggiornamento su tipologie di farmaci antalgici e loro utilizzo**

B) Acquisizione competenze di processo:
Acquisizione o implementazione della preparazione in merito alla misurazione e valutazione del dolore da parte del personale medico e di tutto il personale sanitario. L'evento formativo ha il compito di implementare la sensibilizzazione del personale sanitario sulla importanza della rilevazione e trattamento del dolore con una ricaduta positiva sulla qualità dell'assistenza e presa in carico totale del paziente

C) Acquisizione competenze di sistema:
Umanizzazione delle cure

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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_sala conferenze P.O "San Michele"

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

X *Sala conferenza per n ._25_____ 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 X *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.

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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	25	22.05.2017	22.05.2017
2	25	12.06.2017	12.06.2017
3	25	25.09.2017	25.09.2017
4	25	02.10.2017	02.10.2017
5	25	16.10.2017	16.10.2017
6	25	06.11.2017	06.11.2017
7	25	13.11.2017	13.11.2017
8	25	27.11.2017	27.11.2017
9	25	12.12.2017	12.12.2017

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

x Farmacista **n. 5**

_____

xOspedaliera *n.* _____

□ ***Farmacia Territoriale*** *n.*

_____

x Medico chirurgo (tutte le discipline) **n. 110**

□ *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.* _____

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

- □ *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.* _____

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

□ *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._3___*
□ *Psicoterapia* *n. ____*
□ *Psicologia* *n.____*

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

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA ***n . 95***
X Infermiere *n. ____*
~~X~~ Infermiere pediatrico *n. ____*
~~X~~ Ostetrica/o *n. ____*

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE ***n .5***
□ *Podologo* *n.*
_____
~~X~~ Fisioterapista *n.*
_____
~~X~~ Logopedista *n.*
_____
□ *Ortottista – Assistente di Oftalmologia* *n.*
_____
~~X~~ Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva *n.*
_____
□ *Tecnico Riabilitazione Psichiatrica* *n.*
_____
□ *Terapista Occupazionale* *n.*
_____
□ *Educatore Professionale* *n.*
_____

PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE
x Assistente Sanitario ***n.5***
□ *Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* *n._____*

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE ***n.2***
~~X~~ Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare *n._____*
□ *Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* *n._____*
X Tecnico Sanitario di Radiologia Medica *n._____*

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

□ *Tecnico Audiometrista* *n.*____
□ *Tecnico Audioprotesista* *n.*____
X *Tecnico di Neurofisiopatologia* *n.*____
□ *Tecnico Ortopedico* *n.*____
□ *Dietista* *n*____
□ *Igienista Dentale* *n.*____

TUTTE LE PROFESSIONI ***n.225***

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: 8 ***ore ad edizione per un n.di 9 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*
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*

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

□ *saggio*
□ *tesina*
□ *altro*

x*Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)*

□ *Project Work*

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

VOCI DI SPESA

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

Docenza	*€ 295,55 X 9 EDIZIONI*
Pernottamento	*€*
Pasti	*€*
Spese di viaggio	*€*
Altro:	
1. materiale didattico	*€*
2. costo accreditamento	*€*
Totale	*€ 2660*

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	ALESSANDRA	*Cognome*	ZUCCA
Qualifica	DIRIGENTE MEDICO		
Struttura	DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO SAN MICHELE		
Telefono	070 539431	*Cellulare*	3477988830
Fax	070 530814	*email*	alessandra.zucca@aob.it

DOCENTI *(dati dei docenti)*

Nome	CARLA	*Cognome*	GHIANI
Telefono	070539438	*Cellulare*	
Fax		*email*	CARLAGHIANI@AOB.IT
Curriculum			

Nome	ALESSANDRA	*Cognome*	ZUCCA
Telefono	070539431	*Cellulare*	3477988830
Fax		*email*	ALESSANDRA.ZUCCA@AOB.IT
Curriculum			

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

Nome	MATILDE	*Cognome*	ZARA
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	MATILDEZARA@AOB.IT
Curriculum			

Nome	ANNALISA	*Cognome*	VAQUER
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	ANNALISAVACQUER@AOB.IT
Curriculum			

Nome	PAOLO	*Cognome*	COSSU
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	PAOLOCOSSU@AOB.IT
Curriculum			

Nome	MAURIZIO	*Cognome*	ZANDA
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	MAURIZIOZANDA@AOB.IT
Curriculum			

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

Nome	ALESSANDRA	*Cognome*	ANGIONI
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	ALESSANDRAANGIONI@AOB.IT
Curriculum			

Nome	EMILIO	*Cognome*	LAI
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	EMILIOLAI@LIBERO.IT
Curriculum			

Nome	ANDREA	*Cognome*	TUVERI
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	AND.TUVERI@GMAIL.COM
Curriculum			

Nome	FABRIZIA	*Cognome*	SALVAGO
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	FABRIZIASALVAGO@AOB.IT
Curriculum			

Nome	SABRINA	*Cognome*	MONTIS
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	SABRINAMONTIS@AOB.IT
Curriculum			

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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:
Permane l'esigenza di continuare a implementare la cultura del dolore e la partecipazione attiva di tutto il personale sanitario alle attività del Comitato Ospedale senza Dolore.

B)Motivazione della scelta economica:
I costi sono contenuti in quanto quasi tutti i docenti sono dipendenti della AOB; un docente esterno presterà la sua professionalità gratuitamente mentre all'altro docente esterno (il Sig.Tuveri Andrea) verrà corrisposto il compenso di euro 50/ora. Ai docenti interni verrà corrisposto l'importo previsto dal CCNL, gli ausili didattici sono già in possesso dell'Azienda.

C)Motivazione della scelta dei docenti:
Tutti i docenti hanno specifiche conoscenze nel campo del dolore, del suo trattamento e nell'approccio al paziente con dolore, e operano in strutture specializzate nella terapia del dolore e nelle cure palliative

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

Nome e cognome *(in stampatello)*
Direttore Generale AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" IL DIRETTORE GENERALE Dott.ssa Graziella Pintus
Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale

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) AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" SAN MICHELE DIREZIONE MEDICA Direttore: Dott.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)*
Responsabile Ufficio Formazione AO Brotzu - Cagliari UFFICIO FORMAZIONE Resp.: Dott. Andrea Corrias
Timbro e firma *(leggibile)*

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

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*

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 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

La gestione multidisciplinare del dolore nel Presidio "San Michele".
Analisi degli strumenti utilizzati per la valutazione, il trattamento e il monitoraggio del dolore.
Controllo delle ricadute formative.

Date: 22 maggio 2017; 12 giugno 2017; 25 settembre 2017; 2 ottobre2017
16 ottobre 2017;6 novembre 2017; 13 novembre 2017; 27 novembre 2017; 12 dicembre 2017
nove edizioni

8.30/13.30 14.30/17.45

Aula Cicu/ Deriu/5piano Anestesia a seconda della disponibilità

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 mattina	8,30	13,30				
Dettaglio 1	8,30	09,15	Presentazione del Corso, attività del Comitato Ospedale senza Dolore, normativa	RTP	Zucca	Ghiani
Dettaglio 2	09,15	10,15	Lgge 38/2010, Fisiopatologia del Dolore	RTP	Cossu	Zara-Vaquer
	10.15	10,30	Pausa			
Dettaglio 3	10,30	11,30	Anamnesi algologica, dolore post operatorio	RTP	Zara	Cossu-Vaquer
Dettaglio 4	11,30	12,30	Farmaci analgesici e Vie di somministrazione	RTP	Vaquer	Cossu-Vaquer
Dettaglio 5	12,30	13.00	Cure palliative e qualità di vita: approccio multidisciplinare al malato oncologico terminale e sedazione palliativa	RTP	Lai Emilio	Zucca
Dettaglio 6	13,00	13,30	Assistenza (Care) al paziente con dolore	RTP	Tuveri Andrea	Lai Emilio
	13,30	14,30	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14,30	17.45				
Dettaglio 7	14,30	15,30	Il dolore nel bambino	RTP	Zanda	Angioni
Dettaglio 8	15,30	16,30	Approccio alla persona con dolore	RTP	Montis	Salvago
Dettaglio 9	**16,30**	**17,00**	**Discussione- Brain Storming**	CD	Tutti i docenti	Tutti i docenti
Dettaglio 10	17.00	17.45	**Conclusione lavori , verifica e apprendimento**	RTP	Zucca	Ghiani

Azienda Ospedaliera Brotzu Piazzale A.Ricchi 1 09134 Cagliari P.IVA 02315520920 **Ufficio Formazione** Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. Tel.070.539947/899/439 Fax: 070.539752 E-mail: ufficioformazione@aob.it

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	7	30
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	0	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		