



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 20 SET. 2017

**OGGETTO:** Autorizzazione PFA ECM: "La Riabilitazione delle Patologie Traumatiche e degenerative della spalla". CIG Z6D1FF5754 Spesa complessiva € 1.760,00.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 22 SET. 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 S.C. Servizio Recupero e Rieducazione Funzionale vuole attivare il suddetto corso al fine valorizzare e ottimizzare le competenze di tutti gli operatori, aggiornare il personale sui nuovi approcci terapeutici;

**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 a Medici e Fisioterapisti dell'Azienda per un totale 40 partecipanti, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni;

**Valutato** il progetto formativo: "La Riabilitazione delle Patologie Traumatiche e degenerative della spalla" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

%



AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 1803 del 20 SET. 2017

### DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare il PFA ECM: "La Riabilitazione delle Patologie Traumatiche e degenerative della spalla", rivolto ai Medici e Fisioterapisti dell'Azienda per un totale 40 partecipanti.
2. 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. Determinare che la spesa complessiva è di € 1.760,00 (millesettecentosessanta 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
6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 1.760,00.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

**Dott.ssa Laura Balata**

**IL DIRETTORE SANITARIO**

**Dott. Vinicio Atzeni**

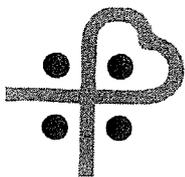
**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott.ssa Graziella Pintus**

Ufficio Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas



AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

Al Sig. Direttore Generale

### **RICHIESTA:**

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

#### **TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

*La Riabilitazione delle Patologie Traumatiche e degenerative della spalla*

---

---

#### **STRUTTURA PROPONENTE**

*SC Servizio recupero e Rieducazione Funzionale ospedale S.Michele AO Brotzu*

---

---

#### **OBIETTIVI**

*Apprendimento I delle principali patologie di spalla e aggiornamento sui nuovi approcci terapeutici*

---

---

#### **CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)**

*Patologia e Trattamento Riabilitativo*

---

---

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

*Approfondimento e acquisizione Nuove tecniche Riabilitative, secondo recenti protocolli e linee guida*

---

---

#### **B) Acquisizione competenze di processo:**

*Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia*

---

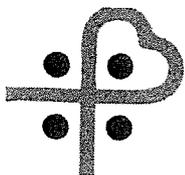
---

#### **C) Acquisizione competenze di sistema:**

*Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice*

---

---



AO 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\_–Palestra Riabilitazione\_\_\_\_\_

#### 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. 40 partecipanti
  - Sala conferenza per n. \_\_\_\_\_ partecipanti
  - Altro (specificare)\_\_\_\_\_
- 
- 

#### AUSILI DIDATTICI

- LAVAGNA LUMINOSA
  - LAVAGNA A FOGLI MOBILI
  - PC
  - VIDEOPROIETTORE
  - ALTRO DA SPECIFICARE\_\_\_\_\_
- 
- 

#### EDIZIONI E DATE

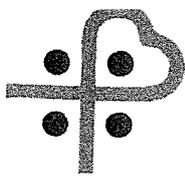
Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

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.



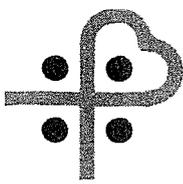


AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

<input type="checkbox"/> Pediatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Psichiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Radioterapia	n. _____
<input type="checkbox"/> Reumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Cardiochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare	n. _____
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Oftalmologia	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	n. _____
_____	2
<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Urologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	n. _____
<input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione	n. _____
<input type="checkbox"/> Biochimica Clinica	n. _____
<input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica	n. _____
<input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Legale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Nucleare	n. _____
<input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neuroradiologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )	n. _____
<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica	n. _____
<input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	n. _____
<input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (Medici di Famiglia)	n. _____
<input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale	n. _____
<input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di libera scelta )	n. _____
<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica	n. _____



AO 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. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA**

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

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

- Podologo* n. \_\_\_\_\_
- Fisioterapista* n.30 \_\_\_\_\_
- 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**

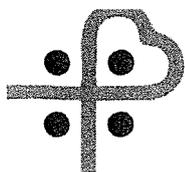
- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolare* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Audiometrista* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Audioprotesista* n. \_\_\_\_\_

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea Corrias

Tel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391



**AO Brotzu**

- Tecnico di Neurofisiopatologia*
- Tecnico Ortopedico*
- Dietista*
- Igienista Dentale*

**TUTTE LE PROFESSIONI**



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ 16 ore \_\_\_\_\_*

**PROGRAMMA**

*Si allega file del programma del corso: SI  NO*

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

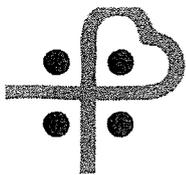
- Fotocopie di testi*
- Slides*
- Testi/libri*
- Riviste*
- Cd*
- Altri supporti*

---

**VALUTAZIONE**

**MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO**

- Prova Pratica*
  - role playing con griglia*
  - prova manuale*
- Prova orale*
  - strutturata*
  - non strutturata*
- Prova scritta*
  - tema*
  - saggio*
  - tesina*



**AO Brotzu**

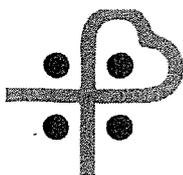
*altro*

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

*Project Work*



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

**VOCI DI SPESA**

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

Docenza	€ 60X 16 ORE - 960 EURO
Pernottamento	€ 200,00
Pasti	€ 200,00
Spese di viaggio	€ 400,00
Altro:	
1. materiale didattico	
2. costo accreditamento	
Totale	€ 1.760,00

**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.

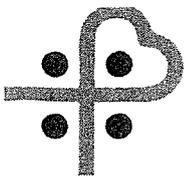
Nome Pietro Cognome Braina  
 Qualifica Fisiatra  
 Struttura Recupero e rieducazione funzionale  
 Telefono 070/539692/256 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ email pietrobraina@aob.it  
 Curriculum \_\_\_\_\_ allegato \_\_\_\_\_

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome Francesco Cognome Inglese  
 Telefono 0543/781066 Cellulare 3474263915  
 Fax \_\_\_\_\_ email Inglesefrancesco@tiscali.it  
 Curriculum allegato

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

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

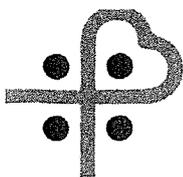


**AO Brotzu**

*Curriculum*



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna



**A) Motivazione della scelta scientifica : valorizzare e ottimizzare le competenze di tutti gli operatori**

---

---

---

---

**B) Motivazione della scelta economica: Adeguata richiesta economica della proposta al programma scientifico**

---

---

---

---

**C) Motivazione della scelta dei docenti: riconosciuta professionalità del centro di riferimento Nazionale sulla Rieducazione della Spalla.**

---

---

---

---

**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:** \_\_\_\_\_ **Data (gg/mm/aaaa):** \_\_\_\_\_

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

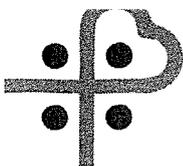
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
 DOTT. GRAZIELLA PINTUS  
 IL DIRETTORE GENERALE  
 Grazziella Pintus

**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)

AO Brotzu - Cagliari  
 S.C. Serv. Recupero  
 DOTT. PIETRO BRAINA  
 Direttore

**Nome e cognome (in stampatello)**  
 Il Direttore del Dipartimento  
**Timbro e Firma (leggibile)**  
 Il Direttore del Dipartimento

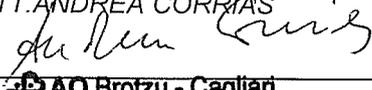
Direttore del Dipartimento  
 del Servizio Speciali in Urologia e C...  
 DOTT. MARIO PANI



**AO Brotzu**

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

DOTT. ANDREA CORRIAS

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



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

**NOTE:**

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

- 1) x Progetto;
- 2) Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;
- 3) x CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);
- 4) x 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: "LA RIABILITAZIONE DELLE PATOLOGIE TRAUMATICHE E DEGENERATIVE DELLA SPALLA"**

1° edizione 06-07 ottobre 2017

**Programma didattico dettagliato**

<b>Sessione 1 mattina</b>	Inizio	Fine	<b>1° giorno</b>	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	09.00	09,30	Presentazione del corso: Contenuti e obiettivi	TP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 2	09.30	10.00	Principi di anatomia funzionale e patologica	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 3	10.00	10.30	Biomeccanica del complesso articolare Cingolo-scapolo-omeroale	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 4	10.30	11.00	Osservazione e valutazione clinica del paziente	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 5	11.10	11.30	Dibattito	CD	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 6	11.30	12.00	Le principali patologie di spalla	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 7	12.00	13.00	Test Clinici sull'instabilità	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
			Pausa pranzo			
<b>Sessione 2 pomeriggio</b>						
Dettaglio 1	14.00	15.00	L'instabilità gleno/omeroale anteriore, posteriore, multidirezionale	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 2	15.00	16.00	La Spalla dell'atleta: Il conflitto Postero Superiore	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 3	16.00	17.00	I principi del movimento utili per strutturare l'esercizio terapeutico	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 4	17.00	17.30	Valutazione clinica e funzionale	ED	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 5	17.30	18.00	Discussione	ED	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA

**Programma didattico dettagliato**

<b>Sessione 1 mattina</b>	Inizio	Fine	<b>2° giorno</b>	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	09.00	09,30	L'instabilità gleno/omeroale traumatica anteriore, posteriore, multi-direzionale	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 2	09.30	10.00	L'instabilità gleno/omeroale volontaria	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 3	10.00	10.30	Lussazioni acromion claveari e lussazioni sterno claveari	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA

			Trattamento riabilitativo conservativo e post-chirurgico	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 5	11.10	11.30	Dibattito	CD	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 6	11.30	12.00	Tecnica chirurgica: capsuloplastica, tecnica Latarjet	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 7	12.00	13.00	Le discinesie della Scapola: classificazione, valutazione e trattamento	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
			Pausa pranzo			
<b>Sessione 2 pomeriggio</b>						
Dettaglio 1	14.00	15.00	Effettuazione dei est clinici	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 2	15.00	16.00	Valutazione della forza con dinamometro: Spiegazione test isometrico di forza	ED	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 3	16.00	17.00	Il recupero della forza: esercizi in CKC e OKC, esercizi analitici e globali	ED	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 4	17.00	17.30	Mobilizzazioni passive e tecniche di presa	ED	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA
Dettaglio 5	17.30	18.00	CONCLUSIONE LAVORI VERIFICA APPRENDIMENTO	RTP	FRANCESCO INGLESE	PIETRO BRAINA

METODI DIDATTICI			
LM	LEZIONI MAGISTRALI	Ore	Min
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO		
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI	11	30
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	1	
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	3	30
RP	ROLE-PLAYING		