

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1411

del 24.10.2019

Oggetto: Autorizzazione e liquidazione EFR ECM: "ECMO nel supporto circolatorio dell'adulto".  
Spesa complessiva € 2.240,00

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 24.10.2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

La presente Determinazione Dirigenziale prevede un impegno di spesa a carico dell' Azienda Ospedaliera Brotzu

SI  NO

Il Responsabile S.S.D. della SSD Formazione

- Visto** il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Viste** le Leggi Regionali n. 10/2006 e n. 05/2007;
- Vista** la Deliberazione n. 1811 del 07.08.2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della SSD Formazione, alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;
- Atteso** che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale sanitario;
- Considerato** che l'Azienda, nello specifico la SSD Cardioanestesia vuole attivare il suddetto corso al fine di formare il personale nell'utilizzo di metodiche extracorporea allo scopo di incrementare l'efficacia di terapie costose sui pazienti critici, diminuire la mortalita' e riduzione di errori ed eventi avversi;
- Considerato** altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2019 approvato con Deliberazione n° 367 del 13.02.2019;
- Dato Atto** che l'attività formativa è rivolta ai Medici, Infermieri e Tecnici Perfusionisti sia dell'Azienda che esterni per un totale 60 partecipanti, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni. La quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 30,00 (trenta euro) più IVA;
- Valutato** il progetto formativo: "ECMO nel supporto circolatorio dell'adulto", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;



segue Determinazione n. 1411 del 24.10.2019

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:

1. autorizzare l'EFR ECM: "ECMO nel supporto circolatorio dell'adulto", rivolto ai Medici, Infermieri e Tecnici Perfusionisti sia dell'Azienda che esterni per un totale 60 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 pari a € 2.240,00 (duemiladuecentoquaranta euro) onnicomprensiva, per le spese di vitto, viaggio e pernottamento dei docenti esterni, sarà in parte coperta dalle quote delle iscrizioni dei partecipanti esterni, la parte restante graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2019.
4. disporre in € 30,00 (trenta euro) più IVA i costi di iscrizione addebitabili ai partecipanti esterni. Il pagamento della quota di iscrizione è da versare interamente all'atto dell'iscrizione.
5. autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
6. imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 2.240,00.

Il Responsabile della S.S.D. Formazione  
Dott. Andrea Corrias



Al Sig. Commissario Straordinario Dr. Paolo Cannas

### **RICHIESTA:**

**EVENTO FORMATIVO REGIONALE**  **X**  
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**  **□**

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

## **ECMO NEL SUPPORTO CIRCOLATORIO DELL'ADULTO**

**STRUTTURA PROPONENTE**  
**S.S.D. CARDIOANESTESIA**

### **OBIETTIVI**

TRATTAMENTO E CONDIVISIONE MULTIDISCIPLINARE DI TUTTI GLI ASPETTI DEL SOSTEGNO EXTRACORPOREO IN UN OTTICA DI CURE INTENSIVE AVANZATE DELLO SHOCK CARDIOGENO REFRATTARIO

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

### **ACQUISIZIONE DI STRUMENTI PER L'INDICAZIONE E LA GESTIONE DEI SISTEMI DI ASSISTENZA EXTRACORPOREA**

- a-* INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI ALL'ASSISTENZA EXTRACORPOREA CIRCOLATORIA
- b-* TECNICHE DI CANNULAZIONE opzioni e limiti
- c-* IL MONITORAGGIO DEI PAZIENTI IN ECMO
- d-* IL MONITORAGGIO DEL CIRCUITO
- e-* COME GESTIRE L'EMODINAMICA DEL PAZIENTE ECLS
- f-* LE COMPLICANZE
- g-* TIMING ECLS
- h-* L'ASSISTENZA VENTRICOLARE MECCANICA VS TRAPIANTO CARDIACO
- i-* SISTEMI DI ASSISTENZA ALTERNATIVA O INTEGRATA AL SISTEMA ECMO

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

Ogni partecipante imparerà a conoscere l'indicazione, il timig e la gestione dei sistemi di assistenza extracorporea

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

Individuazione di modelli operativi condivisi tra cardioanestesisti, cardiologi e cardiocirurghi in merito alla gestione del paziente in ECLS

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

ottimizzazione dell'outcome del paziente in ECLS; riduzione della degenza in TIPO; riduzione dei costi delle cure mediante una miglior conoscenza dei materiali dei circuiti.

---

**TIPOLOGIA DI EVENTO:**

**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*

**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*
- 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)
edizione unica	60	15/11/19	15/11/19

**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. 10
- 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. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport	n. _____
<input type="checkbox"/> Nefrologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neonatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurologi	n. _____
<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile	n. _____
<input type="checkbox"/> Oncologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Pediatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Psichiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Radioterapia	n. _____
<input type="checkbox"/> Reumatologia	n. _____
<u>X</u> <u>Cardiochirurgia</u>	n. <u>10</u>
<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo – Facciale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica	n. _____
<u>X</u> <u>Chirurgia Vascolare</u>	n. <u>5</u>
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> Oftalmologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Urologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	n. _____
<u>X</u> <u>Anestesia e Rianimazione</u>	n. <u>15</u>
<input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>	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"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>	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"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>	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"/> <i>Continuità Assistenziale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di libera scelta )	n. _____
<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica	n. _____
<input type="checkbox"/> 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)**  
**tecnici della perfusione n 5** n. 5
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

- XInfermiere n. \_\_\_\_\_ 15\_
- 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. 60

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**  
(*indicare esterni*)

- X AO BROTZU \_\_\_\_\_  
 X 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 7,5

**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





Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

*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		€.
Pernottamento 1 NOTTI 5 RELATORI ESTERNI		120x5 € 600
Pasti		27x10 € 270
Spese di viaggio 5RELATORI FUORI CAGLIARI	377x2=754(MI) 139x3 =417(ROMA)	€1170
Altro: TRASFERIMENTI	40€X5	€ 200
1. materiale didattico		€.
2. costo accreditamento		€.
Totale		€ 2240

## FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: \_\_\_\_\_ €  
Quote di iscrizione: \_\_\_\_\_ €30

## 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 ROMANA Cognome TACCORI  
Qualifica Medico Anestesista  
Struttura Cardioanestesia San Michele Cagliari  
Telefono 70539472 Cellulare 3491560331  
Fax 70539201 email romanataccori@aob.it

Nome FLAVIO Cognome FRAU  
Qualifica Medico Anestesista  
Struttura Cardioanestesia San Michele Cagliari  
Telefono 70539472 Cellulare 3467384055  
Fax 70539201 email flaviofrau@aob.it

Nome Luca Daniele Cognome Cossu  
Qualifica Medico Cardiochirurgo  
Struttura Cardioanestesia San Michele Cagliari  
Telefono 70539520 Cellulare 3283787815  
Fax 70539201 email lucacossu@aob.it



**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	<u>Prof. FRANCESCO</u>	Cognome	<u>MUSUMECI-Roma</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>FEDERICO</u>	Cognome	<u>PAPPALARDO-Milano</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>ANDREA</u>	Cognome	<u>MONTALTO-Roma</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>VINCENZO</u>	Cognome	<u>V. POLIZZI-ROMA</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>FABIO</u>	Cognome	<u>SANGALLMilano</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>ROMANA</u>	Cognome	<u>TACCORI-CAGLIARI</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>FLAVIO</u>	Cognome	<u>FRAU -CAGLIARI</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>LUCA DANIELE</u>	Cognome	<u>COSSU -CAGLIARI</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

Nome	_____	Cognome	_____
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

**ESIGENZA DI FORMAZIONE NELL'UTILIZZO DI METODICHE EXTRACORPOREA ALLO SCOPO DI INCREMENTARE L'EFFICACIA DI TERAPIE COSTOSE SUI PAZIENTI CRITICI, DIMINUIRE LA MORTALITA' E RIDUZIONE DI ERRORI ED EVENTI AVVERSI**

**B) Motivazione della scelta economica:**

La partecipazione dei docenti sarà a titolo gratuito. Le spese richieste sono il rimborso di vitto alloggio e viaggio per i relatori esterni provenienti da Milano e Roma

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

I docenti sono stati scelti poiché si occupano nello specifico delle tematiche oggetto del corso, sono autori di pubblicazioni e testi scientifici sull'argomento.

**xA) Docenti Interni:**

in orario di servizio

fuori orario di servizio

**X 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):** \_\_\_\_\_

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Direttore Generale**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Direttore Generale**

**Dr. Paolo Cannas**

**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**

**SSD CARDIOANESTESIA**

**DIRETTORE**

**Dr. Manlio Manconi**

**AO Brotzu - Cagliari**

**DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE**

**Direttore Dr. Giorgio Locci**

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Il Direttore del Dipartimento**

**Timbro e Firma (leggibile)**



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

Il Direttore del Dipartimento

Nome e cognome (in stampatello)  
Responsabile Ufficio Formazione  
Timbro e Firma (leggibile)

D<sup>l</sup>. Andrea Corrias

AO Brotzu - Cagliari

SSD FORMAZIONE

Resp.: Dott. Andrea Corrias

**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**

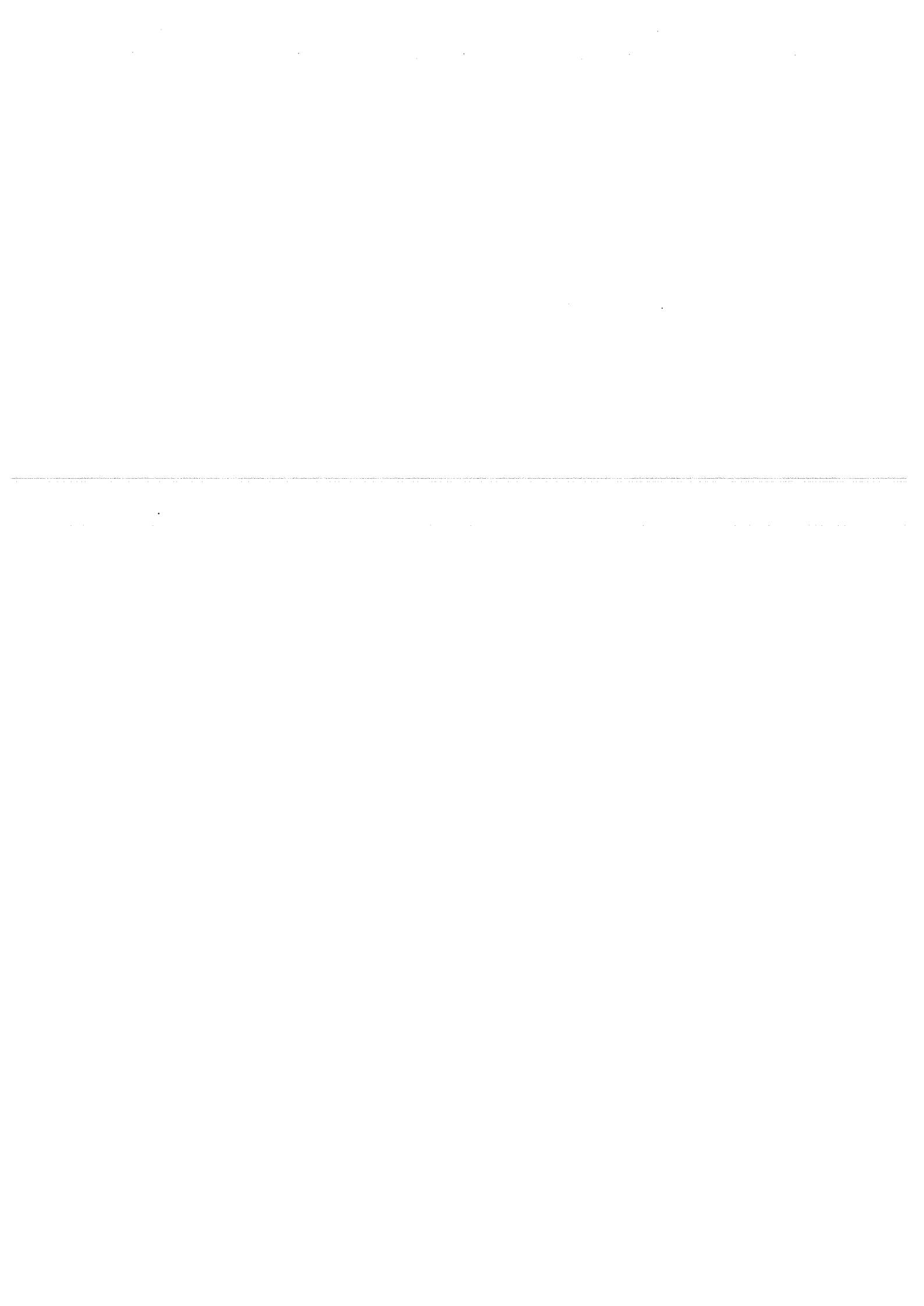
- 1) Preventivi;
- 2) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea 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



**EFR: "ECMO nel supporto circolatorio dell'adulto"**

1° Edizione 15.11.2019

Aula Thun P.O Microcitemico

## Programma didattico dettagliato

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	08:30	09:00	Dallo shock cardiogeno all'arresto cardiaco: Quale e quanto supporto farmacologico e quando il supporto meccanico	RTP	F. Sangalli	F. Pappalardo
Dettaglio 2	09:00	10:00	Valutazione ecocardiografica dei parametri di fisiopatologia cardiaca	RTP	V. Polizzi	F. Sangalli
Dettaglio 3	10:00	10:30	Overview dei sistemi short term – Perché un MCS Program?	RTP	F. Pappalardo	A. Montalto
Dettaglio 4	10:30	11:00	Discussione	CD	A. Montalto	F. Musumeci
Dettaglio 5	11:00	11:40	La gestione emodinamica dell'ECMO - VA	RTP	A. Montalto	F. Sangalli
Dettaglio 6	11:40	12:00	La Sindrome di Arlecchino.	RTP	F. Sangalli	F. Pappalardo
Dettaglio 7	12:00	12:20	L'ischemia dell'arto inferiore	RTP	A. Montalto	F. Sangalli
Dettaglio 8	12:20	13:00	L'algoritmo dello svezzamento ECMO - VA	RTP	F. Sangalli	F. Pappalardo
Dettaglio 9	13:00	13:30	Discussione	CD	F. Frau	L. Cossu
			Pausa Pranzo			
<b>Sessione 2 pomeriggio</b>						
Dettaglio 10	15:00	15:30	Ecocardiografia in ECMO: quali parametri utili nella valutazione dell'assistenza, dello svezzamento e della disfunzione del ventricolo dx.	RTP	V. Polizzi	F. Sangalli
Dettaglio 11	15:30	16:00	Unloading del ventricolo sinistro e disfunzione destra: la visione del cardioanestesista.	RTP	F. Pappalardo	V. Polizzi
Dettaglio 12	16:00	16:30	Unloading del ventricolo sinistro e disfunzione destra: la visione del cardiocirurgo	RTP	F. Musumeci	A. Montalto

Dettaglio 13	16:30	17:00	Casi clinici simulati: tavolo interattivo	LG	R Taccori F. Frau	L. Cossu
Dettaglio 14	17:00	17:30	Discussione	CD	R. Taccori L. Cossu	F. Frau
Dettaglio 15	17:30	18:00	Conclusione dei lavori e verifica dei test di apprendimento ECM	RTP	R. Taccori	L. Cossu F. Frau

	<b>METODI DIDATTICI</b>	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	6	
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)		30
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		