

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 197

del 14.02.2023

Oggetto: Autorizzazione e liquidazione corso ECM: "Corso blocchi nervosi ecoguidati". Spesa complessiva € 8.080,00.

PDTD/2023/172

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 14.02.2023 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

SI NO

Il Responsabile della SSD Formazione

Visto il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020 – Riforma del Sistema Sanitario Regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della Legge Regionale n. 10 del 28.07.2006, della Legge Regionale n. 23 del 2014 e della Legge Regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore;

Visto l'art. 36 comma 2 lettera a), del D. LGS 50/2016;

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;

Considerato che l'Azienda, nello specifico la SC Anestesia e Rianimazione ha attivato il suddetto corso al fine di approfondire le conoscenze sull'utilizzo delle tecniche dell'anestesia locoregionale attraverso i blocchi ecoguidati finalizzati all'attività chirurgica;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano Annuale della Formazione anno 2022 approvato con Deliberazione n° 1437 del 22.12.2021;

Dato Atto che l'attività formativa rivolta al personale dell'Azienda per un totale di 30 partecipanti suddivisi in 2 edizioni, è stata svolta sia da docenti esterni che da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto;

Valutato il Progetto Formativo Aziendale: "Corso blocchi nervosi ecoguidati" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;



segue Determinazione n. 197 del 14.02.2023

DETERMINA

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

1. Di autorizzare il corso di formazione: "Corso blocchi nervosi ecoguidati", rivolto al personale dell'Azienda per un totale di 30 partecipanti suddivisi in 2 edizioni, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
2. Di confermare che l'attività formativa è stata svolta sia da docenti esterni che da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto.
3. Di determinare che la spesa complessiva di € 8.080,00 (ottomilaottanta euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2022.
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 - Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale - la spesa complessiva di € 8.080,00.

Il Responsabile della S.S.D. Formazione
Dott.ssa Carla Ghiani



Al Direttore Generale Dott.ssa A. Foddis

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

Corso blocchi nervosi ecoguidati

STRUTTURA PROPONENTE

S.C. Anestesia e Rianimazione

DESTINATARI (chi è autorizzato a timbrare con la causale 56 e 16)

OBIETTIVI

Approfondimento delle tecniche dell'anestesia locoregionale attraverso i blocchi ecoguidati finalizzati all'attività chirurgica

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Tecniche di anestesia locoregionale mediante l'uso dell'ecografia

Utilizzo dell'ecografo nei vari distretti scheletrici con focalizzazione alla sono-anatomia

Refreshment sui blocchi comunemente utilizzati

Applicazione di nuove tecniche di anestesia locoregionale

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

- Applicazione delle tecniche di anestesia locoregionale

B) Acquisizione competenze di processo:

- Revisione dei protocolli già applicati
- Creazione di nuovi protocolli associati a nuove tecniche di anestesia locoregionale

C) Acquisizione competenze di sistema:

-



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

Struttura _____

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) Sale operatorie

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.

| Edizione numero | Partecipanti per edizione | Data inizio (gg/mm/aaaa) | Data fine (gg/mm/aaaa) |
|-----------------|---------------------------|--------------------------|------------------------|
| Edizione 1 | 15 | 27/10/2022 | 28/10/2022 |
| Edizione 2 | 15 | 30/11/2022 | 01/12/2022 |

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. _____
- Dermatologia e Venereologia** n. _____
- Ematologia** n. _____
- Endocrinologia** n. _____
- Gastroenterologia** n. _____
- Genetica Medica** n. _____
- Geriatrics** 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. _____

| | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Termale</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Aeronautica e Spaziale</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina dello Sport</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Nefrologia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neonatologia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurologia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuropsichiatria Infantile</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i> | <i>n. _____</i> |
| | |
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Urologia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i> | <i>n. _____</i> |
| X Anestesia e Rianimazione | <i>n. 30</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i> | <i>n. _____</i> |



- | | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Trasmisionale</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta)</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i> | <i>n. _____</i> |
| | |
| <input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Privo di Specializzazione</i> | <i>n. _____</i> |
| | |
| <input type="checkbox"/> Odontoiatra | <i>n. _____</i> |
| | |
| <input type="checkbox"/> Psicologo – Psicoterapeuta | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Psicologia</i> | <i>n. _____</i> |
| | |
| <input type="checkbox"/> Laureati non medici (specificare) | |
| _____ | <i>n. _____</i> |
| _____ | <i>n. _____</i> |

n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- 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 Perfusionazione 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)

- 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 x 2 ED = 32 ore totali

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

X Prova Pratica

- Role playing con griglia
- Prova manuale

- Prova orale*
 - Strutturata*
 - Non strutturata*

- Prova scritta*
 - tema*
 - saggio*
 - tesina*
 - altro*

- 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.

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| <i>Docenza</i> | €5400 (€2700 A EDIZIONE) |
| <i>Tutor d'aula</i> | |
| <i>Pernottamento</i> | € 1320 |
| <i>Pasti</i> | € 360 |
| <i>Spese di viaggio</i> | € 1000 |
| <i>2. costo accreditamento</i> | |
| <i>Totale</i> | € 8080 |

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 Alessandro Cognome Solinas
Qualifica Dirigente medico
Struttura S.C. Anestesia e Rianimazione
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ email _____

DOCENTI (dati dei docenti)

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

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

| | | | |
|------------|--------------|-----------|--------------------|
| Nome | <u>Tognu</u> | Cognome | <u>Andrea</u> |
| Telefono | _____ | Cellulare | _____ |
| Fax | _____ | email | _____ |
| Curriculum | _____ | | <u>anestesista</u> |

A) Motivazione della scelta scientifica:

L'esigenza di approfondimento le conoscenze sull'utilizzo delle tecniche dell'anestesia locoregionale attraverso i blocchi ecoguidati finalizzati all'attività chirurgica. Formare il maggior numero di anestesisti per l'utilizzo routinario dei blocchi nervosi attraverso l'utilizzo dell'ecografo



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

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Responsabile Scientifico

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)**

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

Timbro e firma (leggibile)

Dr. ALESSANDRO SOLINAS

Dott. Alessandro Solinas
Dirigente Medico
S.C. Anestesia e Terapia Antalgica
Azienda Ospedaliera Brotzu - Cagliari

Dr. Maria Emilia Marcello
AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE
S.C. RIANIMAZIONE
DIRETTORE F.F.

Dr. Rinaldo Pula
Dott. Maria Emilia Marcello

Dr. Rinaldo Pula



Dr. Rinaldo Pula
SSD FORMAZIONE
AO Brotzu - Cagliari

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

PFA: Corso blocchi nervosi ecoguidati
Sala auditorium Anestesia 5° Piano presidio S. Michele
1° edizione 27-28/10/2022
2° edizione 30/11/2022-01/12/2022

Programma didattico dettagliato

| | Inizio | Fine | Primo giorno | Metodologia | Docente | Sostituto |
|--|--------------|--------------|--|-------------|---------------------------|---------------------------------------|
| Sessione 1 pomeriggio | 14,30 | 19,00 | | | | |
| Dettaglio 1 | 14,30 | 15,00 | Presentazione del corso e obiettivi | RPT | A.Solinas | M.Tedesco G. Sepolvere Tognu A. |
| Dettaglio 2 | 15,00 | 16,00 | Blocchi dell'arto superiore | RPT | M.Tedesco | G. Sepolvere Tognu A. |
| Dettaglio 3 | 16,00 | 17,00 | Blocchi dell'arto inferiore | RPT | G.Sepolvere | M.Tedesco Tognu A. |
| Dettaglio 4 | 17,00 | 18,00 | Blocchi della chirurgia dell'anca | RPT | M.Tedesco | G. Sepolvere Tognu A. |
| Dettaglio 5 | 18,00 | 18,30 | Blocchi della chirurgia del ginocchio | RPT | G.Sepolvere | M.Tedesco. Tognu A. |
| Dettaglio 6 | 18,30 | 19,00 | Prova pratica. Dimostrazione su modello vivente della sonoanatomia dei principali approcci | DT | M.Tedesco | G. Sepolvere Tognu A. |
| | | | Secondo giorno | | | |
| Sessione 1 Mattina | 08,00 | 14,00 | | | | |
| Dettaglio 1 | 08,00 | 14,00 | Esecuzione diretta da parte dei partecipanti delle tecniche di anestesia locoregionale (blocchi dell'arto superiore, blocchi dell'arto inferiore) | ED | M.Tedesco G. Sepolvere | Tognu A. |

| | | | | | | |
|----------------------------------|-------|-------|---|-----|---------------------------|--------------------------|
| | 14,00 | 14,30 | Pausa pranzo | | | |
| Sessione 2 pomeriggio | 14.30 | 20.00 | | | | |
| Dettaglio 2 | 14,30 | 19,30 | Esecuzione diretta da parte dei partecipanti delle tecniche di anestesia locoregionale (blocchi dell'arto superiore, blocchi dell'arto inferiore) | ED | M.Tedesco G. Sepolvere | Tognu A. |
| Dettaglio 3 | 19,30 | 20,00 | Conclusione dei lavori | RTP | M.Tedesco | G. Sepolvere Tognu A. |

| | METODI DIDATTICI | Ore | Min |
|-----|---|-----|-----|
| LM | LEZIONI MAGISTRALI | | |
| RTP | SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO | 4 | 30 |
| TRD | TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI | | |
| CD | CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE") | | |
| DT | DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI | | 30 |
| 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 | 11 | |
| RP | ROLE-PLAYING | | |