AO Brotzu

Deliberazione 681

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 26 MAR. 2018

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Approccio multidisciplinare al paziente con Malattia di Parkinson". Spesa complessiva € 300,00.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 26 MAR. 2018 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. Neurologia vuole attivare il suddetto corso al fine di migliorare la qualità dell'assistenza al paziente affetto da Parkinson;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2018 approvato con Deliberazione n° 284 del 07.02.2018;

Ritenuto che l'attività formativa è rivolta ai Medici di Neurologia, Neurochirurgia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Infermieri, Fisioterapisti, Tecnici di Neurofisiopatologia dell'Azienda per un totale 34 partecipanti, sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio;

Valutato il progetto formativo: Approccio multidisciplinare al paziente con Malattia di Parkinson" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

%

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

AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 681 del 26 MAR. 2018

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare il PFA ECM: "Approccio multidisciplinare al paziente con Malattia di Parkinson", rivolto ai Medici di Neurologia, Neurochirurgia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Infermieri, Fisioterapisti, Tecnici di Neurofisiopatologia dell'Azienda per un totale 34 partecipanti.

2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta 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 pari a € 300,00 (trecento euro) onnicomprensiva, come da documentazione allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.

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

5. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 300,00.

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

Dott.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE ☐
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE *x*

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

"_APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE CON PARKINSON"

STRUTTURA PROPONENTE
Neurologia/Stroke Unit

OBIETTIVI
Migliorare la qualità dell'assistenza al paziente affetto da Parkinson

CONTENUTI *(indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)*
I contenuti del corso riprendono le linee di indirizzo in materia di assistenza al Parkinson, l'inquadramento fisiopatologico, e le misure preventive da mettere in atto

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
Migliorare le competenze mediche e infermieristiche, acquisizione di tecniche pratiche sulla somministrazione della terapia

B) Acquisizione competenze di processo:
Creare una approccio omogeneo e multidisciplinare alla malattia

C) Acquisizione competenze di sistema:
Creare una condivisione degli obiettivi e dei percorsi clinico assistenziali all'interno dell'AOB

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 AOB
(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*

☐ *Altro (specificare)*_____

_____

AUSILI DIDATTICI

X*LAVAGNA LUMINOSA*

☐ *LAVAGNA A FOGLI MOBILI*

X *PC*

☐ *VIDEOPROIETTORE*

☐ *ALTRO DA SPECIFICARE*_____

_____

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.

Edizione numero	*Partecipanti per edizione*	*Data inizio (gg/mm/aaaa)*	*Data fine (gg/mm/aaaa)*
1	*34*	*9 Aprile 2018*	*7 Maggio 2018*

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.* _____
- □ *Geriatria* *n.* _____
- □ *Malattie Metaboliche e Diabetologia* *n.* _____
- □ *Malattie dell' Apparato Respiratorio* *n.* _____
- □ *Malattie Infettive* *n.* _____
- □ *Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza* *n.* _____
- ***x Medicina Fisica e Riabilitazione*** *n.* _*4*
- □ *Medicina Interna* *n.* _____
- □ *Medicina Termale* *n.* _____
- □ *Medicina Aeronautica e Spaziale* *n.* _____
- □ *Medicina dello Sport* *n.* _____
- □ *Nefrologia* *n.* _____
- □ *Neonatologia* *n.* _____

X Neurologia n. _5

□ *Neuropsichiatria Infantile* n. _____

□ *Oncologia* n. _____

□ ***Odontoiatra*** n. _____

□ ***Psicologo – Psicoterapeuta*** n._____

□ *Psicoterapia* n. _____

□ *Psicologia* n._____

□ ***Laureati non medici (specificare)***

_____ n. _____

□ *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. _____

xNeurochirurgia n. 2

□ *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. _____

□ *Continuità Assistenziale* n. _____

□ *Pediatria (Pediatri di libera scelta)* n. _____

□ *Scienza dell'alimentazione e dietetica* n. _____

_____ n. ____
_____ n. ____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

X Infermiere *n.* ***14***
□ *Infermiere pediatrico* *n.* ____
□ *Ostetrica/o* *n.* ____

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

□ *Podologo* *n.* ____
XFisioterapista *n.* ***5***
□ *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.* ____
□ *Dietista* *n.* ____
□ *Igienista Dentale* *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.* ____
xTecnico di Neurofisiopatologia *n* ***4***
□ *Tecnico Ortopedico* *n.* ____

TUTTE LE PROFESSIONI *n.* ____

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

□ *ASL n.* _____
□ *Strutture private*
□ *Altri enti o amministrazioni pubbliche*

DURATA E ARTICOLAZIONE
Il corso si articola in una edizione divisa in due giornate di 3 ore e 30 ciascuna
Durata complessiva dell'attività formativa: 7 ore

PROGRAMMA

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

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

□ *Fotocopie di testi*
□ *Slides*
□ *Testi/libri*
□ *Riviste*
□ *Cd*
□ *Altri supporti*
Cartellina con all'interno dispense e stampati side dei docenti, blocco notes, penne (una copia per partecipante)

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	*€ 300*
Pernottamento	*€*
Pasti	*€*
Spese di viaggio	*€*
Altro:	
1. materiale didattico	*€*
2. costo accreditamento	*€*
Totale	*€*

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 *Giovanni* *Cognome* *Cossu*
Qualifica *Dirigente Medico*
Struttura *Neurologia/Stroke Unit*
Telefono _____ *Cellulare* *3926728141*
Fax _____ *email* *giovannicossu@aob.it*

***DOCENTI** (dati dei docenti)*

Nome *Daniela* *Cognome* *Murgia*
Telefono _____ *Cellulare* *3479617028*
Fax _____ *email* *danielamurgia@aob.it*
Curriculum _____

Nome *Marta* *Cognome* *Melis*
Telefono _____ *Cellulare* *3280510275*
Fax _____ *email* *mrtmelis@gmail.com*
Curriculum _____

Nome	Carlo	Cognome	Conti
Telefono		Cellulare	3487428564
Fax		email	carlo.conti@aob.it
Curriculum			

Nome	Carlo	Cognome	Casula
Telefono		Cellulare	3395792912
Fax		email	crl.casula@tiscali.it
Curriculum			

Nome	Mauro	Cognome	Usala
Telefono		Cellulare	3393267299
Fax		email	m.usala@libero.it
Curriculum			

Nome	Monica	Cognome	Limoncino
Telefono		Cellulare	3468211711
Fax		email	monicalimoncino@aob.it
Curriculum			

Nome	Gabriella	Cognome	Saba
Telefono		Cellulare	3409344062
Fax		email	gabriellasaba@aob.it
Curriculum			

Nome	Manuela	Cognome	Chierici
Telefono		Cellulare	3477851058
Fax		email	chiericiemanuela@gmail.com
Curriculum			

Nome	Nicolina Anna	Cognome	Manca
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome	Emiliano	Cognome	Tatti
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

AO Brotzu
Sede Ufficio Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

A)Motivazione della scelta scientifica:
Necessità di aggiornare il personale Medico e Infermieristico e di creare dei percorsi condivisi

B)Motivazione della scelta economica:
Il corso è articolato nelle ore pomeridiane, i docenti sono tutti dipendenti dell'AOB e il compenso è previsto dal CCNL pertanto il costo è minimo

C)Motivazione della scelta dei docenti:
I docenti scelti sono esperti negli argomenti che verranno trattati

A)Docenti Interni:

in orario di servizio ☐
fuori orario di servizio x

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: Cagliari ***Data*** *(gg/mm/aaaa):* 06/02/2017

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

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Responsabile della struttura organizzativa, (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) ***Maurizio Melis***
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Responsabile della struttura organizzativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) Dott. Giovanni Cossu (Responsabile Scientifico)

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
STROKE UNIT / NEUROLOGIA
DIRETTORE: Dott. Maurizio Melis

DIRIGENTE MEDICO
Dott. Giovanni Cossu

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

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

AO Brotzu - Cagliari
UFFICIO 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*

Approccio multidisciplinare al paziente con Malattia di Parkinson

1 Edizione 9 Aprile 2018, 7 Maggio 2018

AULA CICCU

Programma didattico dettagliato:

	Inizio	Fine	1° GIORNATA 9 APRILE	Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione pomeriggio	14.00	14.30	Inquadramento clinico e storia naturale della malattia	RTP	Giovanni Cossu	Murgia
Dettaglio 1	14.30	15.00	Diagnosi differenziale tra le sindromi extrapiramidali	RTP	Daniela Murgia	Cossu
Dettaglio 2	15.00	15.30	La terapia medica e infusionale	RTP	Marta Melis	Murgia
Dettaglio 3	15.30	16.00	Discussione	CD	Giovanni Cossu	Melis
Dettaglio 4	16.00	17.00	La gestione infermieristica del paziente Parkinsoniano e delle terapie infusionali	ED	Gabriella Saba	Manca
Dettaglio 6	17.00	17.30	Discussione	CD	Giovanni Cossu	Melis
			2° GIORNATA 7 MAGGIO			
Dettaglio 1	14.00	14.30	La terapia chirurgica	RTP	Carlo Conti	EmilianoTatti
Dettaglio 2	14.30	15.00	La gestione infermieristica del paziente in sala operatoria	RTP	Manuela Chierici	Manca
Dettaglio 3	15.00	15.30	Discussione	CD	Giovanni Cossu	Melis
Dettaglio 4	15.30	16.00	La terapia riabilitativa. Principi generali	RTP	Carlo Casula	Cossu
Dettaglio 5	16.00	16.30	La terapia riabilitativa. Aspetti pratici	ED	Mauro Usala	Casula
Dettaglio 6	16.30	17.00	Nutrizione e Disfagia	RTP	Monica Limoncino	Manca
Dettaglio 7	17.00	17.30	Conclusioni e Compilazione Questionario di Apprendimento	RTP	Giovanni Cossu	Manca

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	*4*	
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)		
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	*1*	*30*
RP	ROLE-PLAYING		