AO Brotzu

Deliberazione 1874

**Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data** 29 AGO. 2018

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione EFR ECM: "Gestione infermieristica del paziente anziano con frattura di femore". Spesa complessiva € 2.405,00.

---

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 29 AGO. 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 della SSD 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 di Ortopedia e Traumatologia, Ambulatorio di Ortopedia del P.O. San Michele vuole attivare il suddetto corso al fine della identificazione del processo assistenziale nel paziente anziano con frattura di femore durante la degenza, la riabilitazione, la domiciliazione e le verifiche periodiche;

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

**Dato Atto** che l'attività formativa è rivolta a Infermieri e OSS sia dell'Azienda che esterni per un totale di 140 partecipanti suddivisi in sette edizioni, sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio. La quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 80,00 (ottanta euro) più IVA;

**Valutato** l'evento formativo: "Gestione infermieristica del paziente anziano con frattura di femore" 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. 1874 del 29 AGO. 2018

**DELIBERA**

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare l'EFR ECM: "Gestione infermieristica del paziente anziano con frattura di femore", rivolto agli Infermieri e OSS sia dell'Azienda che esterni per un totale di 140 partecipanti suddivisi in sette edizioni.

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

4. Di determinare che la spesa complessiva sarà pari a di € 2.405,00 (deumilaquattrocentocinque euro) onnicomprensiva, sarà in parte coperta dalle quote delle iscrizioni dei partecipanti esterni, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.

5. Di disporre in € 80,00 (ottanta euro) più IVA i costi di iscrizione addebitabili a ciascun partecipante esterno. Il pagamento della quota di iscrizione è da versare interamente all'atto dell'iscrizione.

6. Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

7. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti interni.

8. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 2.405,00.

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*** *X*
***PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE*** ☐

***TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO***
*"Gestione infermieristica del paziente anziano con frattura di femore".*

***STRUTTURA PROPONENTE***
*Struttura Complessa di Ortopedia e Traumatologia, Ambulatorio di Ortopedia.*

***OBIETTIVI***
*Identificazione del processo assistenziale nel paziente anziano con frattura di femore durante la degenza, la riabilitazione, la domiciliazione e le verifiche periodiche.*
*Obiettivo Age.na.s.: documentazione clinica. Percorsi clinico assistenziali, diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura.*

***CONTENUTI*** *(indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)*
*Durante il corso verranno trattati i seguenti contenuti:*

- *Cenni di anatomia e fisiopatologia del femore nell'anziano*
- *Educazione sanitaria nella prevenzione delle fratture nell'anziano*
- *Utilizzo di strategie comuni tra gli operatori sanitari e la famiglia*
- *Ottimizzazione degli accessi ai servizi territoriali e coordinamento delle figure interessate*

***A) Acquisizione competenze tecnico-professionali***
*Il corso è volto all'acquisizione delle seguenti competenze tecnico-professionali:*

- *gestione della paura e del dolore*
- *tecniche infermieristiche per la mobilizzazione e le posture*
- *gestione della ferita chirurgica*
- *educazione alimentare*
- *prevenzione ambiente e domicilio*
- *tecniche riabilitative per una corretta verticalizzazione/deambulazione*

*Il corso è indirizzato al personale infermieristico e agli operatori socio sanitari dell'area critica (pronto soccorso, ortopedia, rianimazione, neurochirurgia, medicina d'urgenza e chirurgia d'urgenza) e del territorio regionale.*

***B) Acquisizione competenze di processo***
*Durante il corso i discenti acquisiranno competenze relative a:*

- *corretta gestione dei presidi per la traumatologia: barella spinale, rullo di trasferimento, trazione transcheletrica, calze elastiche, alzate WC, etc.*
- *competenze specifiche per la gestione dell'igiene, della mobilizzazione a letto e per la riduzione delle complicanze da allettamento*
- *gestione della ferita chirurgica*
- *corretto utilizzo degli ausilii alla deambulazione (stampelle, deambulatore)*

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

*Il corso prevede l'acquisizione di competenze relative ai seguenti argomenti:*

- *Gestione ed organizzazione territoriale dei servizi, delle figure professionali, della programmazione dei controlli clinici e del monitoraggio dei cambiamenti ambientali e di stili di vita sulla base delle indicazioni ricevute.*
- *Valutazione dell'incidenza delle cadute sulla spesa pubblica, sul benessere del paziente e della famiglia.*
- *Riduzione degli accessi in ospedale.*

***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 aula Deriu/Ciccu San Michele*

***SPAZI NECESSARI***
*(Barrare le caselle di interesse)*

| | |
|---|---|
| *X 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*
*X PC*
*X VIDEOPROIETTORE*
*X ALTRO DA SPECIFICARE: trazioni scheletriche, sollevatori paziente, calze elastiche, alzate WC, maniglioni di sicurezza, stampelle, deambulatore*

***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.*

| *Edizione numero* | *Partecipanti per edizione* | *Data inizio (gg/mm/aaaa)* | *Data fine (gg/mm/aaaa)* |
|---|---|---|---|
| *1 ed* | *20* | *02/10/2018* | *02/10/2018* |
| *2 ed* | *20* | *09/10/2018* | *09/10/2018* |
| *3 ed* | *20* | *16/10/2018* | *16/10/2018* |
| *4 ed* | *20* | *23/10/2018* | *23/10/2018* |
| *5 ed* | *20* | *31/10/2018* | *31/10/2018* |
| *6 ed* | *20* | *06/11/2018* | *06/11/2018* |
| *7 ed* | *20* | *13/11/2018* | *13/11/2018* |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

***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.* _____
- ☐ *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.* _____
- ☐ *Neuropsichiatria Infantile* *n.* _____
- ☐ *Oncologia* *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.* _____
- ☐ *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. _____

- ☐ *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. _____

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

*X Infermiere* *n. 100*
*□ 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.* _____
*X OSS* *n. 40*

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

*X ASL n.* _____
*□ 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 63 (7 edizioni da 9 ore)*

***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*
◻ *Slides*
◻ *Testi/libri*
◻ *Riviste*
◻ *Cd*
◻ *Altri supporti*

***VALUTAZIONE***

*MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO*

*X Prova Pratica*
- *X 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.*

| | |
|---|---|
| *Docenza* | *€ 2.405,00* |
| *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:* *€ 80,00 + IVA se dovuta*

***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* | *GIUSEPPE* | *Cognome* | *QUACQUARELLI* |
| *Qualifica* | *INFERMIERE* | | |
| *Struttura* | *S.C. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA* | | |
| *Telefono* | | *Cellulare* | *3937013754* |
| *Fax* | | *email* | *infermiereformazione@gmail.com* |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Nome* | *GIUSEPPE* | *Cognome* | *QUACQUARELLI* |
| *Telefono* | | *Cellulare* | *3937013754* |
| *Fax* | | *email* | *infermiereformazione@gmail.com* |
| *Curriculum* | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Nome* | *ELENA* | *Cognome* | *PIREDDU* |
| *Telefono* | | *Cellulare* | *349 6720932* |
| *Fax* | | *email* | *elenapireddu@aob.it* |
| *Curriculum* | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Nome* | *DEMETRIO* | *Cognome* | *DELLA SALA* |
| *Telefono* | | *Cellulare* | *3403704981* |
| *Fax* | | *email* | *demetrio72@virgilio.it* |
| *Curriculum* | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Nome* | *RITA* | *Cognome* | *CARRUCCIU* |
| *Telefono* | | *Cellulare* | *3498793838* |
| *Fax* | | *email* | *ritacarrucciu@gmail.com* |
| *Curriculum* | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Nome* | *GIANLUCA* | *Cognome* | *DE SENSI* |
| *Telefono* | | *Cellulare* | *3293849175* |
| *Fax* | | *email* | *desensi.gianluca@gmail.com* |
| *Curriculum* | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Nome* | *ANGELO LUDOVICO* | *Cognome* | *RUSSO* |
| *Telefono* | | *Cellulare* | *328 8056925* |
| *Fax* | | *email* | *angel.rus@tiscali.it* |
| *Curriculum* | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome | EMANUELE | Cognome | CABRAS |
| Telefono | | Cellulare | 3332114252 |
| Fax | | email | emanuelecabras@hotmail.com |
| Curriculum | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome | ALESSIO | Cognome | PETTINAU |
| Telefono | | Cellulare | 3290618776 |
| Fax | | email | alepetty2006@libero.it |
| Curriculum | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome | IVAN | Cognome | ATZORI |
| Telefono | | Cellulare | 3409347262 |
| Fax | | email | atzoriivan@gmail.com |
| Curriculum | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome | FRANCESCO | Cognome | CHIGHINE |
| Telefono | | Cellulare | 3471664785 |
| Fax | | email | f.chighine@gmail.com |
| Curriculum | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome | MICHELE | Cognome | PANEBIANCO |
| Telefono | | Cellulare | 337600759 |
| Fax | | email | mipaneb@tin.it |
| Curriculum | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome | PIETRO | Cognome | BRAINA |
| Telefono | | Cellulare | 3358198952 |
| Fax | | email | pietrobraina@aob.it |
| Curriculum | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome | VALERIA | Cognome | SAILIS |
| Telefono | | Cellulare | 3487231224 |
| Fax | | email | sailisvaleria@gmail.com |
| Curriculum | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome | ALESSANDRA | Cognome | PANI |
| Telefono | | Cellulare | 3395221819 |
| Fax | | email | alessandrapani61@gmail.com |
| Curriculum | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome | SABRINA | Cognome | STAICO |
| Telefono | | Cellulare | 3355289787 |
| Fax | | email | sabrinastaico@aob.it |
| Curriculum | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Nome* | *ANGELA* | *Cognome* | *DI BERNARDO* |
| *Telefono* | | *Cellulare* | *3397900455* |
| *Fax* | | *email* | *angeladibernardo@alice.it* |
| *Curriculum* | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Nome* | *ALESSIO* | *Cognome* | *SCINTU* |
| *Telefono* | | *Cellulare* | *3491324843* |
| *Fax* | | *email* | *scintualessio@gmail.com* |
| *Curriculum* | | | |

***A)Motivazione della scelta scientifica:***
*Mobilizzazione in sicurezza del paziente anziano con la frattura d'anca. Nell'evitare complicanze anche mortali, il paziente anziano con frattura di femore è oggi sottoposto ad intervento chirurgico di sintesi dei monconi di frattura entro 48 ore. Questo progetto nasce dall'esigenza di creare una maggiore sensibilizzazione negli operatori sanitari e nella famiglia, in sinergia con le indicazioni dell'ortopedico, per una migliore ottimizzazione del processo assistenziale e per una precoce ripresa di autonomia del paziente stesso.*

***B)Motivazione della scelta economica:***
*Le spese di docenza degli operatori professionali interni fanno riferimento al tabellare regionale secondo i massimali e le retribuzioni dei docenti (delibera G.R. n. 32/79 del 24/07/2012) e al contratto CCNL.*
*Una parte dei costi sarà coperta dalla quota di iscrizione dei partecipanti esterni.*

***C)Motivazione della scelta dei docenti:***
*I docenti sono stati individuati tra professionisti esperti nelle strutture di Ortopedia, Emergenza-Urgenza, Diagnostica Radiologica, Sala Operatoria, Fisiatria con una comprovata esperienza sul campo.*

***A)Docenti Interni:***

| | |
|---|---|
| ***in orario di servizio*** | *X* |
| ***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):*** 23/08/2018

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

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL DIRETTORE GENERALE
*Dott.ssa Graziella Pintus*

***Timbro e Firma (leggibile)***
***Responsabile Scientifico***

*Giuseppe Quacquarelli*

***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-CAGLIARI
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
IL DIRETTORE
*Dott. Giuseppe Dessi*

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

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
IL DIRETTORE
*Dott. Giuseppe Dessì*

***Nome e Cognome** (In stampatello)*
*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*

***Gestione infermieristica del paziente anziano con frattura di femore***

*Edizione 01 – 02/10/2018 - AULA DERIU*
***Edizione 02 – 09/10/2018 - AULA CICCU***
*Edizione 03 – 16/10/2018 - AULA DERIU*
*Edizione 04 – 23/10/2018 - AULA DERIU*
*Edizione 05 – 31/10/2018 - AULA DERIU*
***Edizione 06 – 06/11/2018 - AULA CICCU***
*Edizione 07 – 13/11/2018 - AULA DERIU*

**Programma didattico dettagliato**

| | Inizio | Fine | | Metodologia | Docente | Sostituto |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dettaglio 1 | 8,00 | 8,30 | Presentazione del corso | RTP | QUACQUARELLI | PIREDDU |
| Dettaglio 2 | 8,30 | 8,45 | Cenni di anatomia e di fisiopatologia della frattura del femore nell'anziano | RTP | RUSSO | CABRAS |
| Dettaglio 3 | 8,45 | 9,15 | Allarme, tecniche di immobilizzazione e trasferimento del paziente in sicurezza | DT | DELLA SALA<br>QUACQUARELLI | CARRUCCIU |
| Dettaglio 4 | 9,15 | 9,30 | Triage e gestione in Pronto Soccorso del paziente con frattura di femore | DT | CARRUCCIU | DELLA SALA |
| Dettaglio 5 | 9,30 | 9,45 | Pronto Soccorso: percorso diagnostico e criticità della frattura del femore nell'anziano | RTP | STAICO | DI BERNARDO<br>RUSSO |
| Dettaglio 6 | 9,45 | 10,00 | Corretta esecuzione degli esami radiografici (PS – Sala Operatoria) | DT | PANEBIANCO | CHIGHINE |
| Dettaglio 7 | 10,00 | 10,30 | Assistenza infermieristica al paziente anziano con frattura di femore in sala operatoria | DT | PETTINAU | ATZORI |
| Dettaglio 8 | 10,30 | 12,30 | Esecuzione diretta delle tecniche di immobilizzazione e del trasferimento del paziente in sicurezza | ED | QUACQUARELLI<br>DELIGIA | CARRUCCIU |
| Dettaglio 9 | 12,30 | 12,45 | Recupero funzionale e dell'autonomia deambulatoria nel paziente anziano dopo frattura di femore | RTP | BRAINA | RUSSO |
| Dettaglio 10 | 12,45 | 13,00 | Deambulazione assistita | DT | SAILIS | PANI |
| | 13,00 | 14,00 | **PAUSA PRANZO** | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dettaglio 11 | 14,00 | 14,30 | Integrazione ospedale-territorio, incidenza costi sanitari | RTP | PIREDDU | QUACQUARELLI |
| Dettaglio 12 | 14,30 | 15,00 | Assistenza infermieristica pre e postoperatoria al paziente anziano con frattura di femore | DT | DE SENSI<br>QUACQUARELLI | SCINTU |
| Dettaglio 13 | 15,00 | 16,30 | Esecuzione diretta delle tecniche di mobilizzazione/trasferimento in sicurezza del paziente con frattura di femore con ausilio ad alto scorrimento | ED | QUACQUARELLI<br>PIREDDU | DELIGIA |
| Dettaglio 14 | 16,30 | 17,30 | Role-playing con griglia | RP | QUACQUARELLI | PIREDDU |
| Dettaglio 15 | 17,30 | 18,00 | Chiusura corso e questionario gradimento | RTP | QUACQUARELLI | PIREDDU |

| | METODI DIDATTICI | Ore | Min |
|---|---|---|---|
| LM | LEZIONI MAGISTRALI | | |
| RTP | SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO | *2* | *15* |
| 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 | *2* | *15* |
| 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 | *1* | *00* |