

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 20 MAR. 2019

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)". Spesa complessiva € 516,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 21 MAR. 2019 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 Direzione Sanitaria Aziendale - Dirigenza Delle Professioni Sanitarie Infermieristiche E Ostetrica vuole attivare il suddetto corso al fine di aggiornare conoscenze e competenze dei professionisti sanitari riguardo alle nuove linee guida internazionali sul BLSD. L'obiettivo è di uniformare i comportamenti degli operatori sanitari e le azioni da compiere durante la gestione di un arresto cardiocircolatorio;

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

**Recepito** che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 24 partecipanti suddivisi in due edizioni sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio;

**Valutato** il progetto formativo: "Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)" 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. 118 del 20 MAR. 2019

## DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il PFA ECM: Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD) rivolto al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 24 partecipanti suddivisi in due edizioni sarà svolto da docenti interni fuori orario di servizio.
2. Di 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. Di determinare che la spesa complessiva è di € 516,00 (cinquecentosedici euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.
4. Autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti interni.
5. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 516,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus



Al Sig. Direttore Generale

## **RICHIESTA**

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

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

**CORSO BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION (BLS)**

### **STRUTTURA PROPONENTE**

*Direzione Sanitaria Aziendale - Dirigenza Delle Professioni Sanitarie Infermieristiche E Ostetrica*

**Obiettivi Didattico-Formativi Del Programma:** 2 linee guida - protocolli - procedure

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

### **OBIETTIVI**

Riconoscimento e trattamento tempestivo ed appropriato dell'arresto cardiocircolatorio dell'adulto in attesa di una terapia avanzata nell'adulto. Fornire competenze specifiche per la gestione di un corretto soccorso in situazione di emergenza. Aggiornamenti scientifici e aspetti organizzativi e normativi correlati alla gestione dell'emergenza cardiocircolatoria.

Organizzazione, gestione, corretto utilizzo e manutenzione delle apparecchiature e dello strumentario per un adeguato soccorso.

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

le finalità del corso possono essere riassunte nei punti sotto riportati:

- valutazione dello stato di coscienza, dell'attività respiratoria e circolatoria intesa come presenza e qualità.

- attivazione del sistema di emergenza sanitaria intra-ospedaliera

- posizionamento della vittima

- rendere pervie le vie aeree mediante : estensione del capo e sollevamento della mandibola. - controllo ed eventuale liberazione delle vie aeree secondo specifiche tecniche pratiche.

- utilizzo dei mezzi aggiuntivi per la respirazione assistita cannula orofaringea, maschera, pallone autoespandibile



- esecuzione del massaggio cardiaco con compressioni toraciche alternate a insufflazioni
- tecniche effettuate a uno e a due soccorritori differenze e problematiche.
- Conoscere ed eseguire il posizionamento laterale di sicurezza
- Riconoscimento dell'ostruzione acuta delle vie aeree (inalazione di corpo estraneo ) ed esecuzione delle manovre per la liberazione delle stesse
- Utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno – DAE
- Protocolli utilizzo DAE
- Dibattito tecnico - pratico fra discenti seguiti dall'esperto.

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

i partecipanti acquisiranno competenze circa:

- il riconoscimento della condizione di arresto cardiaco (ac);
- l'attivazione dei sistemi di soccorso;
- il mantenimento della pervietà delle vie aeree e il supporto del respiro e del circolo senza l'uso di strumenti diversi dai soli presidi di protezione personale

**B) Acquisizione competenze di processo:**

Ottimizzare la modalità di approccio all'arresto cardiaco, fornendo conoscenze, competenze e abilità al fine di agire tempestivamente e dare maggiore possibilità di sopravvivenza alle persone colpite da arresto cardiaco-circolatorio intervenendo con efficacia avendo a disposizione uno schema di comportamento pratico ed efficace da attuare, in attesa di una terapia avanzata.

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Uniformare la formazione degli operatori sanitari, al fine di migliorare qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza nel processo di rianimazione cardio-polmonare . aggiornare gli schemi d'intervento e l'uso del defibrillatore semiautomatico. Aggiornare le capacità di autocontrollo in risposta a situazioni critiche

**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  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)
- xAula con capienza di n. 12 partecipanti
- Sala conferenza per n. \_\_\_\_\_ partecipanti
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**AUSILI DIDATTICI**

- xLAVAGNA LUMINOSA
- xLAVAGNA A FOGLI MOBILI
- x PC
- xVIDEOPROIETTORE
- 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)
1	12	11 dicembre 2018	11 dicembre 2018
2	12	12 dicembre 2018	12 dicembre 2018

**PROFESSIONI**

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

**PROFESSIONI SANITARIE**

**Farmacista**

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

**Ospedaliera**

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

**Farmacia Territoriale**

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

**Medico chirurgo TUTTE LE DISCIPLINE**

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

**Angiologia**

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

**Cardiologia**

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

**Dermatologia e Venereologia**

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

**Ematologia**

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

**Endocrinologia**

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

**Gastroenterologia**

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

**Genetica Medica**

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

**Geriatrics**

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

**Malattie Metaboliche e Diabetologia**

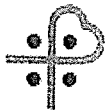
n. \_\_\_\_\_

**Malattie dell' Apparato Respiratorio**

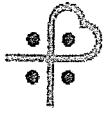
n. \_\_\_\_\_

**Malattie Infettive**

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

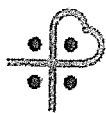


<input type="checkbox"/> <i>Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Fisica e Riabilitazione</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Termale</i>	<i>n. _____</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>



<input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina TrASFusionale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>	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"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta )</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Privo di Specializzazione</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Odontoiatra</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Psicologo – Psicoterapeuta</b>	n. _____





- Psicoterapia* n. \_\_\_\_\_
- Psicologia* n. \_\_\_\_\_
- Laureati non medici (specificare)**
- \_\_\_\_\_ 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. \_\_\_\_\_
- 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. \_\_\_\_\_



Emissione 28/06/2016

Revisione 04/10/2018

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.3

Pag. 8 a 14

 *x* *Tecnico di Neurofisiopatologia*

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

 *Tecnico Ortopedico*

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

 *Dietista*

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

 *Igienista Dentale*

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

 **TUTTE LE PROFESSIONI****TOT n.\_24****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 5 x 2edizioni=10 ore***PROGRAMMA***Si allega file del programma del corso: SÌ  NO* **MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.***(Barrare le caselle d'interesse)* *x* *Fotocopie di testi* *x* *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*
- 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>	€516.00 (10H X 25,82€X 2 PERSONE)
<i>Tutor didattico</i>	€
<i>Tutor d'aula</i>	€
<i>Pernottamento</i>	€
<i>Pasti</i>	€
<i>Spese di viaggio</i>	€
<i>Altro:</i>	
1. <i>materiale didattico</i>	€
2. <i>costo accreditamento</i>	€
<i>Totale</i>	€

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

*Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.*

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

SSD Formazione  
Responsabile: Dott. Andrea Corrias  
Tel. 070.5296.5576  
Tel. 070.5296.5575-5578-5574  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

AO Brotzu  
Sede SSD Formazione  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)



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.

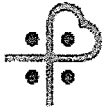
Nome	<u>Bruna</u>	Cognome	<u>Dettori</u>
Qualifica	<u>Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche e ostetriche</u>		
Struttura	<u>Direzione Sanitaria</u>		
Telefono	<u>070 539853</u>	Cellulare	<u>329 6286057</u>
Fax		email	<u>brunadettori@aob.it</u>

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	<u>Bruna</u>	Cognome	<u>Dettori</u>
Qualifica	<u>Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche e ostetriche</u>		
Struttura	<u>Direzione Sanitaria</u>		
Telefono	<u>070 539853</u>	Cellulare	<u>329 6286057</u>
Fax		email	<u>brunadettori@aob.it</u>

Nome	<u>ERICA IMMACOLATA</u>	Cognome	<u>MAIETTA</u>
Telefono		Cellulare	<u>3476445152</u>
Fax		email	<u>Erica.i.maietta@aob.it</u>
Curriculum	<u>SI</u>		

Nome	<u>CRISTIANA SIMONETTA</u>	Cognome	<u>CAREDDA</u>
Telefono		Cellulare	<u>3404590019</u>
Fax		email	<u>cristianasimonacerreda@aob.it</u>

Curriculum SI

Nome	GIULIO	Cognome	BINAGHI
Telefono	3284324976	Cellulare	3284324976
Fax		email	giulio <b>binaghi</b> @aob.it
Curriculum	SI		

1) Nome	ALESSIO	Cognome	TRENTA
Telefono		Cellulare	3388407391
Fax		email	alessio <b>trenta</b> @aob.it
Curriculum	SI		

1) Nome	EMANUELA	Cognome	SERRA
Telefono		Cellulare	3398325207
Fax		email	emanuela <b>serra</b> @aob.it
Curriculum	SI		

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Il corso nasce dall'esigenza di aggiornare conoscenze e competenze dei professionisti sanitari riguardo alle nuove linee guida internazionali sul BLSD. L'obiettivo è di uniformare i comportamenti degli operatori sanitari e le azioni da compiere durante la gestione di un arresto cardiocircolatorio. Considerata la rilevanza strategica del corso tutti i partecipanti verranno coinvolti in regime di aggiornamento obbligatorio.

**B) Motivazione della scelta economica:**

La spesa prevista risulta economicamente vantaggiosa (per n. 2 edizioni), in funzione del fatto che i docenti sono tutti interni. Il compenso dei docenti interni è conforme a quanto previsto dai CCNLL.

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

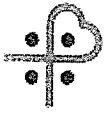
Si tratta di docenti con esperienza didattica certificata e di professionisti con effettiva qualifica professionale per trattare gli argomenti oggetto del corso in materia di rianimazione cardiopolmonare (RCP).

**RICADUTA FORMATIVA**

Attività	Indicatore	Valore atteso	Tempo

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

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

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

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

Dott.ssa Bruna Dettori *Bruna Dettori*

**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)**

Dott. Vinicio Atzeni  
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. *Vinicio Atzeni*

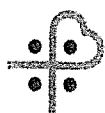
**Nome e cognome (in stampatello)**  
**Il Direttore del Dipartimento**  
**Timbro e Firma (leggibile)**  
**Il Direttore del Dipartimento**

**Nome e Cognome (In stampatello)**  
**Responsabile Ufficio Formazione**

**AO Brotzu - Cagliari**  
**SSD FORMAZIONE**  
sp.: Dott. Andrea Corrias

**Timbro e firma (leggibile)**

*Andrea Corrias*



## PFA: CORSO BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION (BLS/D)

1° ed 11.12.2018

2° ed 12.12.2018

Aula THUN PO BUSINCO

## Programma didattico dettagliato

Sessione 1 Mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	14:30	14:45	PRESENTAZIONE DEL CORSO	RTP	B. Dettori	E. I. Maietta C.S. Caredda E.Serra G.Binaghi A. Trenta
Dettaglio 2	14:45	15:00	DESCRIZIONE DELL'ALGORITMO BLS/D	RTP	B. Dettori	E. I. Maietta C.S. Caredda E.Serra G.Binaghi A. Trenta
Dettaglio 3	15:00	15:30	PROIEZIONE VIDEO -BLS/D INTRAOSPEDALIERO -BLS/D EXTRAOSPEDALIERO	DT	E. I. Maietta	E.Serra G.Binaghi A. Trenta C.S. Caredda
Dettaglio 4	15:30	16:00	CONFRONTO/DIBATTITO E SPAZIO ALLE DOMANDE	CD	E. I. Maietta C.S. Caredda	E.Serra G.Binaghi A. Trenta
Dettaglio 5	16:00	18:00	TRAINING SU MANICHINO A PICCOLI GRUPPI	ED	E. I. Maietta C.S. Caredda	E.Serra G.Binaghi A. Trenta
Dettaglio 6	18:00	19:00	SIMULAZIONE DI CASI CLINICI	ED	E. I. Maietta C.S. Caredda	E.Serra G.Binaghi





						A. Trenta
Dettaglio 7	19:00	19:30	COMPILAZIONE QUESTIONARI ECM E D'APPRENDIMENTO	RTP	E. I. Maietta	C.S. Caredda E.Serra G.Binaghi A. Trenta

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

