**AO** Brotzu

**Determinazione del Direttore della SSD Formazione n°** 565 **del** 30.04.2019

**Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. Marco Dominici.**

PDTD/2019/586

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 30.04.2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

**Luisanna Perra**

**Il Responsabile 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. 263 del 04.03.2015, con la quale il Commissario Straordinario ha autorizzato il Responsabile della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;

**Vista** la comunicazione Prot. n° 4068 del 18.04.2019, con la quale il Direttore della S.C. Anestesia e Rianimazione ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore del Dott. Marco Dominici;

**Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione del Dott. Marco Dominici al Corso: "I Fondamenti della Ventilazione Meccanica " che si terrà a Milano dal 06.05.2019 al 07.05.2019, per un importo presunto complessivo di € 1180,00 (millecentoottanta euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;

**Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio- Dipartimento Emergenza- fondi di struttura 2019-, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura del Dott. Marco Dominici ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso;

%

**AO** Brotzu

Segue determinazione n. 565 del 30.04.2019

**D E T E R M I N A**

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione del Dott. Marco Dominici al Corso: "I Fondamenti della Ventilazione Meccanica " che si terrà a Milano dal 06.05.2019 al 07.05.2019.
2. Autorizzare il Dott. Marco Dominici a partire il giorno prima dell'evento formativo e al rientro il giorno successivo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1180,00 (millecentoottanta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio- Dipartimento Emergenza - fondi di struttura 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti del Dott. Marco Dominici venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione
Dott. Andrea Corrias

CPSI Dott.ssa Maria Carmina Campus

CAMPUS MARIA CARMINA

Firmato digitalmente da CAMPUS MARIA CARMINA
Data: 2019.04.29 09:49:30 +02'00'

CORRIAS ANDREA

Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA
Data: 2019.04.29 10:38:50 +02'00'

AO BROTZU
NP/2019/4068 del 18/04/2019 ore 13,08
Mittente SC Anestesia e Rianimazione (SM)
Assegnatario SSD Formazione

AO Brotzu

**UFFICIO FORMAZIONE**

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018

**Richiesta di Aggiornamento Obblig**
**Fuori sede**

*LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E PRESENTATA DAL RICHIEDENTE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA DATA D'INIZIO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA*

**N. protocollo**_____

***1. Si richiede di autorizzare il dipendente***

**Nome e Cognome** MARCO DOMINICI

**Struttura di appartenenza** SC ANESTESIA e RIANIMAZIONE

**Dipartimento** EMERGENZA / URGENZA

**Telefono /cellulare** [redacted] **e-mail** dominici.marco76@gmail.com

**Qualifica** DIRIGENTE MEDICO

**Area contrattuale:**
- ☐ Comparto
- ☐ Dirigenza Sanitaria
- ☑ Dirigenza Medica
- ☐ Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto ☐ a tempo determinato ☑ a tempo indeterminato

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

**Nome e cognome del partecipante per assenso**

**Firma** (leggibile) MDominici

***2. Parere del sovraordinato gerarchico per il personale del comparto***

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

☐ *Favorevole* ☐ *Non favorevole*

Motivazione del parere: _____

**Firma e Timbro** (leggibile) Del Coordinatore per il comparto sanità _____

**Fondo:**
- ☐ fondo di struttura
- ☐ fondo strategico Aziendale (vedi punto 5)
- ☐ fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto fondo a cura del settore economico )

Data (gg/mm/aaaa): 16/04/2019

**Firma e Timbro** (leggibile)
Il Direttore di Struttura

**Firma e Timbro** (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

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

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

**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

### *3. Dati dell'attività formativa*

**Titolo:** I FONDAMENTI DELLA VENTILAZIONE MECCANICA

**Sede:** MILANO - SMART 2013

| **Data:** | da (gg/mm/aaaa) 06/5/13 | a (gg/mm/aaaa) 07/5/13 | **Durata dell'attività formativa in ore: N.** _____ |
|---|---|---|---|
| **Tipologia evento** | | | |
| Corso | corso teorico/pratico | Congresso | Convegno | Seminario | frequenza in altra struttura | | |
| **Organizzatore:** | | | |

***Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider*** _____

***Attività ECM?*** □ Si | ☑ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:*** /

**Allega* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:** □ Si | □ No

**Diversamente NON SARÀ POSSIBILE AUTORIZZARE E RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.*

### *4. Preventivo di spesa*

**Ipotesi di spesa totale:**

| | | |
|---|---|---|
| • ***Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:***<br>☑ ***Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)***<br>□ ***A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA***<br>□ ***Non prevista*** | | € 580 |
| • ***Vitto:*** | | € 120 |
| • ***Pernottamento:*** | | € 270 |
| • ***Viaggio:*** | • ****Partenza giorno prima*** ☑<br>• ****Rientro giorno dopo*** ☑ | € 160 |
| • ***Altre spese:*** | | € 50 |
| ***Totale spesa presunta*** | | € ~~1.020~~ 1.180 |

****il dipendente chiede sotto la propria responsabilità di essere autorizzato, per motivi legati ai trasporti, alla partenza il giorno prima e/o al rientro il giorno dopo l'evento.***

**ATTENZIONE**: *non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale*

***5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale***

*(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)*

□ *Favorevole* □ *Non favorevole*

Motivazione del parere:

**Firma e Timbro** (leggibile)
Il Direttore Generale (o suo delegato)

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

***6. Parere del Responsabile SSD Formazione***

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

☑ *Favorevole* □ *Non favorevole*

Motivazione del parere:

**Data,** 24.4.2019

**Firma e Timbro** (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione _____
Resp.: Dott. Andrea Corrias

***7. Esenzione IVA***

***(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)***

**Alla Segreteria Organizzativa**

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente DR. MARCO DOMINICI

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu _____,

è stata/o autorizzata/o a partecipare in regime di aggiornamento obbligatorio alla frequenza del:

Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra struttura

**Titolo:** I FONDAMENTI della VENTILAZIONE MECCANICA

**Sede:** MILANO - SMART 2019

**Data:** da (gg/mm/aaaa) 06/5/19 a (gg/mm/aaaa) 07/5/19

Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

**Data,** 18/4/19

**Firma e Timbro** (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott. Andrea Corrias

# I FONDAMENTALI
## della Ventilazione Meccanica

**MILANO, 6-7 Maggio 2019**

*Chairman: G. Foti*

## LUNEDÌ 6 MAGGIO

8.30 Registrazione

8.45 **Pump failure e lung failure: cause di insufficienza respiratoria acuta**
- *Polmone*
  *M. Antonelli*
- *Vie aeree*
  *S. Nava*
- *Cuore*
  *G. Foti*
- *Sistema nervoso e muscoli*
  *P. Navalesi*

10.15 *Coffee Break*

10.45 **Supporto ventilatorio totale: modalità controllate**
- *Volume*
  *G.A. Iotti*
- *Pressione*
  *C. Gregoretti*
- *ARDS e VILI*
  *V.M. Ranieri*

12.00 **Supporto ventilatorio parziale: modalità assistite**
- *L'approccio USA: l'Assistita-Controllata*
  *G.A. Iotti*
- *L'approccio Europeo: il Pressure Support*
  *G. Conti*

13.00 *Snack Lunch*

14.00 **Supporto ventilatorio parziale: altre modalità assistite**
- *Intermittent Mandatory Ventilation (IMV)*
  *G.A. Iotti*
- *Bilevel / Airway Pressure Release Ventilation (APRV)*
  *G. Foti*

14.40 **Valutazione della meccanica respiratoria passiva**
- *Resistenza e AutoPEEP*
  *E. Calderini*
- *Compliance*
  *G. Foti*

**15.30** INCONTRO CON GLI ESPERTI
Esercitazioni pratiche a rotazione
Parte 1 - 5 workstation*
*Tutti i docenti*

18.00 Chiusura della giornata

## MARTEDÌ 7 MAGGIO

8.30 **La ventilazione non invasiva**
- *I ventilatori*
  *G. Conti*
- *Le interfacce*
  *C. Gregoretti*
- *Le indicazioni*
  *M. Antonelli*

9.30 **Lavorare sul polmone malato con le pressioni: caso clinico (ventilazione protettiva, PEEP, curva pressione-volume e reclutamento**
*E. Calderini, G. Foti. C. Gregoretti*

10.30 *Coffee Break*

11.00 **Il circuito esterno del ventilatore**
- *I circuiti*
  *C. Gregoretti*
- *L'umidificazione delle vie aeree*
  *G. Conti*

12.00 **Come ventilo il paziente ostruttivo: caso clinico di stato di male asmatico**
*G. Conti, S. Nava, P. Navalesi, M. Antonelli*