

Adottata dal DIRETTORE GENERALE f.f. in data 29 MAG. 2019

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Gestione delle vie aeree difficili". Spesa complessiva € 1.570,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 29 MAG. 2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore Amministrativo

IL DIRETTORE GENERALE f.f.	Dott. Vinicio Atzeni
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo f.f.	Dott.ssa Donatella Floris
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. Anestesia e Rianimazione del P.O. Businco vuole attivare il suddetto corso al fine di creare percorsi clinici assistenziali per ridurre la morbilità e la mortalità legata alla gestione delle vie aeree difficili sia previste e non previste sia in sala operatoria che in terapia intensiva sia in urgenza che in emergenza;
- 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 rivolta ai Medici e agli Infermieri per un totale di 50 partecipanti suddivisi in 2 edizioni sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto;
- Valutato** il progetto formativo: "Gestione delle vie aeree difficili" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

%

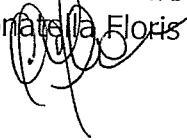
Segue Deliberazione n. 1343 del 29 MAG. 2019

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:


1. Di autorizzare il PFA ECM: "Gestione delle vie aeree difficili", rivolto ai Medici e agli Infermieri per un totale di 50 partecipanti suddivisi in 2 edizioni.
2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni 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 pari a € 1.570,00 (millecinquecentosettanta euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.
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 autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti interni.
6. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 1.570,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.f.
Dott.ssa Donatella Floris



IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE f.f.
Dott. Vinicio Atzeni





Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

GESTIONE DELLE VIE AEREE
DIFFICILI

STRUTTURA PROPONENTE

SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO
BUSINCO

OBIETTIVI

LA GESTIONE APPROPRIATA DELLE VIE AEREE RIDUCE LA MORBILITA' E LA MORTALITA' INTRAOPERATORIA IN URGENZA IN EMERGENZA E IN TERAPIA INTENSIVA. L'OBIETTIVO DEL CORSO E' IMPLEMENTARE LA CONOSCENZA SCIENTIFICA E LA COMPETENZA TECNICO PROFESSIONALI ATTRAVERSO LE ESERCITAZIONI PRATICHE IN SIMULAZIONE CON I MANICHINI, IN TUTTE LE CONDIZIONI DIFFICILI. L'OBIETTIVO E' MIGLIORARE L'OUTCOME DEI PAZIENTI CHE AFFERISCONO ALLA STRUTTURE SANITARIE.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

IL CORSO SI ARTICOLA IN UNA PARTE TEORICA E IN UNA PARTE PRATICA. LA PARTE TEORICA PARTENDO DALLE LINEE GUIDA NAZIONALI E INTERNAZIONALI O REGIONALI AFFRONTA L'ASPETTO CLINICO E GESTIONALE DELLE VIE AEREE DIFFICILI, SI PRESENTERANNO I DEVICES SOVRAGLOTTICI, L'USO DEL FIBROSCOPIO, L'INTUBAZIONE CON FOB E L'INTUBAZIONE BRONCHIALE SELETTIVA, LA CRICOTIROTOMIA E LA TRACHEOSTOMIA

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

LE COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI SI ACQUISIRANNO CON LA PARTE PRATICA DI SIMULAZIONE SU MANICHINO DOVE I DISCENTI SI ESERCITERANNO GUIDATI DAI DOCENTI IN TUTTE LE SITUAZIONI DI VIE AEREE DIFFICILI

**B) Acquisizione competenze di processo:**

LE COMPETENZE DI PROCESSO SI ACQUISIRANNO NELLA GESTIONE DELLE VIE AEREE DIFFICILI CON LA PROPOSTA DI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI, CON FLOW CHART DI COMPORTAMENTO, CON MIGLIORAMENTO DEL RISK MANAGEMENT, CHE ATTRAVERSO L'ACQUISIZIONE DELLE COMPETENZE TECNICO SCIENTIFICHE AVANZATE PORTA AD UNA GESTIONE STANDARDIZZATA E CONDIVISA DELLE PROBLEMATICHE CHE SI AFFRONTANO IN SALA OPERATORIA IN TERAPIA INTENSIVA, IN URGENZA E IN EMERGENZA

C) Acquisizione competenze di sistema:

LE COMPETENZE DI SISTEMA SI ACQUISISCONO CON LA FORMAZIONE AVANZATA E CONTINUA CHE PERMETTE LA RIDUZIONE DELLA MORBILITA' E MORTALITA' CON RICADUTA SOCIALE POSITIVA

**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 SALA CONVEGNI ONCOLOGICO

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
 XSala conferenza per n. 50 partecipanti
 Altro (specificare) _____

AUSILI DIDATTICI

- LAVAGNA LUMINOSA
 LAVAGNA 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	25	30/11/18	30/11/18
2	25	01/12/18	01/12/18

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. _____



- | | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Genetica Medica</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Geriatría</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Malattie Metaboliche e Diabetologia</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Malattie dell' Apparato Respiratorio</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Malattie Infettive</i> | <i>n. _____</i> |
| <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> |



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 6 a 14

<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Urologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	n. _____
<input type="checkbox"/> X Anestesia e Rianimazione	n. 38
<input type="checkbox"/> Biochimica Clinica	n. _____
<input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica	n. _____
<input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Legale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Nucleare	n. _____
<input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neuroradiologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)	n. _____
<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica	n. _____
<input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	n. _____
<input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (Medici di Famiglia)	n. _____
<input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale	n. _____
<input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di libera scelta)	n. _____
<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica	n. _____
<input type="checkbox"/> Direzione medica di presidio ospedaliero	n. _____
<input type="checkbox"/> Organizzazione dei servizi sanitari di base	n. _____
<input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Psicoterapia	n. _____
<input type="checkbox"/> Privo di Specializzazione	n. _____



- Odontoiatra** n. _____
- Psicologo – Psicoterapeuta** n. _____
- Psicoterapia** n. _____
- Psicologia** n. _____
- Laureati non medici (specificare)** n. _____
- _____ n. _____
- _____ n. _____
- _____ n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- Infermiere** n. 12
- 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 Perfusionamento Cardiovascolare** n. _____
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico** n. _____
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica** n. _____



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 8 a 14

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audiometrista</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audioprotesista</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico di Neurofisiopatologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Ortopedico</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Dietista</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igienista Dentale</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> TUTTE LE PROFESSIONI | n. _____ |

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

- AOBROTZU _____
- 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 _____ 9 _____

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



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.

Docenza	€ 1.000,00
Pernottamento	€ 200,00
Pasti	€70
Spese di viaggio	€300
Altro:	
Totale	€1570

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento:	<u>AOBROTZU</u>	€
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	FERNANDA	DIANA
Qualifica	Dirigente medico	
Struttura	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO BUSINCO	
Telefono	7052965347	Cellulare 3381866022
Fax	07052965352	email fernanda.diana@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	Fausto	Cognome	Ferraro
Telefono		Cellulare	335237900
Fax		email	fausto.ferraro@unicampania.it
Curriculum			

Nome	Graziano	Cognome	Carta
Telefono		Cellulare	3476707907
Fax		email	graziano.carta@aob.it
Curriculum			

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

NECESSITA' DI CREARE PERCORSI CLINICI ASSISTENZIALI PER RIDURRE LA MORBILITA' E LA MORTALITA' LEGATA ALLA GESTIONE DELLE VIE AEREE DIFFICILI SIA PREVISTE E NON PREVISTE SIA IN SALA OPERATORIA CHE IN TERAPIA INTENSIVA SIA IN URGENZA CHE IN EMERGENZA

B) Motivazione della scelta economica:

SI CHIEDE UN COMPENSO PER IL DOCENTE FAUSTO FERRARO PROFESSORE DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE DELLA 2° UNIVERSITA' DI NAPOLI, RICONOSCIUTO A LIVELLO NAZIONALE COME PERSONA DI RIFERIMENTO SCIENTIFICO PER LE VIE AEREE E IL RIMBORSO DELLA SPESA DI VIAGGIO E VITTO E ALLOGGIO. GLI ALTRI DOCENTI SONO DIPENDENTI DELL'AZIENDA E PERTANTO SI CHIEDE SOLO QUELLO PREVISTO FUORI ORARIO DI SERVIZIO DALL'AZIENDA

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I DOCENTI SONO ESPERTI NELLA GESTIONE DELLE VIE AEREE, SONO RIFERIMENTO REGIONALE E NAZIONALE, SONO DOCENTI DI CORSI REGIONALI E NAZIONALI, FANNO PARTE DI SOCIETA' SCIENTIFICHE E GRUPPI DI STUDIO NAZIONALI SULLE VIE AEREE DIFFICILI.

A) Docenti Interni:

in orario di servizio
fuori orario di servizio X

B) Docenti Esterni: X 1

**Luogo:** SALA CONVEGNI PO ONCOLOGICO**Data** 30/11-01/12 2018

(gg/mm/aaaa):

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

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE SANITARIO

Dot. Vinicio Atzeni

Timbro e Firma (leggibile)**Responsabile Scientifico**AO Brotzu - Cagliari
P.O. BUSINCOU.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE
713320 Dr.ssa Fernanda Diana

FERNANDA DIANA

Fernanda Diana

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**AO Brotzu - Cagliari
P.O. BUSINCODIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Direttore: Dott. Luciano Curreli

Luciano Curreli

AO Brotzu - Cagliari
P.O. BUSINCODIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Direttore: Dott. Luciano Curreli, 9934

GIUSEPPE DESSI

Giuseppe Dessi

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

Andrea Corrias

AO Brotzu - Cagliari

SSD FORMAZIONE

Resp.: Dott. Andrea Corrias



PFA: "La gestione delle vie aeree difficili"

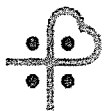
1° Edizione 30 novembre 2018

2° Edizione 01 dicembre 2018

Aula: SALA CONVEGNI PO BUSINCO

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1	8.30	13.30			////	
MATTINO						
Dettaglio 1	8.30	9.00	Presentazione del corso. Cosa sono le vie aeree difficili e cosa devo conoscere	RTP	F. Diana	G. Carta
Dettaglio 2	9.00	9.30	I presidi sovraglottici	RTP	G. Carta	F. Diana
Dettaglio 3	9.30	10.00	La fibroscopia: quale ruolo ha nelle vie aeree difficili	RTP	F. Ferraro	F. Diana
Dettaglio 4	10.00	10.30	L'intubazione bronchiale selettiva	RTP	F. Diana	G. Carta
Dettaglio 5	10.30	11.00	I presidi sovraglottici: scelta in sicurezza per l'intubazione	RTP	G. Carta	F. Diana
Dettaglio 6	11.00	11.30	La cricotirotomia e la tracheostomia	RTP	F. Ferraro	F. Diana
Dettaglio 7	11.30	12.00	Esperienze: l'esperto risponde	CD	F. Diana, F. Ferraro, G. Carta,	
Dettaglio 8	12.00	13.30	Prova pratiche su 3 tavoli 1° tavolo maschere laringee 2° tavolo broncoscopia selettiva 3° tavolo tracheostomia	ED	F. Diana, F. Ferraro, G. Carta	
	13.30	14.30	pausa pranzo			



Dettaglio 3	14.30	17.30	Prova pratiche su 3 tavoli 1° tavolo maschere laringee 2° tavolo broncoscopia selettiva 3° tavolo tracheostomia	ED	F. Diana, F. Ferraro, G. Carta	
Dettaglio 4	17.30	18.00	DISCUSSIONE	CD	F. Diana,	Ferraro G. Carta
Dettaglio 5	18.00	18.30	CONCLUSIONE DEI LAVORI QUESTIONARIO ECM	RTP	Fernanda Diana	F. Ferraro G. Carta

