



Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data - 8 MAG. 2015

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "I principi della Damage Control Surgery nei Pazienti traumatizzati e gli insegnamenti del corso "Advanced Trauma Operative Management".

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da - 8 MAG. 2015 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Graziella Pintus

Coadiuvato dal

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Laura Balata

Direttore Sanitario

Dott. Nazzareno Pacifico

**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. di Chirurgia D'Urgenza ha attivato il suddetto corso al fine di aggiornare il personale medico e infermieristico sulle recenti linee guida per la gestione diagnostico terapeutica dei Pazienti con Trauma Maggiore, selezione dei pazienti da sottoporre a Damage Control Surgery;

**Considerato altresì** che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2014 approvato con Deliberazione n° 2079 del 24.12.2013;

**Recepito** che l'attività formativa è rivolta a Medici e Infermieri dell'Azienda, per 100 partecipanti, in 5 edizioni è stata svolta dei docenti interni fuori dall'orario di servizio;

**Verificato** il progetto formativo ECM: "I principi della Damage Control Surgery nei Pazienti traumatizzati e gli insegnamenti del corso "Advanced Trauma Operative Management" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**Ritenuto** di dover liquidare a favore dei docenti (come da schema allegato) le ore di docenza effettuate dal 19 marzo al 10 dicembre 2014 per il suddetto Corso;

**Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

### DELIBERA

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di autorizzare il PFA ECM: "I principi della Damage Control Surgery nei Pazienti traumatizzati e gli insegnamenti del corso "Advanced Trauma Operative Management", rivolto a Medici e Infermieri dell'Azienda.

Confermare che l'attività formativa è stata svolta dei docenti interni fuori dall'orario di servizio; la spesa complessiva è di € 1807,40 (25.82 x 70 ore) onnicomprensiva, graverà sui Fondi del Dipartimento di Emergenza per l'aggiornamento professionale anno 2014.

Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento del docente interno come da schema allegato.

Imputare sul conto aziendale n. 0506030205 la spesa complessiva è di € 1.807,40.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Nazzareno Pacifico

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott.ssa Graziella Pintus

**ELENCO DOCENTI INTERNI**

**Corso ECM: "I principi della Damage Control Surgery nei Pazienti traumatizzati e gli insegnamenti del corso  
"Advanced Trauma Operative Management". anno 2014**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Data Nascita</b>	<b>Luogo di Nascita</b>	<b>C. F.</b>	<b>N° Ore docenza</b>	<b>Importo</b>	<b>Totale</b>
MURA	paolo	27/07/1965	Cagliari	MRUPLA65L27B354F	35	25,82	903,7
CAMBA	roberta	28/06/1966	Cagliari	CMBRRT66H68B354Q	27	25,82	697,14
FERRELI	ALBERTO	15/07/1966	Cagliari	FRRLRT66L15B354H	4	25,82	103,28
LODDO	PAOLO	30/06/1963	Cagliari	LDDPLA63H30B354Q	4	25,82	103,28
					<b>Totale</b>	<b>Totale</b>	<b>1807,40</b>

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTTU  
UFFICIO FORMAZIONE



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

Al Sig. Direttore Generale

Dott. Antonio Garau

## **RICHIESTA:**

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

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

*I principi della Damage Control Surgery nei Pazienti traumatizzati e gli insegnamenti del corso "Advanced Trauma Operative Management"*

---

### **STRUTTURA PROPONENTE**

*S. C. Chirurgia d'Urgenza – A.O. Brotzu*

---

---

### **OBIETTIVI**

*Il TEAM e la gestione operatoria razionale del Paziente politraumatizzato*

---

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

*La Damage Control Surgery*

---

---

---

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

**Laparotomia d'emergenza, trattamento delle lesioni di milza e diaframma, del fegato, del duodeno e pancreas, dell'apparato urinario, del sistema cardio-vascolare, delle lesioni ossee.**

#### **B) Acquisizione competenze di processo:**

**Selezione dei Pazienti da sottoporre a Damage Control Surgery**

#### **C) Acquisizione competenze di sistema:**

**Lavoro in equipe multi specialistica.**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

### 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 Aula "Servizio Anestesia" – V piano

#### 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

Sala conferenza per n. \_\_\_\_\_ partecipanti

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

#### AUSILI DIDATTICI

LAVAGNA LUMINOSA

LAVAGNA A FOGLI MOBILI

PC

VIDEOPROIETTORE

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.

Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	20	19/03/2014	23/04/2014
2	20	07/05/2014	18/06/2014
3	20	03/09/2014	15/10/2014
4	20	10/09/2014	22/10/2014
5	20	29/10/2014	10/12/2014

## PROFESSIONI

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

### PROFESSIONI SANITARIE

- Farmacista** n. \_\_\_\_\_
- Ospedaliera** n. \_\_\_\_\_
- Farmacia Territoriale** n. \_\_\_\_\_
- 
- Medico chirurgo** n. **70**
- 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. \_\_\_\_\_
- 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. \_\_\_\_\_



<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> <b>20</b>
<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> <b>5</b>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>	<i>n.</i> <b>5</b>
<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> <b>10</b>
<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>	<i>n.</i> <b>25</b>
<input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Trasmfusionale</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>	<i>n.</i> <b>5</b>
<input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta )</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>	<i>n.</i> _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

- 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** n. \_\_\_\_\_

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

- Infermiere* n. **30**
- 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. \_\_\_\_\_
- Dietista* n. \_\_\_\_\_
- Igienista Dentale* 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. \_\_\_\_\_
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Ortopedico* n. \_\_\_\_\_

**TUTTE LE PROFESSIONI**

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

**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 70 (5 edizioni, 4 incontri, 3,5 ore ciascuno; 14 ore a corso)

**PROGRAMMA**

Si allega file del programma del corso: 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





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

## VOCI DI SPESA

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	€ 3.500,00
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico e segreteria	€ 500,00
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 Sergio Cognome Gemini  
 Qualifica Direttore  
 Struttura Dipartimento Emergenza e Accettazione, Chirurgia, d'Urgenza  
 Telefono 070539466 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax 070539606 email sergiogemini@aob.it

### DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Paolo Cognome Mura  
 Telefono 070539606 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax 070539606 email paolomura@aob.it  
 Curriculum Si

Nome Roberta Cognome Camba  
 Telefono 070539606 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax 070539606 email robertacamba@aob.it  
 Curriculum Si

Nome Alberto Cognome Ferrelì  
 Telefono 070539529 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax 070539529 email ferrelialberto@gmail.com  
 Curriculum Si



Nome	<u>Paolo</u>	Cognome	<u>Loddo</u>
Telefono	<u>070539460</u>	Cellulare	<u></u>
Fax	<u>070539458</u>	email	<u>paololoddo@aob.it</u>
Curriculum	<u>Si</u>		

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

*Nell'ottica della possibile apertura di un Centro Traumi Regionale e comunque, considerato il numero di politraumi trattati presso il nostro Dipartimento, si ritiene utile aggiornare il Personale Medico ed Infermieristico di questa Azienda sulle più recenti linee guida per la gestione diagnostico terapeutica dei Pazienti con Trauma Maggiore.*

**B) Motivazione della scelta economica:**

*Adeguata compenso per le ore di insegnamento fuori orario di servizio.*

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

*I Docenti hanno maturato una competenza teorica e pratica sugli argomenti del corso, avendo partecipato ad eventi formativi e tirocinio presso Centri Trauma nazionali.*

**A) Docenti Interni:**

*in orario di servizio*   
*fuori orario di servizio*

**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):** 07/01/2014

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

ANTONIO GARAU

**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)**

SERGIO GEMINI OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
 CAGLIARI  
 S.P. SERVIZIO EMERGENZA  
 Direttore, Dott. Sergio GEMINI

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

SERGIO GEMINI

Azienda Ospedaliera Brotzu - Cagliari  
 Dipartimento di Emergenza  
 Direttore, Dott. Sergio Gemini

**AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU**  
**UFFICIO FORMAZIONE**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

**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*



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

***I principi della Damage Control Surgery nei Pazienti traumatizzati e gli insegnamenti del corso "Advanced Trauma Operative Management"***

**Programma didattico dettagliato**

I incontro

Sessione 1 pomeriggio	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	15.00	15.30	Introduzione presentazione del Corso	RTP	Mura	Camba
Dettaglio 2	15.30	16.30	Laparotomia d'emergenza	RTP	Mura	Camba
Dettaglio 3	16.30	17.00	Lesioni dei visceri cavi	RTP	Mura	Camba
Dettaglio 4	17.00	18.00	Sindrome compartimentale e chiusura della parete	RTP	Camba	Mura
Dettaglio 5	18.00	18.30	Discussione	CD	Camba	Mura

II incontro

Sessione 1 pomeriggio						
Dettaglio 1	15.00	16.30	Milza e Diaframma	RTP	Camba	Mura
Dettaglio 2	16.30	18.00	Fegato	RTP	Mura	Camba
Dettaglio 3	18.00	18.30	Discussione	CD	Camba	Mura

III incontro

Sessione 1 pomeriggio						
Dettaglio 1	15.00	17.00	Duodeno e Pancreas	RTP	Mura	Camba
Dettaglio 2	17.00	18.00	Apparato urinario	RTP	Camba	Mura
Dettaglio 3	18.00	18.30	Discussione	CD	Camba	Mura

IV incontro

Sessione 2 pomeriggio	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	15.00	16.00	Torace	RTP	Loddo	Camba
Dettaglio 2	16.00	17.00	Apparato cardio-circolatorio	RTP	Mura	Camba
Dettaglio 3	17.00	18.00	Apparato locomotore	RTP	Ferrelli	Camba
Dettaglio 4	18.00	18.30	Discussione	CD	Mura	Camba
Dettaglio 5	18.30	19.00	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	Mura	Camba