

Deliberazione 1316adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 20 LUG. 2016**Oggetto:** : Autorizzazione EFR ECM: "Oncologia Insieme". CIG ZC61AB2D01Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 21 LUG. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.Il Direttore AmministrativoIl Commissario Straordinario Dott.ssa Graziella Pintus  
coadiuvato da

Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata

Direttore Sanitario Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

**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 l'Unità Operativa "Assistenza Psicologica" del P.O. Businco vuole attivare il suddetto corso al fine di creare una rete di informazione e condivisione delle cure tra Ospedale e Servizi Regionali;**Considerato altresì** che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2016 approvato con Deliberazione n° 2252 del 16.12.2015;**Dato atto** che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario sia dell'Azienda che esterni, per un totale 100 partecipanti suddivisi in due edizioni. La quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 50,00 (cinquantotto euro) più IVA;**Verificato** il progetto formativo ECM: "Oncologia Insieme" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;**Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;**DELIBERA**

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di autorizzare il EFR ECM: "Oncologia Insieme", rivolto al personale sanitario sia dell'Azienda che esterni, per un totale 100 partecipanti suddivisi in due edizioni.

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

Determinare che la spesa complessiva non sia superiore a € 2.500,00 (duemilacinquecento euro) onnicomprensiva, sarà coperta in parte dalle quote di iscrizione dei partecipanti esterni, la differenza graverà sui Fondi del P.O. Businco, per l'aggiornamento professionale anno 2016.

Disporre in € 50,00 (cinquanta euro) più IVA la quota di iscrizione per i partecipanti esterni. Il pagamento della quota di iscrizione è da versare interamente all'atto dell'iscrizione.

Imputare sul conto aziendale n. A506030204 i costi di competenza.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott.ssa Laura Balata

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione  
Resp. Dott. A. Corrias  
Ass.te Amm.vo A. Mulas



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

Al Commissario Straordinario

## **RICHIESTA:**

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

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**  
"Oncologia Insieme"

**STRUTTURA PROPONENTE**  
Unità Operativa "Assistenza Psicologica"

**OBIETTIVI**  
Integrazione Ospedale/Territorio

**CONTENUTI** (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)  
I bisogni del paziente, del familiare, degli operatori in un'organizzazione che cambia, La multidisciplinarietà nell'appropriatezza delle cure, Casi Clinici, La Rete Oncologica del Territorio, L'Oncologia pediatrica, La scuolainospedale, I progetti.

**A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**  
Conoscenze di temi dell'area psico-oncologica

**B) Acquisizione competenze di processo:**  
Percorsi Assistenziali integrati

**C) Acquisizione competenze di sistema:**  
La Rete Oncologica



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 P.O. Microcitemico – Aula "Thun"

**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	50	07/10/2016	07/10/2016
2	50	08/10/2016	08/10/2016

**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. \_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

- |   |                 |
|---|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>   | <i>n. _____</i> |
| <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 Trasfusionale</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 checked="" type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>   | <i>n. _____</i> |
| <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 checked="" 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 (specificare)** n. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

- Infermiere* n. \_\_\_\_\_
- Infermiere pediatrico* n. \_\_\_\_\_
- Ostetrica/o* n. \_\_\_\_\_
- OSS* 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. \_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

**TUTTE LE PROFESSIONI**

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

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

- ASL n.8
- 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 **8.00** ore per ogni edizione

**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**

- 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	€ 1000
Pernottamento	€ 360
Pasti	€ 200
Spese di viaggio	€ 300
Altro:	
1. materiale didattico	€ 640
<b>Totale</b>	<b>€ 2500</b>

## FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: \_\_\_\_\_ €  
 Quote di iscrizione: \_\_\_\_\_ € 50 per esterni, nessun costo per dipendenti Brotzu

## 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 Sandra Cognome Ragosa  
 Qualifica Responsabile Dirigente Psicologo  
 Struttura U.O. Assistenza Psicologica  
 Telefono 070-6095247 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax 070-6095303 email sandra.ragosa@aob.it

### DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Sandra Cognome Ragosa  
 Telefono 070-6095247 Cellulare 3923601478  
 Fax 070-6095303 email sandra.ragosa@aob.it  
 Curriculum Vedi Allegato

Nome Luisa Cognome Nadalini  
 Telefono 0458123412 Cellulare 3402808066  
 Fax \_\_\_\_\_ email luisa.nadalini@ospedaleuniverona.it  
 Curriculum \_\_\_\_\_

Nome Sergio Cognome Mameli  
 Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare 3477209255  
 Fax \_\_\_\_\_ email sergiomameli@gmail.it  
 Curriculum \_\_\_\_\_





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

Nome	<u>Massimo</u>	Cognome	<u>Dessena</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3405560740</u>
Fax	_____	email	<u>Mades64@yahoo.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Tullio</u>	Cognome	<u>Garau</u>
Telefono	<u>0706096433</u>	Cellulare	<u>3475278967</u>
Fax	_____	email	<u>tulliogarau@gmail.com</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Roberto</u>	Cognome	<u>Cherchi</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3921990052</u>
Fax	_____	email	<u>roberto.cherchi@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Annamaria</u>	Cognome	<u>Carta</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3286215031</u>
Fax	_____	email	<u>Annamaria.carta@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Daniele</u>	Cognome	<u>Farci</u>
Telefono	<u>0706095356</u>	Cellulare	<u>3332001414</u>
Fax	_____	email	<u>d.farci@tin.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Rosamaria</u>	Cognome	<u>Mura</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3204248870</u>
Fax	_____	email	<u>rosamaria.mura@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Rosanna</u>	Cognome	<u>Seu</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3388468704</u>
Fax	_____	email	<u>rosannaseu@asl8cagliari.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Cinzia</u>	Cognome	<u>Zedda</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3332575210</u>
Fax	_____	email	<u>cinzia.zedda@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Maria Grazia</u>	Cognome	<u>Corrias</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3473741125</u>
Fax	_____	email	<u>mariagra.corrias@tiscali.it</u>
Curriculum	_____		_____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

Nome	<u>Sara</u>	Cognome	<u>Fantino</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3496992967</u>
Fax	_____	email	<u>fantinosara@libero.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Andrea</u>	Cognome	<u>Serra</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3209622356</u>
Fax	_____	email	<u>andreaserra@tiscali.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Ornella</u>	Cognome	<u>Aledda</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3493088915</u>
Fax	_____	email	<u>ornella.aledda@tiscali.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Teresa</u>	Cognome	<u>Ferrara</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3881175463</u>
Fax	_____	email	<u>dott.teresaferrara@yahoo.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Giovanni Maria</u>	Cognome	<u>Pisano</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	<u>Gioannimaria.pisano@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Creare una Rete di informazione e condivisione delle cure tra il Polo Oncologico Businco e i Servizi Regionali

**B) Motivazione della scelta economica:**

E' comprensiva di quanto relativo per il docente esterno per le due edizioni

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

I docenti scelti sono rappresentativi rispettivamente della Società Italiana di Psicologia dei Servizi Ospedalieri e Territoriali, di specialistiche del Settore Oncologico e della gestione di Servizi Territoriali

**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:** P.O. Businco **Data (gg/mm/aaaa):** 05/07/2016



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

**Nome e cognome (in stampatello)**  
**Commissario Straordinario**  
**Timbro e Firma (leggibile)**  
**Commissario Straordinario**

Dott Pintus



Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott.ssa Graziella Pintus

Dott.ssa Sandra Ragosa

**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)**

AO Brotzu - Cagliari  
P.O. BUSINCO  
(Resp. S.S. ASSISTENZA PSICOLOGICA)  
S.S. Dirigente Psicologica  
Dr.ssa Sandra Ragosa

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Il Direttore del P.O**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Il Direttore del P.O**

Dott.ssa M.T. Addis



Businco

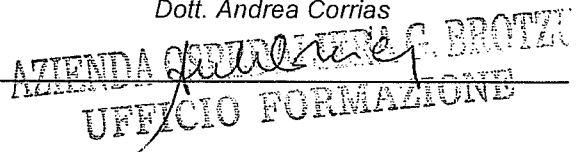
Dott.ssa M. Teresa Addis

**Nome e Cognome (In stampatello)**

**Responsabile Ufficio Formazione**

**Timbro e firma (leggibile)**

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Azienda Ospedaliera Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

**"Oncologia Insieme"**

1°Edizione 07/10/2016  
2°Edizione 08/10/2016

**AOB Aula "Thun" P.O. Microcitemico**  
**Programma didattico dettagliato**

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
			<b>Sessione 1: mattina</b>		<b>////</b>	
Dettaglio 1	08:30	09:00	Presentazione del Convegno Contenuti e Obiettivi	RTP	Sandra Ragosa	Tullio Garau
Dettaglio 2	09:00	10:00	I bisogni del paziente, del familiare, degli operatori in un' organizzazione che cambia	RTP	Luisa Nadalini	Margherita Zanoni
Dettaglio 3	10:00	11:00	I temi della cura	RTP <i>CA</i>	Annamaria Carta, Daniele Farci, Roberto Cherchi, Massimo Dessena, Sergio Mameli, Teresa Ferrara	M. Zanoni B. Demontis  G. Grimaldi G.M.Pisano M. Dessi
Dettaglio 4	11:00	11:15	Pausa			
Dettaglio 5	11:15	12:00	Multidisciplinarietà nell'appropriatezza delle cure	TRD	Luisa Nadalini (moderatore), Annamaria Carta, Daniele Farci, Roberto Cherchi, Massimo Dessena, Sergio Mameli, Teresa Ferrara	M. Zanoni B. Demontis  G. Grimaldi G.M.Pisano M. Dessi
Dettaglio 6	12:00	12:30	Casi clinici	LG	Sandra Ragosa	Rosanna Seu
Dettaglio 7	12:30	13:10	La rete oncologica del territorio	LG	Tullio Garau Rosanna Seu	R. Seu T. Garau
Dettaglio 8	13:10	13:30	Conclusioni Dibattito	CD	Sandra Ragosa Tullio Garau Rosanna Seu	L. Nadalini
			<b>Sessione 1: sera</b>			
Dettaglio 9	14:30	15:00	Oncologia Pediatrica Peculiarità, scenari, problematiche aperte	RTP	Rosamaria Mura	<i>RA 205A</i>
Dettaglio 10	15:00	15:20	L'assistenza infermieristica	RTP	Cinzia Zedda	M. Leoni
Dettaglio 11	15:20	15:45	I progetti: "Musica e lettura sono parte della cura"	LG	Ornella Aledda Maria Grazia Corrias	M.G. Corrias O. Aledda
Dettaglio 12	15:45	16:00	I progetti: Pet Therapy	LG	Sara Fantino	
Dettaglio 13	16:00	16:30	"La scuolainospedale"	LG	Andrea Serra	M. Cadeddu

Dettaglio 14	16:30	17:00	Dibattito tra esperti	CD	Luisa Nadalini	T. Garau
Dettaglio 15	17:00	17:30	Conclusione lavori Verifica apprendimento	RTP	Sandra Ragosa	T. Garau

METODI DIDATTICI		Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI	0	00
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	3	50
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI	0	45
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	0	20
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI		
LG	PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)	2	20
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		
RP	ROLE-PLAYING		