



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 01 AGO, 2017

OGGETTO: Autorizzazione EFR ECM: "2 Novembre 2015 Normativa Ministeriale". Spesa complessiva € 104,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 01 AGO, 2017 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 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 Sala Prelievi del Servizio di Immunoematologia vuole attivare il suddetto corso al fine di garantire un adeguato livello di competenze del personale infermieristico operante nelle strutture trasfusionali;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2017 approvato con Deliberazione n° 2324 del 14.12.2016;

Ritenuto che l'attività formativa è rivolta sia al personale infermieristico della Struttura, che agli infermieri dei centri di raccolta per un totale 50 partecipanti, sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio;

Valutato il progetto formativo: "2 Novembre 2015 Normativa Ministeriale" 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. 1534 del 01 AGO. 2017

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare l'EFR ECM: "2 Novembre 2015 Normativa Ministeriale", rivolto sia al personale infermieristico della Struttura, che agli infermieri dei Centri di raccolta per un totale 50 partecipanti.
2. 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. Determinare che la spesa complessiva è di € 104,00 (centoquattro euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2017.
4. Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento dei docenti interni come da schema allegato.
5. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 104,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus



Al Sig. Commissario Straordinario
Dr.ssa Graziella Pintus
Sede

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE X PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

"2 Novembre 2015 Normativa Ministeriale"

STRUTTURA PROPONENTE

SALA PRELIEVI SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA DIPARTIMENTO SERVIZI

OBIETTIVI

Garantire un adeguato livello di competenze del personale infermieristico operante nelle strutture trasfusionali.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Il progetto e' finalizzato a garantire la qualità sicurezza ed efficienza delle attività di raccolta sangue ed emocomponenti

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

nella sensibilizzazione, informazione, educazione del donatore. Criteri e procedure per la raccolta del sangue ed emocomponenti. Assistenza del donatore, disposizioni normative. Monitoraggio, analisi e miglioramento della qualità.

B) Acquisizione competenze di processo:

nella raccolta del sangue ed emocomponenti al fine di raggiungere un elevato livello di qualificazione, standardizzazione ed efficacia clinica degli emocomponenti

C) Acquisizione competenze di sistema:

Al fine di raggiungere una migliore efficienza operativa nel sistema trasfusionale nel compimento del processo di accreditamento per il raggiungimento di elevati standard di qualità.



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 CICCU AZ.OS. BROTZU

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. 50 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.



| Edizione numero | Partecipanti per edizione | Data inizio (gg/mm/aaaa) | Data fine (gg/mm/aaaa) |
|-----------------|---------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1 | 50 | 04/10/17 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Farmacista | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Ospedaliera | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Farmacia Territoriale | n. _____ |
| | |
| <input type="checkbox"/> Medico chirurgo | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Ematologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Malattie dell' Apparato Respiratorio | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Fisica e Riabilitazione | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Interna | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Termale | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Nefrologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neonatologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Oncologia | n. _____ |



- Pediatria* n. _____
- Psichiatria* n. _____
- Radioterapia* n. _____
- Reumatologia* n. _____
- Cardiochirurgia* n. _____
- Chirurgia Generale* n. _____
- Chirurgia Maxillo - Facciale* n. _____
- Chirurgia Pediatrica* n. _____
- Chirurgia Plastica e Ricostruttiva* n. _____
- Chirurgia Toracica* n. _____
- Chirurgia Vascolare* n. _____
- Ginecologia e Ostetricia* n. _____
- Neurochirurgia* n. _____
- Oftalmologia* n. _____
- Ortopedia e Traumatologia* n. _____
- Otorinolaringoiatria* n. _____
- Urologia* n. _____
- Anatomia Patologica* n. _____
- Anestesia e Rianimazione* n. _____
- Biochimica Clinica* n. _____
- Farmacologia e Tossicologia Clinica* n. _____
- Laboratorio di Genetica Medica* n. _____
- Medicina Trasfusionale* n. _____
- Medicina Legale* n. _____
- Medicina Nucleare* n. _____
- Microbiologia e Virologia* n. _____
- Neurofisiopatologia* n. _____
- Neuroradiologia* n. _____
- Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)* n. _____
- Radiodiagnostica* n. _____
- Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica* n. _____
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione* n. _____
- Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro* n. _____
- Medicina Generale (Medici di Famiglia)* n. _____
- Continuità Assistenziale* n. _____
- Pediatria (Pediatri di libera scelta)* n. _____
- Scienza dell'alimentazione e dietetica* n. _____

- Direzione medica di presidio ospedaliero* n. _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

- 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. 50
- Infermiere pediatrico n. _____
- Ostetrica/o n. _____

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

- Podologo n. _____
- _____ n. _____
- Fisioterapista n. _____
- _____ n. _____
- Logopedista n. _____
- _____ n. _____
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia n. _____
- _____ n. _____
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva n. _____
- _____ n. _____
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica n. _____
- _____ n. _____
- Terapista Occupazionale n. _____
- _____ n. _____
- Educatore Professionale n. _____
- _____ 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. _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

- Tecnico di Neurofisiopatologia*
 Tecnico Ortopedico

n. _____

n. _____

TUTTE LE PROFESSIONI

n. _____

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

- ASL n. 8 Isili-Muravera- Quartu _____
 Strutture private AVIS
 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 4

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

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

- Prova Pratica*
 role playing con griglia
 prova manuale
- Prova orale*
 strutturata
 non strutturata
- Prova scritta*
 tema
 saggio
 tesina
 altro

x 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 | €104,00 (25,82X4ORE) |
| Pernottamento | € |
| Pasti | € |
| Spese di viaggio | € |
| Altro: | |
| 1. materiale didattico | € |
| 2. costo accreditamento | € |
| Totale | € 104,00 |

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 DR. MARINO Cognome ARGIOLAS
 Qualifica Direttore Immunologia dei trapianti
 banca cordonale. Responsabile
 Centro di Coordinamento
 Regionale
 Struttura Servizio di Immunoematologia
 Telefono 70539246 Cellulare _____
 Fax _____ email marinoargiolas@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Dr. Mario Cognome Pani
 Telefono 70539246 Cellulare _____
 Fax _____ email mariopani@aob.it
 Curriculum allegato

Nome Dr. Bernardino Cognome Piras
 Telefono 70539347 Cellulare _____
 Fax _____ email bernardinopiras@aob.it
 Curriculum allegato

Nome _____ Cognome _____
 Telefono _____ Cellulare _____
 Fax _____ email _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

Curriculum allegato

Nome _____
Telefono _____
Fax _____
Curriculum _____

Nome _____
Telefono _____
Fax _____
Curriculum _____

Nome _____ Cognome _____
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ email _____
Curriculum _____

Nome _____
Telefono _____
Fax _____
Curriculum _____

Nome _____ Cognome _____
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ email _____
Curriculum _____



A) Motivazione della scelta scientifica:

i docenti altamente qualificati sono gli unici che a Cagliari si occupano di medicina trasfusionale

B) Motivazione della scelta economica:

la scelta e' compatibile col baget a disposizione

C) Motivazione della scelta dei docenti:

conoscono molto bene le problematiche legate alla donazione.

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): 13/07/2007

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

Dr.ssa Graziella Pintus

Dott.ssa Graziella Pintus

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)**

DR. MARIO PANI

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
CAGLIARI
SERV. IMMUNOTRASFUSIONALE
DIRETTORE Dott. MARIO PANI

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

DR. MARIO PANI

Direttore del Dipartimento
dei Servizi Speciali di Diagnosi e Cura

Dott. MARIO PANI

Nome e Cognome (In stampatello) DR. ANDREA CORRIAS

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

Evento Formativo Regionale ECM
" Legge 2 novembre 2015 Normativa Ministeriale"

Dal 04.10. 2017
AOB Aula Ciccu

Programma didattico dettagliato

| | Inizio | Fine | | Metodologia | Docente | Sostituto |
|---------------------|--------|-------|---|-------------|----------------------|----------------------|
| Sessione pomeriggio | | | | | | |
| 04/10/17 | | | | | | |
| Dettaglio 1 | 14,45 | 16,45 | NOVITA' LEGISLATIVE | RTP | dr. Bernardino Piras | dr. Mario Pani |
| Dettaglio 2 | 16,45 | 17,45 | DISCUSSIONE SULLA NUOVA NORMATIVA | CD | dr. Mario Pani | dr. Bernardino Piras |
| Dettaglio 3 | 17,45 | 18,45 | CONCLUSIONE LAVORI E VERIFICA APPRENDIMENTO | RTP | dr. Bernardino Piras | dr. Mario Pani |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

AZIENDA OSPEDALIERA "BROTZU"
CAGLIARI
SERV. IMMUNOTRASFUSIONALE
DIRETTORE: Dott. MARIO PANI

