



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 8 NOV. 2017

OGGETTO: Autorizzazione PFA ECM: "Rianimazione cardio polmonare neonatale. Nuove linee guida". CIG Z3E20A79A1. Spesa complessiva € 2.000,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 9 NOV. 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 SSD di Neonatologia del Presidio "San Michele" vuole attivare il suddetto corso al fine di aggiornare le competenze del personale della SSD, con le nuove linee guida internazionali dell'American Heart Association";

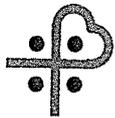
Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2017 approvato con Deliberazione n° 2324 del 14.12.2016;

Recepito che l'attività formativa è rivolta al personale della SSD di Neonatologia del P.O. San Michele, che propone il Dott. Roberto Antonucci e la Dott.ssa Alessandra Reali quali docenti del corso. I docenti sono formatori autorizzati dalla SIN (Società Italiana di Neonatologia);

Valutato il progetto formativo: "Rianimazione cardio polmonare neonatale. Nuove linee guida" 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. 2064 del 8 NOV. 2017

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare il PFA ECM: "Rianimazione cardio polmonare neonatale. Nuove linee guida", rivolto al personale della SSD di Neonatologia del P.O. San Michele, per un totale 26 partecipanti suddivisi in 2 edizioni.
2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta dal Dott. Roberto Antonucci e dalla Dott.ssa Alessandra Reali, i docenti sono formatori autorizzati dalla SIN (Società Italiana di Neonatologia) 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 € 2.000,00 (duemila euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2017.
4. Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
5. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 2.000,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus



| |
|---|
| AZ. OSP. "G. BROTZU" - CAGLIARI DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E TRAPIANTO DI FEGATO |
| - 5 OTT. 2017 |
| Prot. N. <u>946</u> |

Al Direttore Generale

Dott.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

"RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE NEONATALE nuove linee guida"

STRUTTURA PROPONENTE

SSD NEONATOLOGIA

OBIETTIVI

Il corso serve ad aggiornare le competenze del personale della SSD di Neonatologia, vista l'estrema importanza dell'argomento nella pratica quotidiana, con le nuove linee guida internazionali dell'American Hearth Association.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Rafforzamento delle conoscenze sulla rianimazione neonatale che necessita di un intervento tempestivo e un lavoro molto delicato di coordinamento tra le varie figure professionali.

Quindi il corso agevola contenuti quali:

- principi della rianimazione polmonare neonatale
- uso del pallone di Ambu
- compressioni toraciche
- intubazione endotracheale
- gestione del liquido tinto di meconio
- accesso vascolare ombelicale
- utilizzo dei farmaci



A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Si acquisiscono le competenze tecnico-professionali necessarie per poter soddisfare qualunque richiesta di fronte a situazioni di emergenza, dall'uso del pallone di Ambu alle compressioni toraciche, dall'intubazione endotracheale alla gestione del liquido tinto di meconio, fino ai farmaci che si devono utilizzare fino alla stabilizzazione del neonato

B) Acquisizione competenze di processo:

Il corso ci consente di acquisire le competenze che ci permettono poi nella pratica di sapere affrontare le situazioni di emergenza sia nel punto nascita che al nido e neonatologia

C) Acquisizione competenze di sistema:

Il corso ci consente di acquisire gli elementi che ci sono necessari per potere intervenire con sicurezza e capacità professionale in tutte quelle situazioni in cui è necessario prestare assistenza in modo tempestivo al neonato

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 _____

**SPAZI NECESSARI***(Barrare le caselle di interesse)* Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti) Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti) **2 Aule con capienza di n. 13 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 | 13 | 04/12/17 | 04/12/17 |
| 2 | 13 | 15/12/17 | 15/12/17 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



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 checked="" type="checkbox"/> Anestesiologia | n. 4 |
| <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 checked="" type="checkbox"/> Neonatologia | n. 4 |
| <input type="checkbox"/> Neurologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Oncologia | n. _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pediatria | n. 4 |
| <input type="checkbox"/> Psichiatria | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Reumatologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | n. _____ |



Azienda Ospedaliera Brotzu

- 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. _____
- Organizzazione dei servizi sanitari di base* n. _____

- Psicoterapia* n. _____
- Privo di Specializzazione* n. _____

- Odontoiatra* n. _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

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

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- Infermiere n. 6
- Infermiere pediatrico n. 8
- 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. _____

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 17 (8.30 + 8.30)

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: **SI X** NO

MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.
(Barrare le caselle d'interesse)

X Fotocopie di testi

- Slides
- Testi/libri
- Riviste
- Cd
- Altri supporti

VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

X Prova pratica

- role playing con griglia

X 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 | € 2000 |
| Dott. Roberto Antonucci | € 1000 |
| Dott.ssa Alessandra Reali | € 1000 |
| Pernottamento | € no |
| Pasti | € no |
| Spese di viaggio | € no |
| Altro: | no |
| 1. materiale didattico | € |
| 2. costo accreditamento | € |
| Totale | € 2000 |

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 Fausto Cognome Zamboni
 Qualifica _____
 Struttura _____
 Telefono _____ Cellulare _____
 Fax _____ email _____

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Roberto Cognome Antonucci
 Telefono _____ Cellulare 3292108606
 Fax _____ email _____
 Curriculum _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

| | | | |
|------------|-------------------|-----------|-------------------|
| Nome | <u>Alessandra</u> | Cognome | <u>Reali</u> |
| Telefono | _____ | Cellulare | <u>3464998784</u> |
| Fax | _____ | email | _____ |
| Curriculum | _____ | | _____ |

A) Motivazione della scelta scientifica:

L'argomento è fondamentale nella pratica giornaliera del reparto , è quindi necessario un aggiornamento costante di tutto il personale medico ed infermieristico.

B) Motivazione della scelta economica:

la scelta è motivata dal fatto che è molto meno oneroso far venire presso la nostra azienda i docenti piuttosto che tutto il personale interessato si rechi per svolgere il corso presso la sede lavorativa dei docenti

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I docenti del corso sono formatori autorizzati dalla Società Italiana Neonatologia (SIN). Due pediatri strutturati che sono stati già docenti nella precedente edizione: la Dott.ssa A. Reali neonatologa presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari e il Dott. R. Antonucci neonatologo presso la ASLn°6

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 29/09/2017

Nome e cognome (in stampatello)
Direttore Generale

DOTT.SSA GRAZIELLA PINTUS

Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa *Graziella Pintus*



Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa,
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)

DOTT.SSA LUCIANA PIBIRI

Timbro e Firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
S.S.D. NEONATOLOGIA
Direttore: Dott. Luciana Pibiri

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

DOTT. FAUSTO ZAMBONI

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
CAGLIARI
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
E TRAPIANTO DI FEGATO
Direttore: Dr. Fausto Zamboni

Nome e Cognome (In stampatello)
Responsabile Ufficio Formazione

DOTT. ANDREA CORRIAS

Timbro e firma (leggibile)

AO Brotzu - Cagliari
UFFICIO FORMAZIONE
Resp.: 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**

"Titolo"

"RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE NEONATALE"

1° Edizione dal 04 Dicembre 2017

2° Edizione dal 15 Dicembre 2017

Aula Deriu / Ciccu
Programma didattico dettagliato

| | Inizio | Fine | | Metodologia | Docente | Sostituto |
|------------------------------|--------------|--------------|---|-------------|--------------|--------------|
| Sessione 1 mattina | 08:30 | 13:30 | Basi teorico-pratiche e principi della rianimazione | | | |
| Dettaglio 1 | 08:30 | 09:00 | Presentazione del corso: contenuti e obiettivi | RTP | R. Antonucci | A. Reali |
| Dettaglio 2 | 09:00 | 10:00 | Panorama, principi e tappe iniziali della rianimazione | RTP | A. Reali | R. Antonucci |
| Dettaglio 3 | 10:00 | 10:30 | Uso di pallone e maschera e ventilazione nel neonato. Intubazione ET | RTP | R. Antonucci | A. Reali |
| Dettaglio 4 | 10:30 | 11:00 | Compressioni toraciche, accesso vascolare (ombelicale) e farmaci | RTP | A. Reali | R. Antonucci |
| | 11:00 | 11:15 | Pausa | | | |
| Dettaglio 5 | 11:15 | 12:00 | Gruppo A – Tappe iniziali e materiale di rianimazione Gruppo B – Uso di pallone di ambu | ED | R. Antonucci | A.Reali |
| Dettaglio 6 | 12:00 | 13:30 | Gruppo A – Uso di pallone di ambu Gruppo B – Tappe iniziali e materiale di rianimazione | ED | A.Reali | R.Antonucci |
| | 13:30 | 14:15 | Pausa pranzo | | | |
| Sessione 2 pomeriggio | 14:15 | 18:00 | | | | |
| Dettaglio 1 | 14:15 | 15:30 | Gruppo A – Compressioni toraciche e accesso vascolare (ombelicale) Gruppo B – Intubazione ET e gestione del liquido tinto di meconio | ED | R. Antonucci | A.Reali |
| Dettaglio 2 | 15:30 | 16:30 | Gruppo A – Intubazione ET e gestione del liquido tinto di meconio Gruppo B – Compressioni toraciche e accesso vascolare (ombelicale) | ED | A. Reali | R. Antonucci |
| Dettaglio 3 | 16:30 | 17:30 | Prova pratica | ED | R. Antonucci | A. Reali |
| Dettaglio 4 | 17:30 | 18:00 | Conclusione lavori e valutazione finale | RTP | A. Reali | R. Antonucci |

