



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 20 MAR. 2019

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Corso pratico sull'uso degli algoritmi di scelta del device venoso e impianto dei mini-midline, simulazione medicazioni e lavaggio su manicchino". Spesa complessiva € 1.136,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 21 MAR. 2019 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 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 Direzione Sanitaria – Dirigente delle Professioni Sanitarie vuole attivare il suddetto al fine di far acquisire agli operatori sanitari informazioni e conoscenze teoriche complete ed aggiornate riguardanti gli accessi venosi periferici, indicazioni cliniche, tecniche di inserzione e di gestione, con particolare riguardo alla prevenzione delle complicanze precoci e tardive, secondo le più recenti raccomandazioni e linee guida nazionali e internazionali basata sull'evidenza fornire agli operatori sanitari gli strumenti culturali atti a iniziare o a implementare un programma di utilizzo degli accessi tipo MINI-MIDLIN attraverso algoritmi e applicazione della scheda di valutazione del patrimonio venoso presso l'Ospedale San Michele;

Considerato altresì che il Direttore Generale ha autorizzato l'attuazione del suddetto corso di formazione come da nota Prot. NP/2018/2755 del 027.03.2018 che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Datto Atto che l'attività formativa rivolta al personale sanitario dell'Azienda per un totale 50 partecipanti suddivisi in dieci edizioni, è stata svolta da docenti interni fuori orario di servizio;

%



Segue Deliberazione n. 723 del 20 MAR. 2019

Verificato il progetto formativo: "Corso pratico sull'uso degli algoritmi di scelta del device venoso e impianto dei mini-midline, simulazione medicazioni e lavaggio su manicchino" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il progetto di PFA ECM: "Corso pratico sull'uso degli algoritmi di scelta del device venoso e impianto dei mini-midline, simulazione medicazioni e lavaggio su manicchino", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale 50 partecipanti suddivisi in dieci edizioni.
2. Confermare che l'attività formativa è stata 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 sarà pari a € 1.136,00 (millecentotrentasei euro) onnicomprensiva, come da documentazione allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.
4. Autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti interni.
5. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 1.136,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus



Al Sig. Direttore Generale
Dott.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

- EVENTO FORMATIVO REGIONALE**
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

corso pratico sull'uso degli algoritmi di scelta del device venoso e impianto dei mini-midline, simulazione medicazioni e lavaggio su manicchino.

STRUTTURA PROPONENTE

Dirigenza Professioni Sanitarie

OBIETTIVI

_ Far acquisire agli operatori sanitari informazioni e conoscenze teoriche complete ed aggiornate riguardanti gli accessi venosi periferici, indicazioni cliniche, tecniche di inserzione e di gestione, con particolare riguardo alla prevenzione delle complicanze precoci e tardive, secondo le più recenti raccomandazioni e linee guida nazionali e internazionali basata sull'evidenza

fornire agli operatori sanitari gli strumenti culturali atti a iniziare o a implementare un programma di utilizzo degli accessi tipo MINI-MIDLINE attraverso algoritmi e applicazione della scheda di valutazione del patrimonio venoso presso l' Ospedale San Michele..

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

*Indicazioni all' impianto di device venosi periferici
tecniche di impianto
gestione degli impianti*

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

_ Conoscere l'algoritmo degli accessi venosi per la giusta scelta e saper gestire correttamente il device impiantato.

B) Acquisizione competenze di processo:

_ Accrescere la consapevolezza del ruolo che i professionisti devono svolgere nel facilitare il trasferimento delle evidenze scientifiche nella pratica clinica e nell'organizzazione del lavoro

C) Acquisizione competenze di sistema:

_ Accrescere la consapevolezza della cultura del corretto uso dell'informazione proveniente dalla letteratura internazionale e la valorizzazione dell'innovazione conseguente secondo i principi della appropriatezza, efficacia ed efficienza delle risorse.

TIPOLOGIA DI EVENTO:

Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

AO Brotzu
Sede Ufficio Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

AO BROTZU

NP/2018/2755 del 27/03/2018 ore 09,58

Mittente: DIREZIONE SANITARIA

Assegnatario: Ufficio Formazione

Classifica: I



Al Sig. Direttore Sanitario
Dottor Vinicio Atzeni

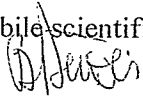
p.c.
Direttore Generale
Dott.ssa Graziella Pintus
SEDE

o **Oggetto: formazione**

Con la presente si chiede, cortesemente, di autorizzare la proposta di formazione:
“corso pratico sull’uso degli algoritmi di scelta del device venoso e impianto dei mini-midline, simulazione medicazioni e lavaggio su manicchino” in quanto è necessario accrescere la conoscenza, l’indicazioni all’impianto di device venosi periferici, la tecniche di impianto e la sua gestione. Il Progetto di Formazione proposto, che si allega alla presente richiesta, non è inserito nel Piano Formazione Annuale Aziendale del 2018, tuttavia si rende urgente attuare il percorso formativo per infermieri attraverso i simulatori già presenti in azienda.

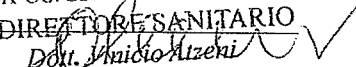
Cordiali Saluti

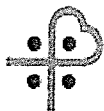
Il responsabile scientifico Dott.ssa Bruna Dettori



Il referente del corso Dott.ssa Rita Massidda



Timbro e firma AZIENDA OSPEDALIERA “G. BROTZU”
IL DIRETTORE SANITARIO
Direttore Sanitario 

**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__ambulatorio multidisciplinare infermieristico__

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)___ ambulatorio multidisciplinare infermieristico__

AUSILI DIDATTICI

- LAVAGNA LUMINOSA
- LAVAGNA A FOGLI MOBILI
- PC
- VIDEOPROIETTORE
- ALTRO DA SPECIFICARE_____ simulatori ed ecografo vascolare_____

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.

Dal 18 Aprile al 27 Novembre 2018



<i>Edizione numero</i>	<i>Partecipanti per edizione</i>	<i>Data inizio (gg/mm/aaaa)</i>	<i>Data fine (gg/mm/aaaa)</i>
1	5	23 APRILE 2018	23 APRILE 2018
2	5	02 MAGGIO 2018	02 MAGGIO 2018
3	5	21 MAGGIO 2018	21 MAGGIO 2018
4	5	04 GIUGNO 2018	04 GIUGNO 2018
5	5	18 GIUGNO 2018	18 GIUGNO 2018
6	5	27 SETTEMBRE 2018	27 SETTEMBRE 2018
7	5	2 OTTOBRE 2018	2 OTTOBRE 2018
8	5	24 OTTOBRE 2018	24 OTTOBRE 2018
9	5	27 NOVEMBRE 2018	27 NOVEMBRE 2018
10	5	11 DICEMBRE 2018	11 DICEMBRE 2018

PROFESSIONI

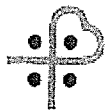
Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

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. _____
- Geriatrics** n. _____
- Malattie Metaboliche e Diabetologia** n. _____
- Malattie dell' Apparato Respiratorio** n. _____
- Malattie Infettive** n. _____



<input type="checkbox"/> <i>Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Fisica e Riabilitazione</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Termale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Aeronautica e Spaziale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina dello Sport</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Nefrologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neonatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neuropsichiatria Infantile</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>	n. _____



Emissione 28/06/2016
Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1
Pag. 5 a 11

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

 **Laureati non medici (specificare)**

n. _____

n. _____

n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

x Infermiere

n. 50 _____

 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 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. _____

 Dietista

n. _____

 Igienista Dentale

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__4

PROGRAMMA

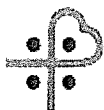
Si allega file del programma del corso: SI x NO

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

- Fotocopie di testi
 Slides
 Testi/libri
 Riviste
 Cd
 Altri supporti

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.

<i>Docenza</i>	€ 1136,00 (40 ORE DI DOCENZA FUORI DALL'ORARIO DI SERVIZIO)
<i>Pernottamento</i>	€
<i>Pasti</i>	€
<i>Spese di viaggio</i>	€
<i>Altro:</i>	
1. <i>materiale didattico</i>	€
2. <i>costo accreditamento</i>	€
<i>Totale</i>	€ 1136,00

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	<u>Bruna</u>	Cognome	<u>Dettori</u>
Qualifica	<u>Dirigente delle professioni sanitarie</u>		
Struttura	<u>Direzione infermieristica (Ospedale Brotzu)</u>		
Telefono	<u>Cellulare</u>		
Fax	<u>email</u>	<u>dettori.bruna@aob.it</u>	

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	<u>Rita</u>	Cognome	<u>Massidda</u>
Telefono	<u>Cellulare</u>	<u>3383623320</u>	
Fax	<u>email</u>	<u>Massidda.rita@gmail.com</u>	
Curriculum	<u></u>	<u></u>	<u></u>

A) Motivazione della scelta scientifica:

il corso permette di mettere in pratica le tecniche di inserzione e di gestione acquisite durante il corso propedeutico sugli accessi vascolari periferici.

B) Motivazione della scelta economica:

la scelta del docente interno consente un notevole risparmio

C) Motivazione della scelta dei docenti:

competenze esperienza specifiche sul campo

**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: _____ **Data (gg/mm/aaaa):** _____

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

Dott.ssa Graziella Pintus

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

Timbro e Firma (leggibile)

Responsabile Scientifico

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)

AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU

Dirigente Professioni Sanitarie

Chirurgiche e Ostetriche

Dott.ssa Bruna Dettori

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

Nome e Cognome (In stampatello)

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

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



**PFA: "Corso pratico sull'uso degli algoritmi di scelta del device venoso e impianto dei mini-midline, simulazione medicazioni e lavaggio su manicchino."
1° Edizione 23 APRILE 2018**

Programma didattico dettagliato

Sessione 1 Pomeriggio	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	15,00	16,00	ALGORITMO E PROCEDURE ESECUZIONE MEDICAZIONI	ED	DOTT.SSA MASSIDDA RITA	
Dettaglio 2	16,00	17,00	PROCEDURE DI DISOSTRUZIONE E LAVAGGIO CATETERI VARI	ED	DOTT.SSA MASSIDDA RITA	
Dettaglio 3	17,00	18,30	IMPIANTO MINI-MIDLIN	ED	DOTT.SSA MASSIDDA RITA	
Dettaglio 4	18,30	19,00	CHIUSURA LAVORI E QUESTIONARI ECM	RTP	DOTT.SSA MASSIDDA RITA	

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO		30
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")		
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)		
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	3	30
RP	ROLE-PLAYING		