AO Brotzu

Deliberazione 1023

Adottata dal DIRETTORE GENERALE f.f. in data 17 APR. 2019

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Simulazione Pediatrica". Spesa complessiva € 2.582,00

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 18 APR. 2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore Amministrativo

IL DIRETTORE GENERALE f.f.	Dott. Vinicio Atzeni
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 S.S.D. Medicina D'Urgenza Pediatrica P. O. San Michele vuole attivare il suddetto corso al fine di ottimizzare i livelli diagnostici-assistenziali nella gestione delle emergenze pediatriche e creare gruppi di operatori altamente qualificati con conoscenze teoriche e abilità pratiche, competenze relazionali e comunicative riguardanti le principali condizioni critiche in Pediatria;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2019 approvato con Deliberazione n° 367 del 13.02.2019;

Dato atto che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 24 partecipanti suddivisi in quattro edizioni, sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio;

Verificato il progetto formativo: "Simulazione Pediatrica" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

%

SSD Formazione
Direttore Dott. A. Corrias

AO Brotzu

Segue deliberazione n. 1023 del 17 APR. 2019

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Simulazione Pediatrica", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale 24 partecipanti suddivisi in quattro edizioni.

2. Di 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. Di determinare che la spesa complessiva di € 2.582,00 (duemillecinquecentoottantadue euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2019.

4. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti interni.

5. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 2.582,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE f.f.
Dott. Vinicio Atzeni

SSD Formazione
Direttore Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE □
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE X

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO
Simulazione pediatrica

STRUTTURA PROPONENTE
SSD di Medicina d'Urgenza Pediatrica

OBIETTIVI
Ottimizzare i livelli diagnostici-assistenziali nella gestione delle emergenze pediatriche e creare gruppi di operatori altamente qualificati con conoscenze teoriche e abilità pratiche, competenze relazionali e comunicative riguardanti le principali condizioni critiche in Pediatria.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)
Sviluppo e consolidamento delle competenze necessarie per la corretta gestione delle urgenze-emergenze pediatriche e le modalità di coordinamento degli interventi degli operatori delle strutture di Medicina d'Urgenza Pediatrica, di Pediatria, di Rianimazione, di Anestesia Pediatrica, di Chirurgia Pediatrica, di Pronto Soccorso.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
Acquisizione e miglioramento della capacità complessiva di assicurare diagnosi e cura nel campo dell'emergenza-urgenza pediatrica.

B) Acquisizione competenze di processo:
Acquisizione di competenze per l'analisi e la risoluzione delle urgenze-emergenze pediatriche attraverso lì applicazione dei protocolli e procedure interne.

C) Acquisizione competenze di sistema:
Miglioramento del lavoro di gruppo con la creazione del team multidisciplinare pediatrico, anestesiologico, rianimatorio e chirurgico al fine di ottimizzare le risorse nella gestione delle situazioni critiche.

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391

TIPOLOGIA DI EVENTO:

A) FORMAZIONE RESIDENZIALE

☐ *Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)*

☐ *Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)*

☐ *Conferenza (minimo 4 ore)*

X *Corso (minimo 4 ore)*

☐ *Retraining*

SEDE DI SVOLGIMENTO

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI X *NO* ☐

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.
Se si, indicare l'ubicazione
Struttura Aula Deriu o Aula Ciccu

SPAZI NECESSARI
(Barrare le caselle di interesse)

☐ *Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)*

☐ *Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)*

X *Aula con capienza di n. 20 partecipanti*

☐ *Sala conferenza per n ._____ partecipanti*

☐ *Altro (specificare)*_____

AUSILI DIDATTICI

☐ *LAVAGNA LUMINOSA*

X *LAVAGNA A FOGLI MOBILI*

X *PC*

X *VIDEOPROIETTORE*

☐ *ALTRO DA SPECIFICARE*

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI X *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.

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391

Edizione numero	*Partecipanti per edizione*	*Data inizio (gg/mm/aaaa)*	*Data fine (gg/mm/aaaa)*
1	*6*	*21 maggio 2019*	*21 maggio 2019*
2	*6*	*26 settembre 2019*	*26 settembre 2019*
3	*6*	*22 ottobre 2019*	*22 ottobre 2019*
4	*6*	*12 novembre 2019*	*12 novembre 2019*

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.* _____

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391

X 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.* _____

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391

□ *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.* ____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA
X Infermiere *n.* ____
X 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 Perfusione 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.*____

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391

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 8 (otto)***

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
X Slides
□ *Testi/libri*
□ *Riviste*
□ *Cd*
□ *Altri supporti*

VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

X Prova Pratica
□ *role playing con griglia*
X prova manuale

X Prova orale
□ *strutturata*
X non strutturata

□ *Prova scritta*
□ *tema*
□ *saggio*
□ *tesina*
□ *altro*

□ *Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)*

□ *Project Work*

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391

VOCI DI SPESA

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

Docenza	*€ 2.582,00*
Pernottamento	*€*
Pasti	*€*
Spese di viaggio	*€*
Altro:	*€*
1. materiale didattico	*€*
2. costo accreditamento	*€*
Totale	*€ 2.582,00*

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	*ALESSANDRO*	*Cognome*	*CANETTO*
Qualifica	*Dirigente Medico di Pediatria*		*Responsabile di SSD*
Struttura	*Medicina d'Urgenza Pediatrica*		
Telefono	*070539701*	*Cellulare*	*336607888*
Fax	*070539682*	*email*	*alessandro.canetto@aob.it*

DOCENTI *(dati dei docenti)*

Nome	*GABRIELLA*	*Cognome*	*CHERCHI*
Telefono	*070539553*	*Cellulare*	*3478493205*
Fax	*070539682*	*email*	*gabriella.cherchi@aob.it*
Curriculum	*vedi*		
Nome	*TOSCANO*	*Cognome*	*CONCETTA*
Telefono	*07052965578*	*Cellulare*	*3291605898*
Fax		*email*	*concettatoscano@aob.it*
Curriculum	*vedi*		
Nome	*ROBERTA*	*Cognome*	*RICCO*
Telefono	*070539553*	*Cellulare*	*3484033236*
Fax	*070539682*	*email*	*roberta.ricco@aob.it*
Curriculum	*vedi*		
Nome	*ALESSANDRA*	*Cognome*	*ARCA*
Telefono	*070539553*	*Cellulare*	*3343513276*
Fax	*070539682*	*email*	*alessandra.arca@aob.it*
Curriculum	*vedi*		

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391

A)Motivazione della scelta scientifica:
Nelle urgenze-emergenze pediatriche il livello di stress può portare ad azioni di tipo emotivo che spesso inducono ad errori per mancanza di chiarezza dei ruoli, comunicazione inefficace disorganizzazione del team.

B)Motivazione della scelta economica:
I docenti interni a cui verrà corrisposto il compenso previsto dal CCNL

C)Motivazione della scelta dei docenti:
Personale con esperienza pediatrica e formazione specifica in simulazioni pediatriche

A)Docenti Interni:
in orario di servizio ☐
fuori orario di servizio X

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):* 26/02/2019

Nome e cognome *(in stampatello)*
Direttore Generale AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
Timbro e Firma (leggibile) IL DIRETTORE SANITARIO
Direttore Generale *Dott. Vinicio Atzeni*

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Responsabile della struttura organizzativa, (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) ALESSANDRO CANETTO
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Responsabile della struttura organizzativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE Medicina d'Urgenza Pediatrica Responsabile: Dott. Alessandro Canetto

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore del Dipartimento AO Brotzu - Cagliari DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
Timbro e Firma *(leggibile)* IL DIRETTORE
Il Direttore del Dipartimento *Dott. Giuseppe Dessì*

Nome e Cognome *(In stampatello)*
Responsabile Ufficio Formazione
Timbro e firma *(leggibile)* Andrea Corrias AO Brotzu - C... Resp.: Dott. Andrea Co...

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea CorriasTel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391

"PFA"
Simulazione Pediatrica

Aula DERIU

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 mattina						
Dettaglio 1	08.30	09.00	Presentazione corso: contenuti e obiettivi	RTP	A.CANETTO	G.CHERCHI
Dettaglio 2	09.00	09.30	Il ciclo di formazione nella simulazione pediatrica	RTP	R.RICCO	C.TOSCANO
Dettaglio 3	09.30	10.00	CRM (Crisis Resource Management)	RTP	G.CHERCHI	A.CANETTO
Dettaglio 4	10.00	10.30	Gestione delle risorse nelle situazioni critiche	RTP	A.ARCA	R.RICCO
Dettaglio 5	10.30	11.00	La comunicazione nelle situazioni critiche	RTP	C. TOSCANO	A.ARCA
Dettaglio 6	11.00	12.00	Simulazione di scenario di emergenza pediatrica a gruppi	ED	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO
Dettaglio 7	12.00	13.00	Debriefing: dalla teoria alla pratica	ED	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO
Dettaglio 8	13.00	14.00	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio						
	14,00	15,00	Simulazione di scenario di emergenza pediatrica a gruppi	ED	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO
	15,00	16,00	Debriefing: dalla teoria alla pratica	ED	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO
	16,00	17,00	Simulazione di scenario di emergenza pediatrica a gruppi	ED	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO
	17,00	18,00	Debriefing: dalla teoria alla pratica	ED	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO
	18,00	18,30	Conclusione dei lavori e verifica apprendimento	RTP	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO	A.CANETTO G.CHERCHI R.RICCO A.ARCA C.TOSCANO