

Adottata dal DIRETTORE GENERALE f.f. in data 29 MAG, 2019

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Gestione del processo: dalla donazione al trapianto di organi". Spesa complessiva € 723,00

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 29 MAG, 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 f.f.	Dott.ssa Donatella Floris
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 il Coordinamento Ospedaliero Trapianti "Promozione della donazione e gestione del trapianto d'organo" vuole attivare il suddetto corso al fine di aggiornare/formare gli operatori coinvolti nel percorso "donazione e trapianto d'organi";

**Considerato** altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2018 approvato con Deliberazione n° 284 del 07.02.2018;

**Dato atto** che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 80 partecipanti suddivisi in quattro edizioni, è stata svolta da docenti interni fuori orario di servizio;

**Verificato** il progetto formativo: "Gestione del processo: "dalla donazione al trapianto di organi" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

%

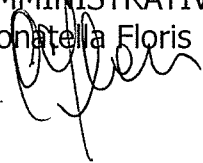
Segue deliberazione n. 1344 del 29 MAG. 2019

**DELIBERA**

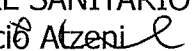
Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare il PFA ECM: "Gestione del processo: dalla donazione al trapianto di organi", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale 80 partecipanti suddivisi in quattro edizioni.
2. Confermare che l'attività formativa è stata svolta da docenti interni in orario e fuori orario di servizio.
3. Determinare che la spesa complessiva pari a € 723,00 (Settecentoventitre euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.
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 di € 723,00.

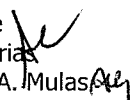
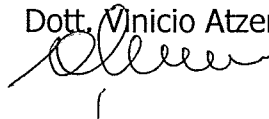
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.f.  
Dott.ssa Donatella Floris

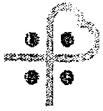


IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Vinicio Atzeni



IL DIRETTORE GENERALE f.f.  
Dott. Vinicio Atzeni





Al Sig. Direttore Generale

**RICHIESTA:**

- EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO ECM**

Gestione del processo "dalla donazione al trapianto di organi"

**STRUTTURA PROPONENTE**

Coordinamento Ospedaliero Trapianti "Promozione della donazione e gestione del trapianto d'organo"

**OBIETTIVI**

Aggiornamento sul processo relativo all'attività donazione e trapianto, che coinvolge le Professioni Sanitarie Tecnico e della riabilitazione.

**CONTENUTI** (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Presentazione delle attività delle Professioni Sanitarie di area tecnica e riabilitativa in relazione alla valutazione del potenziale donatore di organi e del paziente ricevente (in pre e post trapianto).

**A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**

Acquisizione di competenze e conoscenze tecnico professionale inerenti il processo di donazione e trapianto d'organo.

**B) Acquisizione competenze di processo:**

Acquisizione di procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza delle specifiche attività di ciascun servizio coinvolto nel processo di donazione e trapianto.

Miglioramento dell'integrazione interprofessionale, multi professionale e interistituzionale.

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Acquisizione di competenze di sistema necessarie per promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza delle specifiche procedure, linee-guida e protocolli inerenti la donazione e il trapianto.



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 2 a 14

**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  NO

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura Aula Deriu – Ospedale San Michele

**SPAZI NECESSARI**

(Barrare le caselle di interesse)

- X 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
- X LAVAGNA A FOGLI MOBILI
- X PC
- X 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.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
n. 1	20	Mercoledì 17/10/18	17/10/18
n. 2	20	Mercoledì 14/11/18	14/11/18 ✱
n. 3	20	Mercoledì 28/11/18	28/11/18
n. 4	20	Giovedì 13/12/18	13/12/18

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



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 4 a 14

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Genetica Medica</i>                                   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Geriatría</i>   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Malattie Metaboliche e Diabetologia</i>               | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Malattie dell' Apparato Respiratorio</i>              | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Malattie Infettive</i>                                | 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>Neonatology</i>                                       | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurologia</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuropsichiatria Infantile</i>                        | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i>   | n. _____ |
| <br>  |          |
| <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. _____ |
| <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. _____ |
| <br>  |          |
| <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. _____ |



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 6 a 14

- 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**

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

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

- Podologo* n. \_\_\_\_\_
- Fisioterapista* n. **5**
- 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. **2**
- Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* n. \_\_\_\_\_





Emissione 28/06/2016

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Revisione 06/02/2017

Pag. 7 a 14

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

- X** *Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare* n. 6
- X** *Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n. 30
- X** *Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n. 30
- Tecnico Audiometrista* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Audioprotesista* n. \_\_\_\_\_
- X** *Tecnico di Neurofisiopatologia* n. 5
- Tecnico Ortopedico* n. \_\_\_\_\_
- X** *Dietista* n. 2
- 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 n. 7

**PROGRAMMA**Si allega file del programma del corso:  SI  NO **MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.***(Barrare le caselle d'interesse)*

- Fotocopie di testi*
- X** *Slides*
- Testi/libri*
- Riviste*
- Cd*



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 8 a 14

 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 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	€ 723,00 (€ 25,82 x 7 ore x 4 edizioni)
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 723,00

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento:	_____	€ 723,00
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	Ugo	Cognome	Storelli
Qualifica	Dirigente Medico		
Struttura	Coordinamento Ospedaliero Trapianti "Promozione della donazione e gestione del trapianto d'organo"		
Telefono	070 - 539987	Cellulare	329 277039
Fax	070/530814	email	ugostorelli@aob.it

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	Ugo	Cognome	Storelli
Telefono	070/53987	Cellulare	3356198395
Fax	070/530814	email	ugostorelli@aob.it
Curriculum	CV europeo Breve		
Nome	Tomasina	Cognome	Argiolas
Telefono	070/539693	Cellulare	3465840521
Fax	070/530814	email	tomasinaargiolas@aob.it
Curriculum	CV europeo Breve		



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 10 a14

Nome	<u>Fabrizia</u>	Cognome	<u>Salvago</u>
Telefono	<u>070/539693</u>	Cellulare	<u>3332607525</u>
Fax	<u>070/530814</u>	email	<u>Fabriziasalvago@aob.it</u>
Curriculum	<u>CV europeo Breve</u>		
Nome	<u>Angela</u>	Cognome	<u>Loi</u>
Telefono	<u>070/539273</u>	Cellulare	<u>3475975416</u>
Fax	<u>070/539409</u>	email	<u>angelaloi@aob.it</u>
Curriculum	<u>CV europeo Breve</u>		
Nome	<u>Francesco</u>	Cognome	<u>Usai</u>
Telefono	<u>070/539273</u>	Cellulare	<u>3403644185</u>
Fax	<u>070/539409</u>	email	<u>francescousai@aob.it</u>
Curriculum	<u>CV europeo Breve</u>		
Nome	<u>Vladimiro</u>	Cognome	<u>Fois</u>
Telefono	<u>070/539668</u>	Cellulare	<u>3206060289</u>
Fax		email	<u>vladimirofois@aob.it</u>
Curriculum	<u>CV europeo Breve</u>		
Nome	<u>Jessica</u>	Cognome	<u>Cabras</u>
Telefono	<u>070/539668</u>	Cellulare	<u>3889349021</u>
Fax		email	<u>jessica.cabras@aob.it</u>
Curriculum	<u>CV europeo Breve</u>		
Nome	<u>Simona</u>	Cognome	<u>Zanda</u>
Telefono	<u>070539584</u>	Cellulare	<u>3281699693</u>
Fax		email	<u>Simona.zanda@aob.it</u>
Curriculum	<u>CV europeo Breve</u>		
Nome	<u>Federica</u>	Cognome	<u>Schirru</u>
Telefono	<u>070539584</u>	Cellulare	<u>3403456510</u>
Fax		email	<u>fede.schi.@gmail.com</u>
Curriculum	<u>CV europeo Breve</u>		



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

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1  
Pag. 11 a 14

Nome	Alessandra	Cognome	Lubelli
Telefono	070/539808	Cellulare	33898897251
Fax	070/531758	email	alessandralubelli@aob.it
Curriculum	CV europeo Breve		
Nome	Patrizia	Cognome	Meloni
Telefono	070/539675	Cellulare	3921060175
Fax	070/531758	email	patriziamelonii@aob.it
Curriculum	CV Europeo Breve		
Nome	Maria Francesca	Cognome	Sedda
Telefono	070/539653	Cellulare	3459497126
Fax		email	mariafrancescasedda@aob.it
Curriculum	CV Europeo Breve		
Nome	Pier Luigi	Cognome	Medda
Telefono	070/539653	Cellulare	3929218551
Fax		email	pierluigimedda@aob.it
Curriculum	CV Europeo Breve		
Nome	Ortu	Cognome	Antonella
Telefono	070/539256	Cellulare	3331103359
Fax		email	ortuantonella@aob.it
Curriculum	CV Europeo Breve		
Nome	Ghiani	Cognome	Giovanna
Telefono	070/539256	Cellulare	3299863707
Fax		email	giovannaghiani@aob.it
Curriculum	CV Europeo Breve		
Nome	Quatela	Cognome	Antonio
Telefono	070/539246	Cellulare	3886961744
Fax		email	antonio.r.quatena@aob.it
Curriculum	CV Europeo Breve		



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 12 a 14

Nome	<u>Maria Antonietta Carmela</u>	Cognome	<u>Putzolu</u>
Telefono	<u>070/539246</u>	Cellulare	<u>3348709985</u>
Fax		email	<u>mariaantnietputzulu@aob.it</u>
Curriculum	<u>CV Europeo Breve</u>		
Nome	<u>Federico</u>	Cognome	<u>Dettori</u>
Telefono	<u>070/539246</u>	Cellulare	<u>3486109435</u>
Fax		email	<u>federico.dettori@aob.it</u>
Curriculum	<u>CV Europeo Breve</u>		
Nome	<u>Salvatore</u>	Cognome	<u>Di Lallo</u>
Telefono	<u>070/539208</u>	Cellulare	<u>3384043424</u>
Fax		email	<u>salvatore.dilallo@gmail.com</u>
Curriculum	<u>CV Europeo Breve</u>		
Nome	<u>Andrec</u>	Cognome	<u>Tromba</u>
Telefono	<u>070/539208</u>	Cellulare	<u>3921060175</u>
Fax		email	<u>andrea.tromba@aob.it</u>
Curriculum	<u>CV Europeo Breve</u>		

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Necessità di aggiornare/formare gli operatori coinvolti nel percorso "donazione e trapianto d'organi".

**B) Motivazione della scelta economica:**

La spesa prevista risulta economicamente vantaggiosa, in funzione del fatto che **i docenti sono tutti interni**. Il compenso è quello previsto dal CCNL.

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

Trattasi di docenti con esperienza pluriennale relativa alla gestione del percorso "donazione e trapianto d'organi".

**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):** 20/09/2018

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Direttore Generale**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Direttore Generale**

Dr.ssa Graziella Pintus

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

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Responsabile Scientifico**

Dr. Ugo Storelli  
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
Dott. Ugo Storelli  
Medico Direzione Sanitaria

**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)**

Dr. Ugo Storelli  
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
Dott. Ugo Storelli  
Medico Direzione Sanitaria



Emissione 28/06/2016

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Revisione 06/02/2017

Pag. 14 a 14

Dipartimentale)

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)

Dr. Andrea Corrias

AO Brotzu - Cagliari

SSD FORMAZIONE

Resp.: Dott. Andrea Corrias

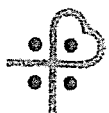
**NOTE:****Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):**

- 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



**PFA ECM : Gestione del processo: "dalla donazione al trapianto di organi"**

1 edizione: 17-10-2018

2° edizione: 14-11-2018

3° edizione: 28-11-2018

4° edizione: 13-12-2018

## Programma didattico dettagliato

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine	Argomenti	Metodologia	Docente	Sostituto
	08.30	13.30	Descrizione del percorso pre e post-trapianto: ruolo degli operatori dei servizi coinvolti			
Dettaglio 1	08.30	09.00	Il percorso trapiantologico	RTP	Ugo Storelli	Tomasina Argiolas
Dettaglio 2	09.00	09.30	Individuazione, accertamento e idoneità del potenziale donatore	RTP	Angela Loi	Francesco Usai
Dettaglio 3	09.30	10.00	Aspetti organizzativi tra il Coordinamento ospedaliero trapianti e i Servizi coinvolti	RTP	Tomasina Argiolas	Ugo Storelli
Dettaglio 4	10.00	10.30	Aspetti comunicativi funzionali all'obiettivo condiviso	RTP	Fabrizia Salvago	Ugo Storelli
Dettaglio 5	10.30	11.00	Ruolo del Tecnico di neurofisiopatologia nell'accertamento di morte encefalica	RTP	Vladimiro Fois	Jessica Cabras
Dettaglio 6	11.00	11.15	Il Ruolo del TSLB di Immunoematologia nella fase di osservazione, pre e post trapianto	RTP	Antonio Rosario Quatela	M. Antonietta Carmela Putzulu
Dettaglio 7	11.15	11.30	Il Ruolo del TSLB di Immunoematologia nella fase di osservazione, pre e post trapianto	RTP	Federico Dettori	M. Antonietta Carmela Putzulu
Dettaglio 8	11.30	12.00	Ruolo del Tecnico di radiologia nella fase di osservazione, di pre e trapianto	RTP	Simona Zanda	Federica Schirru
Dettaglio 7	12.00	12.30	Ruolo del Tecnico di laboratorio e	RTP	Alessandra	Patrizia



			microbiologia nella fase di osservazione, di pre e trapianto		Lubelli	Meloni
Dettaglio 8	12.30	13.00	Ruolo del tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolare nel pre e Trapianto	RTP	Salvatore Di Lallo	Andrea Tromba
Dettaglio 9	13.00	13.30	Ruolo del tecnico di Anatomia Patologica nella fase di osservazione, di pre e post trapianto	RTP	M. Francesca Sedda	Pier Luigi Medda
	13.30	14.30	<b>Pausa Pranzo</b>			
<b>Sessione 2 pomeriggio</b>	14.30	16.30	<b>Gestione del percorso pre e post-trapianto: aspetti clinici, psicologici, riabilitativi</b>			
Dettaglio 1	14.30	14.45	La fisiochinesiterapia nel pre e post-trapianto	RTP	Giovanna Ghiani	Ortu Antonella
Dettaglio 2	14.45	15.00	La fisiochinesiterapia nel pre e post-trapianto		Ortu Antonella	Giovanna Ghiani
Dettaglio 3	15.00	16.00	L'integrazione multi professionale	RP	Fabrizia Salvago	Ugo Storelli
Dettaglio 4	16.00	16.30	Conclusione lavori – Verifica apprendimento	RTP	Tomasina Argiolas	Ugo Storelli

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	6	
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		
RP	ROLE-PLAYING	1	