

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 28 DIC, 2018

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Tracheostomia: Gestione interprofessionale del paziente". Spesa complessiva € 233,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 28 DIC, 2018 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 S. C. di Oncologia Medica del P. O. Businco vuole attivare il suddetto corso al fine di far acquisire gli strumenti conoscitivi e metodologici e le capacità necessarie per identificare e risolvere problemi collegati alla presenza di cannule tracheostomiche;

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

Ritenuto che l'attività formativa è rivolta agli Infermieri dell'Azienda, per un totale 50 partecipanti suddivisi in 2 edizioni, sarà svolta da docenti interni fuori dall'orario di servizio;

Valutato il progetto formativo: "Tracheostomia: Gestione interprofessionale del paziente" 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. 2738 del 28 DIC. 2018

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Tracheostomia: Gestione interprofessionale del paziente", rivolto agli Infermieri dell'Azienda, per un totale 50 partecipanti suddivisi in 2 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 è di € 233,00 (duecentotrentatre 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 è di € 233,00.

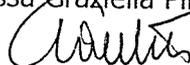
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata



IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni



IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus





Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

TRACHEOSTOMIA: GESTIONE INTERPROFESSIONALE DEL PAZIENTE

STRUTTURA PROPONENTE*S.C. Oncologia Medica Businco***OBIETTIVI**

Il corso ha l'obiettivo principale di far acquisire gli strumenti conoscitivi e metodologici e le capacità necessarie per identificare e risolvere problemi collegati alla presenza di cannule tracheostomiche.

Obiettivo formativo di interesse nazionale: Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence Based Practice (EBM - EBN - EBP)

CONTENUTI

Saranno affrontati aspetti inerenti l'anatomia e la fisiopatologia delle prime vie aeree, le indicazioni alla tracheostomia e le diverse tecniche di confezionamento. Saranno approfonditi gli aspetti relativi la gestione infermieristica dello stoma tracheale, lo svezzamento e la rimozione. Sono previste esercitazioni di tutti i partecipanti sulla gestione della tracheostomia: medicazione e tracheoaspirazione, prove di tappatura e scuffia tura.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

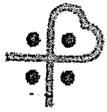
Conoscere le indicazioni evidence based nursing per la gestione di una tracheostomia

B) Acquisizione competenze di processo:

Acquisire competenze rivolte al monitoraggio all'assistenza e alla riabilitazione del paziente tracheostomizzato.

C) Acquisizione competenze di sistema:

Acquisizione di competenze e conoscenze idonee a promuovere il miglioramento della appropriatezza e sicurezza della gestione del paziente tracheostomizzato.

**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 _____

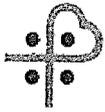
SPAZI NECESSARI

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)
- Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
- Aula con capienza di n. _____ 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.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	25	06/12/2018	06/12/2018
2	25	20/12/2018	20/12/2018

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. _____



<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>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. _____
<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 Trasmfusionale</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. _____



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 6 a 12

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

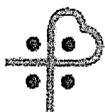
PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

- 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



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 7 a 12

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Sanitario di Radiologia Medica</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audiometrista</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audioprotesista</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico di Neurofisiopatologia</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Ortopedico</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Dietista</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igienista Dentale</i> | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> 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: 6***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*



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

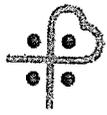
Pag. 8 a 12

- 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

**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	MARIA CARMINA	Cognome	CAMPUS
Qualifica	INFERMIERA		
Struttura	UFFICIO FORMAZIONE		
Telefono	07052965575	Cellulare	
Fax		email	mariacarminacampus@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	MASSIMO	Cognome	GHIANI
Telefono		Cellulare	
Fax		email	massimo.ghiani@aob.it
Curriculum			

Nome	MARIA CARMINA	Cognome	CAMPUS
Telefono		Cellulare	
Fax		email	mariacarminacampus@aob.it
Curriculum			

Nome	FRANCESCA	Cognome	CADEDDU
Telefono		Cellulare	
Fax		email	francescacadeddu@aob.it
Curriculum			

**VOCI DI SPESA**

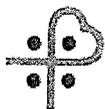
Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	€ 207,00 (8H X 25,82 -DOCENZA FUORI ORARIO SERVIZIO)
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 207,00

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: _____ €
Quote di iscrizione: _____ €

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Il corso nasce dalla necessità del personale afferente all'Oncologia Medica di approfondire conoscenze e tematiche in materia di assistenza al paziente portatore di cannula tracheostomica.

B) Motivazione della scelta economica:

Per i docenti interni, sono state considerate le tariffe applicate dal Regolamento Aziendale sulla Formazione e dal CCNL.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I docenti sono stati individuati sulla base delle competenze professionali specialistiche ed il curriculum vitae in materia di assistenza e riabilitazione al paziente portatore di cannula tracheostomica.

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

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

Timbro e Firma (leggibile)

Responsabile Scientifico

[Firma illeggibile]

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)

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO INTERNA

Direttore: Dott. Roberto Gatta

Nome e Cognome (In stampatello)

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

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: "Tracheostomia: Gestione Interprofessionale del Paziente"
1° Edizione 06/12/2018
2° Edizione 20/12/2018

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 pomeriggio	14.30	18.30				
Dettaglio 1	14.30	15.30	Cenni Di Fisiologia e Anatomia Tracheostomia: Obiettivi, Indicazioni, Principali Tecniche, Complicanze	RTP	Massimo Ghiani	Maria Carmina Campus
Dettaglio 2	15.30	16.00	Cura della Tracheostomia	ED	Maria Carmina Campus	Francesca Cadeddu
Dettaglio 3	16.00	16.30	Aspirazione	DT	Maria Carmina Campus	Francesca Cadeddu
Dettaglio 4	16.30	17.00	Svezzamento e tappatura della cannula. Valvola fonatoria	ED	Francesca Cadeddu	Maria Carmina Campus
Dettaglio 5	17.00	17.30	Rimozione della cannula tracheostomica	DT	Francesca Cadeddu	Maria Carmina Campus
Dettaglio 6	17.30	18.00	Educazione al Paziente e familiari	CD	Maria Carmina Campus Francesca Cadeddu	
Dettaglio 7	18.00	18.30	Conclusione lavori e Verifica Finale	RTP	Maria Carmina Campus	Francesca Cadeddu

