



Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 31 LUG. 2015

OGGETTO: Autorizzazione EFR ECM: "Mantenimento, sviluppo e verifica delle competenze del personale infermieristico nei Centri Trasfusionali".

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 03 AGO. 2015 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Graziella Pintus

Coadiuvato dal

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Laura Balata

Direttore Sanitario

Dott. Nazzareno Pacifico

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 il Servizio di Immunoematologia - Sala Prelievi vuole attivare il suddetto corso al fine garantire un adeguato livello di competenze del personale infermieristico operante nelle strutture trasfusionali, garantire la qualità, la sicurezza ed efficienza delle attività di raccolta sangue e degli emocomponenti;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2015 approvato con Deliberazione n° 2164 del 17.12.2014;

Recepito che l'attività formativa è rivolta agli Infermieri del Servizio di Immunoematologia - Sala Prelievi dell'Azienda, dei Centri Raccolta della ASL di Cagliari e dell'AVIS, per 45 partecipanti, sarà svolta da docenti interni fuori dall'orario di servizio;

Verificato il progetto formativo ECM: "Mantenimento, sviluppo e verifica delle competenze del personale infermieristico nei Centri Trasfusionali" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

DELIBERA

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di autorizzare il EFR ECM: "Mantenimento, sviluppo e verifica delle competenze del personale infermieristico nei Centri Trasfusionali", rivolto agli Infermieri del Servizio di Immunoematologia - Sala Prelievi dell'Azienda, dei Centri Raccolta della ASL di Cagliari e dell'AVIS, per 45 partecipanti.

Confermare che l'attività formativa, sarà svolta da docenti interni fuori dall'orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

Determinare che la spesa complessiva non sia superiore a € 858 (25.82 x 30 ore) onnicomprensiva, graverà sui Fondi del Dipartimento di Diagnostica Servizi Speciali di D. e C. per l'aggiornamento professionale anno 2015.

Imputare sul conto aziendale n. A506030204 i costi di competenza.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Nazzareno Pacifico

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Graziella Pintus



Al Sig. Commissario Straordinario
Dr.ssa Graziella Pintus
Sede

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE **X**
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE **□**

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

"MANTENIMENTO, SVILUPPO E VERIFICA DELLE COMPETENZE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEI CENTRI TRASFUSIONALI".

STRUTTURA PROPONENTE

SALA PRELIEVI SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA DIPARTIMENTO SERVIZI

OBIETTIVI

Garantire un adeguato livello di competenze del personale infermieristico operante nelle strutture trasfusionali.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Il progetto e' finalizzato a garantire la qualità sicurezza ed efficienza delle attività di raccolta sangue ed emocomponenti

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

nella sensibilizzazione, informazione, educazione del donatore. Criteri e procedure per la raccolta del sangue ed emocomponenti. Assistenza del donatore, disposizioni normative. Monitoraggio, analisi e miglioramento della qualità.

B) Acquisizione competenze di processo:

nella raccolta del sangue ed emocomponenti al fine di raggiungere un elevato livello di qualificazione, standardizzazione ed efficacia clinica degli emocomponenti

C) Acquisizione competenze di sistema:

Al fine di raggiungere una migliore efficienza operativa nel sistema trasfusionale nel compimento del processo di accreditamento per il raggiungimento di elevati standard di qualità.



Azienda Ospedaliera Brotzu

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. 45 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.



Azienda Ospedaliera Brotzu

- 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 Trasmfusionale* 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. _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

- 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. _____
- _____ n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- x Infermiere n.45
- Infermiere pediatrico n. _____
- Ostetrica/o n. _____

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

- Podologo n. _____
- _____ n. _____
- Fisioterapista n. _____
- _____ n. _____
- Logopedista n. _____
- _____ n. _____
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia n. _____
- _____ n. _____
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva n. _____
- _____ n. _____
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica n. _____
- _____ n. _____
- Terapista Occupazionale n. _____
- _____ n. _____
- Educatore Professionale n. _____
- _____ 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. _____

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea Corrias

Tel. 070/539856/899/439 – 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



TUTTE LE PROFESSIONI

n. _____

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(*indicare esterni*)

ASL n. 8 Isili-Muravera- Quartu _____

Strutture private AVIS

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 30

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI NO

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

Fotocopie di testi

Slides

Testi/libri

Riviste

Cd

Altri supporti

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.

Docenza	€ 858,00 (25,82X30 ORE)
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 858,00

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.

Qualifica GABRIELLA _____ Cognome GIULIANELLI _____
 Struttura DIRIGENTE MEDICO _____
CENTRO TRASFUSIONALE _____
 Telefono 070539347 _____ Cellulare _____
 Fax 070539304 _____ email gabriellagiulianelli@aob.it _____

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome ANNA _____ Cognome REINA _____
 Telefono 70539822 _____ Cellulare _____
 Fax 70539246 _____ email annareinaaob.it _____
 Curriculum allegato _____

Nome MARIO _____ Cognome PANI _____
 Telefono 70539246 _____ Cellulare _____
 Fax 70539246 _____ email mariopani@aob.it _____
 Curriculum allegato _____

Nome ANGELA _____ Cognome MARRAS _____
 Telefono 70539347 _____ Cellulare _____
 Fax 70539304 _____ email angelamarras@aob.it _____
 Curriculum allegato _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

Nome	MARIA GIULIA	Cognome	FADDA
Telefono	70539936	Cellulare	
Fax	70539672	email	giuliafadda@aob.it
Curriculum	allegato		

Nome	BERNARDINO	Cognome	PIRAS
Telefono	70539347	Cellulare	
Fax	70539304	email	bernardinopiras@aob.it
Curriculum	allegato		

Nome	MARIA BONARIA	Cognome	TRONCI
Telefono	70539676	Cellulare	
Fax	70539246	email	mariabonariatronci@aob.it
Curriculum	allegato		

Nome	MARINO	Cognome	ARGIOLAS
Telefono	070539347	Cellulare	
Fax	070539304	email	marinoargiolas@aob.it
Curriculum	allegato		



Azienda Ospedaliera Brotzu

A) Motivazione della scelta scientifica:

i docenti altamente qualificati sono gli unici che a Cagliari si occupano di medicina trasfusionale

B) Motivazione della scelta economica:

la scelta e' compatibile col baget a disposizione

C) Motivazione della scelta dei docenti:

conoscono molto bene le problematiche legate alla donazione.

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 (gg/mm/aaaa): _____

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

Dr.ssa Graziella Pintus

Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
~~Dott.ssa Graziella Pintus~~

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)**

DR. MARIO PANI

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
CAGLIARI
SERV. IMMUNOTRASFUSIONALE
DIRETTORE: Dott. MARIO PANI

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

DR. PIERPAOLO BACCHIDDU

Direttore del Dipartimento
dei Servizi Speciali di Diagnosi e Cura
Dott. PIER PAOLO BACCHIDDU

Nome e Cognome (In stampatello)

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

Andrea Corrias

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU
UFFICIO FORMAZIONE





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*



Evento Formativo Regionale ECM
 "Mantenimento, sviluppo e verifica delle competenze professionali del personale infermieristico nei
 Centri Trasfusionali"

Data dal 22/09/2015 al 24/11/2015

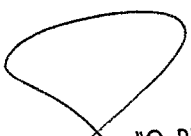
AOB –

Programma didattico dettagliato

Sessione pomeriggio	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
22/09/15						
Dettaglio 1	15	17	Assistenza al donatore nelle procedure di raccolta del sangue intero e di aferesi produttiva	RTP	dr. Bernardino Piras	dr.ssa Angela Marras
Dettaglio 2	17	18	Dimostrazione tecnica con separatore cellulare	DT	Dr. Bernardino Piras	dr.ssa Angela Marras
29/09/15						
Dettaglio 1	15	17	Mantenimento ,sviluppo e verifica delle competenze del personale	RTP	dr. Bernardino Piras	dr.ssa Angela Marras
Dettaglio 2	17	18	Discussione sulle competenze del personale	CD	dr. Bernardino Piras	dr.ssa Angela Marras
06/10/15						
Dettaglio 1	15	17	Gestione dei test di immunoematologia eritrocitaria determinazione del gruppo ABO tipo RH e fenotipo	RTP	dr. Mario Pani	dr. Bernardino Piras
Dettaglio 2	17	18	Ricerca anticorpi irregolari antieritrocitari e prova di compatibilità	RTP	dr. Mario Pani	dr. Bernardino Piras
13/10/15						
Dettaglio 1	15	17	Raccolta conservazione e trapianto cellule staminali cordonali	RTP	dr. Marino Argiolas	dr. Mario Pani
Dettaglio 2	17	18	Dimostrazione tecnica raccolta cellule staminali	DT	Dr. Marino Argiolas	Dr. Mario Pani
20/10/15						
Dettaglio 1	15	17	Accertamenti diagnostici effettuati in occasione della donazione e di controlli periodici ed estemporanei	RTP	dr.ssa Anna Reina	dr.ssa Maria Bonaria Tronci
Dettaglio 2	17	18	Emovigilanza	RTP	dr.ssa Anna Reina	dr.ssa Maria Bonaria Tronci
27/10/15						
Dettaglio 1	15	17	Aferesi terapeutica: principi e nuove indicazioni	RTP	dr.ssa Giulia Fadda	dr. Mario Pani
Dettaglio 2	17	18	Dimostrazione tecnica con separatore cellulare	DT	dr.ssa Giulia Fadda	dr. Mario Pani
03/11/15						
Dettaglio 1	15	16	Trapianto e strategie trasfusionali	RTP	dr.ssa Maria Bonaria Tronci	dr. Bernardino Piras
Dettaglio 2	16	18	MEN la trasfusione nel neonato	RTP	dr.ssa Maria Bonaria Tronci	dr. Bernardino Piras
10/11/15						
Dettaglio 1	15	17	Accreditamento Istituzionale dei centri Trasfusionali e dei Centri di Raccolta	RTP	dr. Mario Pani	dr. Bernardino Piras

Dettaglio 2	17	18	Normativa vigente	RTP	dr. Mario Pani	dr. Donatella Fias
17/11/15						
Dettaglio 1	15	18	Percorso del donatore di emocomponenti e cellule staminali	RTP	dr. Angela Marras	dr.ssa Giulia Fadda
24/11/15						
Dettaglio 1	15	16,3	Preparazione del gel di piastrine uso topico	RTP	dr. Mario Pani	dr.ssa Maria Giulia Fadda
Dettaglio 2	16,3	17,3	Dimostrazione	DT	dr. Mario Pani	dr.ssa Maria Giulia Fadda
Dettaglio 3	17,3	18	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	dr. Mario Pani	dr.ssa Maria Giulia Fadda

METODI DIDATTICI		Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	25	
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	1	
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI	4	
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		


 AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
 CAGLIARI
 SERV. IMMUNOTRASFUSIONALE
 DIRETTORE: Dott. MARIO PANI

Direttore del Dipartimento
 dei Servizi Speciali di Diagnosi e Cura
 Dott. PIER PAOLO RACCHIDDU

