AO Brotzu

Deliberazione 806

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 11 APR. 2018

OGGETTO: Autorizzazione PFA ECM: "Sistemi venosi a breve-medio-lungo termine: indicazioni, impianto e gestione". Spesa complessiva € 1.420,00.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 12 APR. 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 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 la Dirigenza delle Professioni Sanitarie vuole attivare il suddetto corso al fine di far acquisire agli operatori sanitari informazioni e conoscenze teoriche complete ed aggiornate riguardanti gli accessi venosi centrali e periferici ad impianto brachiale e basilico, sia per quanto riguarda le indicazioni cliniche che le tecniche di inserzione (cenni) 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;

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 al personale sanitario dell'Azienda per un totale 300 partecipanti suddivisi in dieci edizioni, sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio;

Valutato il progetto formativo: "Sistemi venosi a breve-medio-lungo termine: indicazioni, impianto e gestione" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

%

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 806 del 11 APR. 2018

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

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare il PFA ECM: "Sistemi venosi a breve-medio-lungo termine: indicazioni, impianto e gestione", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale 300 partecipanti suddivisi in dieci edizioni.

2. 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. Determinare che la spesa complessiva sarà pari a € 1.420,00 (millequattrocentoventi 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 il Sevizio del Personale al pagamento dei docenti interni.

5. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 1.420,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

Al Sig. Direttore Generale
Dott.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE □
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE x□

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO
_*Sistemi venosi a breve-medio-lungo termine : indicazioni, impianto e gestione*

STRUTTURA PROPONENTE
Dirigenza Professioni Sanitarie
OBIETTIVI

_
Far acquisire agli operatori sanitari informazioni e conoscenze teoriche complete ed aggiornate riguardanti gli accessi venosi centrali e periferici ad impianto brachiale e basilico, sia per quanto riguarda le indicazioni cliniche che le tecniche di inserzione (cenni) 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 PICC e MIDLINE attraverso algoritmi e applicazione della scheda di valutazione del patrimonio venoso e simulatori all'interno di un laboratorio gestuale *presso l' azienda Brotzu.*

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

_ *Escursus sulla normativa vigente selle competenze avanzate*
Indicazioni all' impianto di device venosi
Cenni sulle tecniche di impianto
Responsabilità e aspetti medico – legali
gestione degli impianti

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
Conoscere l'algoritmo dei 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:

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*_____

SPAZI NECESSARI
(Barrare le caselle di interesse)

□ *Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)*
x Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
□ *Aula con capienza di n.* _____ *partecipanti*
□ *Sala conferenza per n .*_____ *partecipanti*
□ Altro specificare ____Ambulatorio accessi vascolari e/o laboratorio gestuale

AUSILI DIDATTICI

□ *LAVAGNA LUMINOSA*
□ *LAVAGNA A FOGLI MOBILI*
x PC
x VIDEOPROIETTORE
□ *ALTRO DA SPECIFICARE_*

- *(verra' indetta una gara per l'acquisto ottimale del seguente materiale):*
  Trainer eco guidato per la PICC con accesso vascolare arterioso e intravenoso per simulazione dell'accesso venoso centrale e il posizionamento dei cateteri centrali ad inserzione periferica tipo picc e midline.

Trainer per formare all'inserimento di cateteri, aghi e fili guida in vene brachiali, basiliche, arteria radiale, ulnare e vene superficiali. Compatibilità con ecografi reali per permettere lo sviluppo di abilità quali l'utilizzo dei controlli del sistema ecografico, posizionamento e movimentazione del trasduttore, riconoscimento dell'anatomia arteriosa e venosa, individuazione del vaso appropriato per la cannulazione e l'utilizzo degli ultrasuoni per guidare le procedure di accesso venoso ed arterioso nel braccio

Trainer Chester modello di tronco umano a grandezza naturale con braccio destro staccabile concepito per la cura dei punti di inserzione delle rimozioni e il collegamento delle infusioni endovenose e i prelievi.

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.
Dal 19 aprile al 20 novembre 2018 (ripetibile per due anni)

Edizione numero	*Partecipanti per edizione*	*Data inizio (gg/mm/aaaa)*	*Data fine (gg/mm/aaaa)*
1	*30*	*20/04/2018*	*20/04/2018*
2	*30*	*26/04/2018*	*26/04/2018*
3	*30*	*15/05/2018*	*15/05/2018*
4	*30*	*29/05/2018*	*29/05/2018*
5	*30*	*05/06/2018*	*05/06/2018*
6	*30*	*28/06/2018*	*28/06/2018*
7	*30*	*03/10/2018*	*03/10/2018*
8	*30*	*25/10/2018*	*25/10/2018*
9	*30*	*06/11/2018*	*06/11/2018*
10	*30*	*20/11/2018*	*20/11/2018*

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.* _____

□ *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.* _____

□ *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.* _____

□ *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
□ *Infermiere* *n.* _____
□ *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.*____

x ***TUTTE LE PROFESSIONI*** *n._300___*

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__5,30

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

MODALITÀ' 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	*€ 1420 (55 ORE DI DOCENZA FUORI DALL'ORARIO DI SERVIZIOX € 25,82)*
Pernottamento	*€*
Pasti	*€*
Spese di viaggio	*€*
Altro:	
1. materiale didattico	*€*
2. costo accreditamento	*€*
Totale	*€ 1420*

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	*Rita*	*Cognome*	*Massidda*
Qualifica	*Infermiera*		
Struttura	*Ambulatorio multidisciplinare infermieristico (Ospedale Brotzu)*		
Telefono	*3383623320*	*Cellulare*	*3383623320*
Fax		*email*	*Massidda.rita@gmail.com*

***DOCENTI** (dati dei docenti)*

Nome	*Rita*	*Cognome*	*Massidda*
Telefono		*Cellulare*	*3383623320*
Fax		*email*	*Massidda.rita@gmail.com*
Curriculum			

Nome	*Bruna*	*Cognome*	*Dettori*
Telefono	*070539853*	*Cellulare*	*34599818867*
Fax		*email*	*brunadettori@aob.it*
Curriculum			

Nome	*Alberto*	*Cognome*	*Lai*
Telefono		*Cellulare*	*3485437474*
Fax		*email*	*albertolai@aob.it*
Curriculum			

Nome	*Speranza*	*Cognome*	*Del Piano*
Telefono		*Cellulare*	*3382684509*
Fax		*email*	
Curriculum			

Nome	*Elisabeth*	*Cognome*	*Liggi*
Telefono	*070/539274*	*Cellulare*	*3382334427*
Fax		*email*	
Curriculum			

A)Motivazione della scelta scientifica:
_competenza specifica sul campo

B)Motivazione della scelta economica:
_la scelta dei docenti interni consente un notevole risparmio

C)Motivazione della scelta dei docenti:
competenze specifiche sul campo

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

Nome e cognome *(in stampatello)*
Direttore Generale *Dott.ssa Graziella Pintus*
Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL 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 Infermieristiche e Ostetriche
Dr.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

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda OspedalieraBrotzu

UFFICIO FORMAZIONE

Titolo" ***Sistemi venosi a –breve medio –lungo termine : indicazioni, impianto,gestione***

Data_____

AOB – Aula__Deriu_____

Programma didattico dettagliato

Sessione mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	8:30	9:00	PRESENTAZIONE DEL CORSO **Contenuti e obiettivi** Aspetti Organizzativi e normativi	**RTP**	Dott.ssa Dettori Bruna	Dott.ssa Massidda Rita
Dettaglio 2	9:00	9:30	Cateteri venosi Indicazione e scelta Algoritmo e risparmio del patrimonio venoso	**DT**	Dott.ssa Massidda Rita	Dott.ssa Massidda Rita
Dettaglio 3	9:30	10:00	Cateteri venosi Indicazione e scelta nel paziente pediatrico	**RTP**	Dottor Alberto Lai	Dott.ssa Rita Massidda
Dettaglio 4	10:00	10:30	Diagnostica a confronto	**CD**	Dott.ssa Speranza Del Piano	Dott.ssa Massidda Rita
Dettaglio 5	10:30	11:30	Cateteri PICC e MIDLINE Indicazioni vantaggi e tecnica di impianto Risparmio del patrimonio venoso	**DT**	Dott.ssa Massidda Rita	Dott.ssa Liggi Elisabeth
Dettaglio 6	11:30	12,00	Possibili complicanze (segni e sintomi) Soluzioni Vescicanti e irritanti	**RTP**	Dott.ssa Massidda Rita	Dott.ssa Liggi Elisabeth
Dettaglio 6	12,00	12-30	Nursing degli accessi venosi centrali e sistemi midline Indicazioni all'infusione	**DT**	Dott.ssa Liggi Elisabeth	Dott.ssa Massidda Rita
Dettaglio 7	12-30	13,30	Cosa dicono le linee guida	**DT**	Dott.ssa Massidda Rita	Dott.ssa Liggi Elisabeth
Dettaglio 8	13,30	14:00	CONCLUSIONE LAVORI E VERIFICA APPRENDIMENTO	**RTP**	Dott.ssa Massidda Rita	Dott.ssa Liggi Elisabeth

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	**LEZIONI MAGISTRALI**		
RTP	**SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO**	*2*	
TRD	**TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI**		
CD	**CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")**		*30*
DT	**DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI**	*3*	
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**		