AO Brotzu

Deliberazione 807

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 11 APR. 2018

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione EFR ECM: "3° Convegno Regionale di Ematologia e Trapianto di cellule staminali Emopoietiche: percorsi per il supporto dei pazienti". Spesa complessiva € 1.400,00. CIG Z41231620A

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
Dott.ssa Graziella Pintus

IL DIRETTORE GENERALE	
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 S.C. di CTMO del P.O. Businco vuole attivare il suddetto convegno regionale al fine del mantenimento delle competenze specifiche secondo l'accreditamento JACIE, in quanto inseriti nell'ambito del progetto GITMO "Mille miglia", che vede coinvolti i principali centri trapianto di CSE italiani, in collaborazione con la Società Scientifica GITMO - Gruppo Italiano Trapianti Midollo Osseo;

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

Rilevato che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario che opera nelle Unità Operative di Ematologia e CTMO sia dell'Azienda che esterni per un totale di 140 partecipanti suddivisi in due edizioni, sarà svolta sia da docenti interni che da docenti esterni;

Verificato l'evento formativo: "3° Convegno Regionale di Ematologia e Trapianto di cellule staminali Emopoietiche: percorsi per il supporto dei pazienti" 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. 807 del 11 APR. 2018

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

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare l'EFR ECM: "3° Convegno Regionale di Ematologia e Trapianto di cellule staminali Emopoietiche: percorsi per il supporto dei pazienti", rivolto al personale sanitario che opera nelle Unità Operative di Ematologia e CTMO sia dell'Azienda che esterni per un totale di 140 partecipanti suddivisi in due edizioni.

2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti interni che da docenti esterni, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

3. Determinare che la spesa complessiva di € 1.400,00 (millequattrocento euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.

4. Autorizzare il Sevizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

5. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 1.400,00.

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

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE ×
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE □

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

3°Convegno Regionale di Ematologia e Trapianto di cellule staminali Emopoietiche: percorsi per il supporto dei pazienti

STRUTTURA PROPONENTE
SC Ematologia e CTMO

OBIETTIVI:

Acquisizione competenze specifiche in oncoematologia e Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche

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

Integrazione interprofessionale e multidisciplinare nel percorso clinico-assistenziale del paziente sottoposto a Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Fornire i contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) per il paziente sottoposto al trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche

B) Acquisizione competenze di processo:

Personalizzazione delle cure all'interno del percorso in ospedale mirate ad una migliore comunicazione, coinvolgimento e presa in carico del paziente

C) Acquisizione competenze di sistema:

Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebm - ebn - ebp) promuovendo la cultura della qualita'.

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 _P.O. Armando Businco

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 .70 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 **Sì** 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	*70*	*20/ 04 / 2018*	*20/ 04 / 2018*
2	*70*	*20/ 04 / 2018*	*20/ 04 / 2018*

PROFESSIONI

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

PROFESSIONI SANITARIE

□ *Farmacista* *n.* _____
×*Ospedaliera* *n. 2*
□ *Farmacia Territoriale* *n.* _____

□ ***Medico chirurgo*** *n.* _____
Angiologia *n.* _____
□ *Cardiologia* *n.* _____
□ *Dermatologia e Venereologia* *n.* _____
× *Ematologia* *n. 20*
□ *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.* _____

- ☐*X Pediatria* *n. 2*
- ☐ *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. 2*
□ *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.* _____
x *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*	*n. 2*
□ *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. 2*
□ *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. 2

Laureati non medici (specificare)

x *Biologi* n. 3

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

□ × *Infermiere* n. 100____

□ *Infermiere pediatrico* n. ____

□ *Ostetrica/o* n. ____

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

□ *Podologo* n. _____

× *Fisioterapista* n. 2

□ *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. 1

□ *Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* n._____

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

□ *Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare*	*n.____*
x *Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico*	*n. 2*
□ *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***

x *Personale non ECM (OSS, Amministrativi)*	*n. 7*

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

× *AOB*
□ *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 10

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*

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*

VOCI DI SPESA

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

Docenza	*€ 0*
Pernottamento	*€ 600*
Pasti	*€ 200*
Spese di viaggio	*€ 600*
Altro:	
1. materiale didattico	*€*
2. costo accreditamento	*€*
Totale	*€ 1400*

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: *€ 0*
Quote di iscrizione: *€ 0*

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 SILVIA*	*Cognome*	*ZUCCA*
Qualifica	*INFERMIERE*		
Struttura	*SC EMATOLOGIA E CTMO*		
Telefono	*070 52965222*	*Cellulare*	*3409535330*
Fax	*07052965171*	*email*	*marias.zucca@aob.it*

DOCENTI *(dati dei docenti)*

Nome	*Cristina*	*Cognome*	*Depau*
Telefono		*Cellulare*	*3341700133*
Fax		*email*	*cristina.depau@aob.it*
Curriculum			

Nome	*Barbara*	*Cognome*	*Testa*
Telefono		*Cellulare*	*3920159896*
Fax		*email*	*barbara.testa@aob.it*
Curriculum			

Nome	*Roberta*	*Cognome*	*Murru*
Telefono		*Cellulare*	*3496538662*
Fax		*email*	*roberta.murru@aob.it*
Curriculum			

Nome	*Anna*	*Cognome*	*Aleo*
Telefono		*Cellulare*	*3279836511*
Fax		*email*	*anna.aleo@aob.it*
Curriculum			

Nome	*Enrica*	*Cognome*	*Serra*
Telefono		*Cellulare*	*3487642055*
Fax		*email*	*enrica.serra@aob.it*
Curriculum			

Nome	*Francesca*	*Cognome*	*Rossi*
Telefono		*Cellulare*	*3494109351*
Fax		*email*	*frrossi@unito.it*
Curriculum			

Nome	*Laura*	*Cognome*	*Orlando*
Telefono		*Cellulare*	*3274688412*
Fax		*email*	*Lauraorlando25@libero*

Curriculum			

Nome	*Giovanni Maria*	*Cognome*	*Pisanu*
Telefono		*Cellulare*	*3391017861*
Fax		*email*	*giommaria@tiscali.it*
Curriculum			

Nome	*Maria Silvia*	*Cognome.*	*Zucca*
Telefono		*Cellulare*	*3409535330*
Fax		*email*	*marias.zucca@aob.it*
Curriculum			

Nome	*Giulia*	*Cognome*	*Fadda*
Telefono		*Cellulare*	*3280510759*
Fax		*email*	*giuli.fadda@gmail.com*
Curriculum			

Nome	*Oriana*	*Cognome*	*Pregio*
Telefono		*Cellulare*	*3488188310*
Fax		*email*	*oriana.pregio@aob.it*
Curriculum			

Nome	*Carla*	*Cognome*	*Firinu*
Telefono		*Cellulare*	*3481001740*
Fax		*email*	*carla.firinu@aob.it*
Curriculum			

Nome	*Gianpaolo*	*Cognome*	*Gargiulo*
Telefono		*Cellulare*	*3406877858*
Fax		*email*	*gianpaolo.gargiulo@alice.it*
Curriculum			

Nome	*Adriana*	*Cognome*	*Vacca*
Telefono		*Cellulare*	*3285452813*
Fax		*email*	*adriana.vacca@aob.it*
Curriculum			

Nome	*Stefano*	*Cognome*	*Botti*
Telefono		*Cellulare*	*3397785155*
Fax		*email*	*stefano.botti@ausl.re.it*
Curriculum			

A)Motivazione della scelta scientifica:
Mantenimento delle competenze specifiche secondo l'accreditamento JACIE

B)Motivazione della scelta economica:
Si ritiene opportuno definire la quota di iscrizione gratuita così come per il 1° e il 2° convegno regionale in quanto inseriti nell'ambito del progetto GITMO " Mille miglia", che vede coinvolti i principali centri trapianto di CSE italiani, in collaborazione con la Società Scientifca GITMO - Gruppo Italiano Trapianti Midollo Osseo . Tutti gli eventi nazionali inseriti nel progetto prevedono l'iscrizione gratuita.
Tutti i docenti, sia interni che esterni, presteranno la loro attività di docenza a titolo gratuito.
Ai docenti esterni (Laura Orlando, Stefano Botti, Gianpaolo Gargiulo, Francesca Rossi) verranno rimborsate le spese di viaggio, vitto e alloggio.

C)Motivazione della scelta dei docenti:
Tutti svolgono attività in ambito Trapianti Cellule Staminali Emopoietiche

A)Docenti Interni:
in orario di servizio x ***fuori orario di servizio*** x

B) ***Docenti Esterni:*** x

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 14.03.2018 **Data** *(gg/mm/aaaa):* 14 03. 2018

Nome e cognome *(in stampatello)*
Direttore Generale AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" IL DIRETTORE GENERALE Dott.ssa Graziella Pintus
Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)
Responsabile Scientifico Lusso Dr. Silvia

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Responsabile della struttura organizzativa, (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) PROF. GIORGIO LA NASA AO Brotzu - Cagliari P.O. BUSINCO U.O. EMATOLOGIA E CTMO CATTEDRA DI EMATOLOGIA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI Prof. Giorgio La Nasa
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Responsabile della struttura organizzativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore del Dipartimento AO Brotzu - Cagliari DIREZIONE SANITARIA P.O. BUSINCO Dirigente Sanitario Dott.ssa M. Teresa Addis
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Direttore del Dipartimento

Nome e Cognome *(In stampatello)*
Responsabile Ufficio Formazione
Timbro e firma *(leggibile)*

EFR: 3°Convegno Regionale di Ematologia e Trapianto di cellule staminali Emopoietiche: percorsi per il supporto dei pazienti.

1° edizione 20 aprile 2018

Programma didattico dettagliato

	Inizio **08:30** **14:30**	Fine **13:30** **19:30**		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 mattina **Sessione 1 pomeriggio**	08:30 14:30	08:45 14:45	Presentazione del corso: Contenuti ed obiettivi.	RTP	S. Zucca	R. Murru
Dettaglio 1	08:45 14:45	09:00 15:00	Il Trapianto Aploidentico: stato dell'arte.	RTP	C. Depau	R. Murru
Dettaglio 2	09:00 15:00	09:15 15:15	Il trapianto Aploidentico: Follow up	RTP	B. Testa	A. Aleo
Dettaglio 3	09:15 15:15	09:30 15:30	Gestione del rischio infettivo: Il punto di vista del medico	RTP	R. Murru	C.Depau
Dettaglio 4	09:30 15:30	09:45 15:45	Gestione del rischio infettivo Il punto di vista dell'infermiere	RTP	A. Aleo	E.Serra
Dettaglio 5	09:45 15:45	10:00 16:00	Il Trapianto allogenico: quali implicazioni fisiche?	RTP	F. Rossi	A. Vacca
Dettaglio 6	10:00 16:00	10:15 16:15	Ruolo del fisioterapiasta nel TCSE Survey GITMO ed esperienza IEO	RTP	L. Orlando	S. Botti
Dettaglio 7	10:15 16:15	10:30 16:30	Trattamento del dolore procedurale: basi cliniche e farmacologiche	RTP	G.M. Pisanu	C.Depau

Dettaglio 8	10:30 16:30	10:45 16:45	Trattamento del dolore procedurale: Procedure infermieristiche	RTP	S. Zucca	L. Orlando
	10:45 16:45	11:00 17:00	Pausa			
Dettaglio 9	11.00 17:00	11.15 17:15	Organizzazione dell'attività trasfusionale correlata al trapianto di CSE: il punto di vista del medico	RTP	G. Fadda	R. Murru
Dettaglio 10	11:15 17:15	11:30 17:30	Organizzazione dell'attività trasfusionale correlata al trapianto di CSE: il punto di vista dell'infermiere	RTP	O. Pregio	E. Serra
Dettaglio 11	11:30 17:30	11:45 17:45	Supporto nutrizionale nel paziente sottoposto a TCSE: aspetti clinici	RTP	C. Firinu	G. Fadda
Dettaglio 12	11:45 17:45	12:00 18:00	Supporto nutrizionale nel paziente sottoposto a TCSE: aspetti assistenziali	RTP	G. Gargiulo	S. Zucca
Dettaglio 13	12:00 18:00	12:15 18:15	Il Trapianto allogenico: quali implicazioni emotive? Ruolo dello Psicologo	RTP	A. Vacca	C. Depau
Dettaglio 14	12:15 18:15	12:30 18:30	Il Trapianto allogenico: quali implicazioni emotive? Ruolo della medicina narrativa	RTP	S. Botti	G. Gargiulo
Dettaglio 15	12:30	13:00	Dibattito: multidisciplinarietà nel TCSE	CD	Tutti i docenti	Tutti i docenti
Dettaglio 16	13:00	13:30	Conclusione dei lavori e questionario di valutazione	RTP	S. Zucca	G. Gargiulo