

**Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 29 AGO, 2018**

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Trattamento della GVHD (Graft versus host disease) steroide refrattaria, con FOTOAFERESI EXTRACORPOREA (ECP) in pazienti sottoposti a trapianto allogenico di Cellule Staminali Ematopoietiche". Spesa complessiva € 1,100,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 29 AGO, 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;

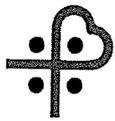
**Considerato**   che l'Azienda, nello specifico la SSD Centro Trapianti Midollo Osseo Ospedale Microcitemico vuole attivare il suddetto corso al fine di adeguare la parte clinica con le nuove conoscenze tecnico-scientifiche e di accreditamento nel campo della procedura aferetica di fotoferesi extracorporea, per la terapia della GVHD acuta e cronica in pazienti pediatrici e adulti;

**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 rivolto al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 30 partecipanti, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**Valutato**       il progetto formativo: "Trattamento della GVHD (Graft versus host disease) steroide refrattaria, con FOTOAFERESI EXTRACORPOREA (ECP) in pazienti sottoposti a trapianto allogenico di Cellule Staminali Ematopoietiche" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

%



AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 1875 del 29 AGO. 2018

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

### **DELIBERA**

Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare il PFA ECM: "Trattamento della GVHD (Graft versus host disease) steroide refrattaria, con FOTOAFERESI EXTRACORPOREA (ECP) in pazienti sottoposti a trapianto allogeneico di Cellule Staminali Ematopoietiche" rivolto al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 90 partecipanti.
2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni 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 pari a di € 1.100,00 (millecento euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.
4. Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
5. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 1.100,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus

SSD Formazione

Dir. 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**

Trattamento della GVHD( Graft versus host disease)steroidi refrattaria, con FOTOAFERESI EXTRACORPOREA ( ECP) in pazienti sottoposti a trapianto allogenico di Cellule Staminali Ematopoietiche.

**STRUTTURA PROPONENTE**

SSD Centro Trapianti Midollo Osseo Ospedale Microcitemico,

**OBIETTIVI**

- 1) Clinici: presentazione della GVHD, indicazione al trattamento con ECP nella popolazione adulta e pediatrica sottoposta a trapianto di CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE ALLOGENICHE. Presentazione di casi clinici e discussione in tavola rotonda con dibattito tra esperti.
- 2) Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità (14). Nuovi standard Jacie 6°edizione , CNT/CNS.

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

Linee guida sulle indicazioni della ECP, procedura aferetica da parte del Servizio Immunotrasfusionale (SIT) della AOB indirizzati a Medici, Biologi, Tecnici di Laboratorio, Infermieri. Norme per acquisizione di accreditamento CNT/CNS dei centri trapianti e dei SIT.

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

Acquisizione trasversale delle conoscenze sulla procedura di Fotoaferesi Extracorporea in campo di Unità clinica, laboratorio e centro trasfusionale in relazione alle ultime disposizioni Jacie ,CNT/CNS sull'uso e tracciabilità dell'ECP. Nuove regole di etichettamento con codice internazionale SEC.

**B) Acquisizione competenze di processo:**

Il Percorso del Prodotto Cellulare dalla raccolta aferetica ,manipolazione, etichettamento e infusione al paziente.Valutazione clinica e di laboratorio sull'efficienza della procedura nel trattamento della GVHD.

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Linee Guida, protocolli clinici e di laboratorio in uso nei centri trapianti e nei SIT, confronto tra i centri di Cagliari e altri centri nazionali.

**TIPOLOGIA DI EVENTO:****A) FORMAZIONE RESIDENZIALE**

- X Congresso/simposio/convegno/meeting (12 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  X NO

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

Se si, indicare l'ubicazione AULA Convegni Businco

Struttura

**SPAZI NECESSARI**

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)
- Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
- X Aula con capienza di n.90 -100 partecipanti
- Sala conferenza per n. \_\_\_\_\_ partecipanti
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**AUSILI DIDATTICI**

- LAVAGNA LUMINOSA
- 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)
1 ed	90	24 settembre2018	25 Settembre 2018

**PROFESSIONI**

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

**PROFESSIONI SANITARIE**

- XFarmacista** n. \_\_\_
- XOspedaliera** n. 2
- Farmacia Territoriale** n. \_\_\_
- Medico chirurgo** n. \_\_\_
- Angiologia** n. \_\_\_
- Cardiologia** n. \_\_\_
- Dermatologia e Venereologia** n. \_\_\_
- X Ematologia** n. 20
- Endocrinologia** n. \_\_\_
- Gastroenterologia** n. \_\_\_
- Genetica Medica** n. \_\_\_
- Geriatrics** n. \_\_\_
- Malattie Metaboliche e Diabetologia** n. \_\_\_
- Malattie dell' Apparato Respiratorio** n. \_\_\_
- Malattie Infettive** n. \_\_\_
- Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza** n. \_\_\_



<input type="checkbox"/> Medicina Fisica e Riabilitazione	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Interna	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Termale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport	n. _____
<input type="checkbox"/> Nefrologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neonatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> Oncologia	n. 10 _____
<input checked="" type="checkbox"/> Pediatria	n.10 _____
<input type="checkbox"/> Psichiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Radioterapia	n. _____
<input type="checkbox"/> Reumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Cardiochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica	n. 2 _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare	n. _____
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Oftalmologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Urologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione	n. 5 _____
<input type="checkbox"/> Biochimica Clinica	n. _____



<input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>	n. 2
<input type="checkbox"/> <i>X Medicina Trasfusionale</i>	n. 10
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>X Microbiologia e Virologia</i>	n. 2
<input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )</i>	n. 1
<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>X Direzione medica di presidio ospedaliero</i>	n. 3
<input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Privo di Specializzazione</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>DERMATOLOGIA</i>	n. 1
<input type="checkbox"/> <i>Odontoiatra</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Psicologo – Psicoterapeuta</i>	n. _____



- Psicoterapia* n. \_\_\_\_\_
- Psicologia* n. \_\_\_\_\_

**X Laureati non medici (specificare)***Biologi* \_\_\_\_\_n. 5**PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA**

- Infermiere* n. 10
- Infermiere pediatrico* n. 5
- 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 Perfusionazione Cardiovascolare* n. \_\_\_\_\_
- 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**

n. \_\_\_\_\_

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**  
**(indicare esterni)**

- ASL    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: La durata complessiva dell'evento è di 12 ore, articolata in due giornate, la prima giornata di 7 ore (dalle 09:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 17:00, mentre la seconda giornata di 5 ore (dalle ore 9:00 alle ore 14:00).*

**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
- 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 esterna	€ 200 (2 ore docenza esterna a 100 € ora )
Docenza interna	
Pernottamento	€ 480 (2 persone)per 2 notti
Pasti	€
Spese di viaggio aereo per due docenti	€ 400
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 1.100,00

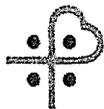
**FONTI DI FINANZIAMENTO**

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.

Nome	<u>Maria Grazia</u>	<u>Orofino</u>
Qualifica	<u>Dirigente Medico Responsabile SSD CTMO pediatrico</u>	
Struttura	<u>SSD CTMO Pediatrico PO Microcitemico</u>	
Telefono	<u>070 52965646</u>	<u>Cellulare 2486725616</u>
Fax	<u>07052965694</u>	<u>email mgorofino@tiscali.it</u>

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	<u>Adriana</u>	Cognome	<u>Vacca</u>
Telefono		Cellulare	<u>3285452813</u>
Fax		email	<u>Adriana.vacca@aob.it</u>
Curriculum	<u>Si</u>		

Nome	<u>Floris</u>	Cognome	<u>Rita</u>
Telefono		Cellulare	<u>34032275569</u>
Fax		email	<u>rita.floris@aob.it</u>
Curriculum	<u>si</u>		

Nome	<u>Fabio</u>	Cognome	<u>Culurgioni</u>
Telefono		Cellulare	
Fax		email	<u>fabio.culurgioni@aob.it</u>
Curriculum	<u>si</u>		

Nome	<u>Eugenia</u>	Cognome	<u>Piras</u>
Telefono		Cellulare	<u>3482923869</u>
Fax		email	<u>eugenia.piras@aob.it</u>
Curriculum	<u>si</u>		

Nome	<u>Giulia</u>	Cognome	<u>Fadda</u>
------	---------------	---------	--------------



Telefono		Cellulare	3280510759
Fax		email	mariagiuliafadda@aob.it
Curriculum	si		
Nome	Oriana	Cognome	Pregio
Telefono	070539676	Cellulare	
Fax		email	oriana.pregio@aob.it
Curriculum			
Nome	Angela	Cognome	Marras
Telefono	070539936	Cellulare	
Fax		email	angela.marras@aob.it
Curriculum	si		
Nome	Simonetta	Cognome	Accossu
Telefono	070539936	Cellulare	
Fax		email	simonetta .accossu@aob.it
Curriculum	si		
Nome	Arianna	Cognome	Cornacchia
Telefono	07052965512	Cellulare	
Fax		email	arianna.cornacchia@aob.it
Curriculum	si		
Nome	Valeria	Cognome	Cappai
Telefono	070539936	Cellulare	
Fax		email	Valeria.cappai@aob.it
Curriculum	si		
Telefono	Maria Teresa	Cellulare	Mariano
Fax		email	3475871937
Curriculum	Si		mariano.maria@aou.mo.it
Nome	Paolo	Cognome	Perseghin
Telefono	039233514	Cellulare	
Fax		email	p.perseghin@asst-monza.it



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

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1  
Pag. 11 a 12

Telefono	039233514	Cellulare	
Fax		email	p.perseghin@asst-monza.it
Curriculum	si		
Nome	Cristina	Cognome	Depau
Telefono		Cellulare	3341700133
Fax		email	cristina.depau@aob.it
Curriculum	si		

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Necessità di adeguare la parte clinica con le nuove conoscenze tecnico-scientifiche e di accreditamento nel campo della procedura aferetica di fotoferesi extracorporea, per la terapia della GVHD acuta e cronica in pazienti pediatriche e adulti

**B) Motivazione della scelta economica:**

Il corso organizzato all'interno dell'azienda permette una formazione plurima e trasversale del personale sanitario, con un risparmio economico rispetto alla formazione fuori sede.

Le spese previste per il corso sono date dai costi per l'Accreditamento, dai costi di docenza esterna e dai rimborsi spesa.

Il compenso e le spese per la docenza esterna sono individuate secondo quanto previsto nei massimali e retribuzione dei docenti della delibera G.R. n. 32/79 del 24/07/2012.

La docenza interna verrà svolta a titolo gratuito.

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

Tutti i docenti sono esperti e competenti sia nella pratica clinica trapiantologica, nella manipolazione e infusione del prodotto cellulare e di emocomponenti. I docenti esterni inoltre oltre ad essere esperti nella raccolta e processazione dei prodotti di terapia cellulare, sono ispettori Esperti per conto dell'Istituto Superiore di Sanità per l'accreditamento Jacie e CNT/CNS (Centro Nazionale Trapianti/ Centro Nazionale Sangue).

**A) Docenti Interni:**

in orario di servizio

fuori orario di servizio

**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

Data  
(30/mm/aaaa): 31/07/2018

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

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa,  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)MARIA GRAZIA OROFINO SSD CTMO Pediatrico PO  
Microcitemico AOB

Timbro e Firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)Maria Grazia Orofino  
AO Brotzu - Cagliari  
P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO"  
C.T.M.O.  
748804 D.ssa Maria Grazia Orofino

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

AO Brotzu - Ca.

DIPARTIMENTO PEDIA

Direttore: Dr. Luigi M.

Nome e Cognome (In stampatello)

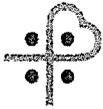
Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

Andrea Corrias  
AO Brotzu - CagliariUFFICIO FORMAZIONE  
Resp.: Dott. Andrea Corrias

## NOTE:

Allegare ed inviare via Mail (ufficioformazione@aob.it):



PFA: Trattamento della GVHD acuta e cronica, steroide refrattaria, con Fotoaferesi Extracorporea (ECP)  
In pazienti sottoposti trapianto allogenico di Cellule Staminali Ematopoietiche"  
1° edizione: 24-25 Settembre 2018

### Programma didattico dettagliato

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine	1° giornata - 24 Settembre 2018	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	09,00	09,15	Saluti e presentazione del corso	RTP	Prof Giorgio La Nasa	Maria Grazia Orofino
Dettaglio 2	09,15	09,30	GVHD in paziente pediatrico	RTP	Maria Grazia Orofino	Adriana Vacca
Dettaglio 3	09,30	10,00	GVHD in paziente adulto	RTP	Adriana Vacca	Cristina Depau
Dettaglio 4	10,00	10,30	Manipolazione, irradiazione validazione del prodotto cellulare	RTP	Rita Floris	Fabio Culurgioni
Dettaglio 5	10,30	11,30	Tavola Rotonda	CD	La Nasa, Orofino, Vacca, Floris	Tutti I docenti
Dettaglio 6	11,30	12,00	Raccolta Aferetica parte infermieristica	RTP	Oriana Pregio	Valeria Cappai
Dettaglio 7	12,00	13,00	Raccolta Aferetica e Tracciabilità del prodotto	RTP	Simonetta Accossu	Angela Marras
			Pausa pranzo			
Sessione 2					Docente	Sostituto



pomeriggio						
Dettaglio 8	14,00	14.30	Il Trattamento con ECP in paziente con GVHD I controlli di qualità. Esperienza SIT Monza	RTP	Paolo Perseghin	Maria Grazia Orofino
Dettaglio 9	14.30	15,00	Percorso del paziente proposto per trattamento mediante foto aferesi Esperienza SIT Modena	RTP	Maria Mariano	Maria Grazia Orofino
Dettaglio 10	15,00	15.30	Aspetti Tecnici ECP nei pazienti Pediatrici	RTP	Giulia Fadda	Angela Marras
Dettaglio 11	15.30	16,00	Standards Jacie 7 Edizione Raccolta aferetica dal punto di vista dell'unità clinica: punti chiave	RTP	Adriana Vacca	Maria Grazia Orofino
Dettaglio 12	16,00	16,30	Standard Jacie 7 Edizione CNT CNS Processing Punti chiave	RTP	Fabio Culurgioni	Rita Floris
Dettaglio 13	16,30	17,00	Tavola Rotonda	CD	Perseghin, Mariano, Fadda, Vacca, Culurgioni, Cappai, Pregio	Tutti

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine	2° giornata - 25 Settembre 2018	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	09,00	09,30	ECP accesso venoso centrale	RTP	Alberto Lai	Paola Spanu
Dettaglio 2	9,30	10,00	Convalida del processo ECP	RTP	Rita Floris	Fabio Culurgioni
Dettaglio 3	10,00	10,30	Infusione prodotto cellulare	RTP	Arianna Cornacchia	Oriana Pregio



Dettaglio 4	10,30	11,30	Tavola Rotonda	CD	Lai, Floris, Cornacchia	Tutti
Dettaglio 5	11,30	12,00	Risultati ECP in acuta GVHD	RTP	Cristina Depau	Maria Grazia Orofino
Dettaglio 6	12,00	12,30	Risultati in cronica GVHD	RTP	Eugenia Piras	Adriana Vacca
Dettaglio 7	12,30	13,30	Tavola Rotonda	CD	Depau, Orofino, Piras	Tutti
Dettaglio 8	13,30	14,00	Somministrazione questionario ECM Chiusura lavori	RTP	Orofino	Vacca

	METODI DIDATTICI		
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	8	30
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	3	30
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		

