

Deliberazione n. 112

Adottata dal Commissario Straordinario in data 03.02.2021

OGGETTO: Codice Progetto 2020\_25. Autorizzazione PFA ECM: "Acquisizione di conoscenze teorico-pratiche per la gestione dei pazienti Covid 19". Spesa complessiva € 1.033,00.

PDEL/2021/82

---

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 03.02.2021 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Commissario Straordinario Dott. Paolo Cannas  
Coadiuvato da  
Direttore Amministrativo Dott. Ennio Filigheddu  
Direttore Sanitario Dott. Raimondo Pinna

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

---

La presente Deliberazione prevede un impegno di spesa a carico dell'Azienda

SI  NO

- 
- 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 Direzione Professioni Sanitarie - Area TRP vuole attivare il suddetto corso per i Tecnici di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico e Assistenti Sanitari al fine di svolgere le attività di competenza in totale sicurezza; usare in modo corretto e razionale i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI); gestire il paziente affetto da Covid 19 o potenzialmente infetto secondo procedure igienico-sanitarie e standard di sicurezza, basati su evidenze scientifiche aggiornate;
- Considerato** altresì che il Commissario Straordinario ha autorizzato l'attuazione del suddetto corso di formazione fuori dal Piano Annuale della Formazione come da nota Prot. N° NP/2021/270 del 11.01.2021 che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Dato Atto** che l'attività formativa è rivolta ai Tecnici di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico e Assistenti Sanitari per un totale di 30 partecipanti suddivisi in 10 edizioni, sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto;
- Valutato** il progetto formativo: "Acquisizione di conoscenze teorico-pratiche per la gestione dei pazienti Covid 19", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

Segue Deliberazione n. 112 del 03.02.2021

## **DELIBERA**

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:

- Di autorizzare il progetto formativo: "Acquisizione di conoscenze teorico-pratiche per la gestione dei pazienti Covid 19", rivolto ai Tecnici di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolare, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico e Assistenti Sanitari per un totale di 30 partecipanti suddivisi in 10 edizioni.
- 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.
- Di determinare che la spesa complessiva sarà pari a € 1.033,00 (milletrentatre euro), come da documentazione allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, da gravare sui Fondi Strategici per l'aggiornamento professionale anno 2021.
- Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti interni.
- Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 1.033,00.

Il Commissario Straordinario  
Dott. Paolo Cannas

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Ennio Filigheddu

Il Direttore Sanitario  
Dott. Raimondo Pinna

Il Responsabile S.S.D. Formazione Dott.ssa Carla Ghiani

Ass.te Amm.vo Anita Mulas



Prot. n. NP/2021/ 270

del 11/01/2021

c.a. **Commissario Straordinario**  
**Dott. Paolo Cannas**

**OGGETTO FORMAZIONE RESIDENZIALE ECM PROFESSIONI AREA TRP**

Cortesemente si chiede l'autorizzazione a svolgere la formazione in oggetto, come attività extrapiano, in relazione agli obblighi normativi dovuti all'emergenza Covid-19.

Il percorso formativo è rivolto nello specifico ai Tecnici di Fisiopatologia e Perfusionamento Cardiovascolare, ai Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, agli Assistenti Sanitari e ai Tecnici di Laboratorio in servizio presso la S.C. di Anatomia Patologica.

L'attività di formazione è programmata a far data dal 4 febbraio 2021 e terminerà giovedì 25 febbraio 2021.

In allegato il progetto, il programma, i C.V. del Responsabile scientifico e dei Docenti.

Distinti saluti

*Dott. Gino Sedda*  
Dirigente Professioni Sanitarie  
Tecniche Riabilitazione Prevenzione

11/1/21

SI AUTORIZZA

2



**Al Sig. Commissario Straordinario  
Dottor Paolo Cannas**

Si chiede l'accreditamento ECM del corso obbligatorio in oggetto in relazione alla gestione della pandemia *Covid 19*.

**EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE RESIDENZIALE**

**OGGETTO:** Progetto Formativo Residenziale ECM –Professioni TRP-  
"Acquisizione di conoscenze teorico-pratiche per la gestione dei pazienti *Covid 19*"

### Descrizione Progetto

Il progetto si rivolge al personale della professioni tecnico-sanitarie e della prevenzione nello specifico ai Tecnici di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare e ai Tecnici Sanitari Radiologia Medica, ai Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico, agli Assistenti Sanitari. Il suddetto personale svolge le attività di competenza con un rapporto di prossimità operatore-paziente molto elevato e, pertanto, nell'attuale scenario di *pandemia Covid 19*, necessita di una formazione teorico-pratica mirata per la piena sicurezza lavorativa.

In questo progetto la metodologia didattica scelta è la formazione residenziale con attività interattive limitate a un piccolo gruppo (max 3 partecipanti), in cui le abilità (il saper fare) vengono acquisite attraverso l'applicazione di istruzioni e procedure pratiche o con simulazioni specifiche. L'apprendimento pratico, dunque, mira a fornire gli strumenti necessari per far fronte a questa specifica emergenza rendendo consapevoli gli operatori di quanto si deve e si può fare per prevenire un possibile contagio da un potenziale malato infetto, agendo con le massime misure di sicurezza e protezione individuale, secondo le indicazioni del Ministero della Salute e/o le procedure interne all'organizzazione aziendale.

Il progetto si sviluppa in n. 10 edizioni e in ognuna di queste è previsto un percorso formativo strutturato per un massimo di 3 partecipanti; la docenza è dinamica e si adatta a formare gli operatori nell'ambito della preparazione dei Dispositivi di Protezione Individuale e in quelli della vestizione e vestizione per i Tecnici che attuano l'assistenza diretta al paziente nell'area tecnico-diagnostica sia emodinamica sia per immagini.

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

"Acquisizione di conoscenze teorico-pratiche per la gestione dei pazienti *Covid 19* e per la prevenzione delle infezioni correlate nell'area delle professioni tecnico-sanitarie (Modulo C19 – Tecnici Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare, Tecnici Sanitari Radiologia Medica, Assistenti Sanitari, Tecnici di Laboratorio)"

**STRUTTURA PROPONENTE**

Direzione Professioni Sanitarie - Area TRP

**Responsabile Scientifico**

Dott. Gino Sedda

**OBIETTIVI**

Apprendimento di nozioni generali riguardanti l'emergenza *Covid 19*.  
Acquisizione di standard operativi per svolgere le prestazioni e tecniche in totale sicurezza per gli operatori e per i cittadini assistiti.

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

Nozioni teoriche relative all'emergenza coronavirus - Attività pratiche interattive per la gestione del paziente sospetto o infetto da *Covid 19*

**Finalità dell'evento:**

- svolgere le attività di competenza in totale sicurezza;
- usare in modo corretto e razionale i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI);
- gestire il paziente affetto da *Covid 19* o potenzialmente infetto secondo procedure igienico-sanitarie e standard di sicurezza, basati su evidenze scientifiche aggiornate.

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

Apprendere le modalità corrette per gestire la riabilitazione o la diagnostica/ del paziente sospetto o affetto da *Covid 19*.

**B) Acquisizione competenze di processo:**

Migliorare il processo di gestione del paz. *Covid 19* in un'ottica continuità assistenziale.

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Rafforzare un approccio di sistema per la gestione complessiva di tutte le procedure assistenziali necessarie al paziente *Covid 19* (diagnosi, cure mediche, assistenza generale) nell'ambito dell'emergenza pandemica del nuovo coronavirus SARS -Cov-2 .



**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  NO

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

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura: **Sala riunioni – Deriu- Ospedale San Michele**

**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.

**Calendario edizioni (il pomeriggio h. 14-18 di Martedì - Mercoledì - Giovedì)**

<b>Edizioni numero</b>	<b>Data inizio e fine</b>	<b>Partecipanti per edizione</b>
1	Giovedì 04/02/2021	3
2	Martedì 09/02/2021	3
3	Mercoledì 10/02/2021	3
4	Giovedì 11/02/2021	3
5	Martedì 16/02/2021	3
6	Mercoledì 17/02/2021	3
7	Giovedì 18/02/2021	3
8	Martedì 23/02/2021	3
9	Mercoledì 24/02/2021	3
10	Giovedì 25/02/2021	3
		<b>Tot. 30 partecipanti</b>

**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. \_\_\_\_\_
- 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"/> <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. _____





- 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. \_\_\_\_\_

**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. **10**
- Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro n. \_\_\_\_\_

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare** n. **6**
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico (Anatomia Patologica)** n. **10**
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica** n. **4**
- 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 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 4**

### PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso:  **SI**  **NO**

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

- Fotocopie di testi
- X Slides
- Testi/libri
- Riviste
- Cd
- Altri supporti

### VALUTAZIONE

#### MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

- Prova Pratica**
  - X **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	€ 1033,00 (25,82 X 4 X10)
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	



1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
<b>Totale</b>	<b>€ 1033,00</b>

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: € 1033,00

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

<b>Nome</b>	<b>Gino</b>	<b>Cognome</b>	<b>Sedda</b>
<b>Qualifica</b>	<b>DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE</b>		
<b>Struttura</b>	Direzione		
<b>Telefono</b>	<b>070539416</b>	<b>Cellulare</b>	347 808 1951
<b>Fax</b>		<b>email</b>	<b><u>ginosedda@aob.it;</u></b>

**DOCENTI (dati dei docenti)**

<b>Nome</b>	<b>Rosanna</b>	<b>Cognome</b>	<b>Mulas</b>
<b>Telefono</b>	<b>070 539335</b>	<b>Cellulare</b>	<b>328 378 4644</b>
<b>Fax</b>		<b>email</b>	<b><u>rosannamulas@aob.it</u></b>
<b>Curriculum</b>			



Nome	<u>Alessandra</u>	Cognome	<u>Pettinau</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>335 406 685</u>
Fax	_____	email	<u>alessandrapettinau@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Natalia</u>	Cognome	<u>Angius</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>342 143 3641</u>
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Miglioramento delle conoscenze in materia di "Emergenza Covid 19".

**B) Motivazione della scelta economica:**

La scelta economica risulta conveniente in quanto gli incarichi di docenza sono attribuiti a professionisti interni, retribuiti secondo quanto previsto dal regolamento aziendale.

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

I docenti sono stati individuati sulla base delle competenze professionali specialistiche nell'ambito della prevenzione, della sicurezza sul lavoro e delle conoscenze epidemiologiche.

**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.

Cagliari

Data (11/01/2021):

Luogo: \_\_\_\_\_



**Nome e cognome (in stampatello)****Il Commissario Dr. Paolo Cannas****Timbro e Firma (leggibile)  
Direttore Generale****Timbro e Firma (leggibile)  
Direttore Sanitario****Dott. Raimondo Pinna****Timbro e Firma (leggibile)  
Responsabile Scientifico****Dott. Gino Sedda**AO Brotzu - Cagliari  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Raimondo PinnaAO Brotzu - Cagliari  
Dirigente Professioni Sanitarie  
Tecniche Riabilitaz. e Prevenzione  
Dr. Gino Sedda**Nome e Cognome (In stampatello)  
Responsabile Ufficio Formazione****Dott.ssa Carla Ghiani**AO Brotzu Cagliari  
SSD FORMAZIONE  
Resp. Dott.ssa Carla Ghiani  
**Timbro e firma (leggibile)****NOTE:****Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):**

- 1) Progetto;
- 2) Programma ECM
- 3) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);
- 4) Griglia di valutazione della prova pratica

**Allegare in formato cartaceo**

- 1) Preventivi;
- 2) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale





Programma Formativo Residenziale ECM Professioni T.R.P.  
"Acquisizione di conoscenze teorico-pratiche per la gestione dei pazienti Covid 19"

8 Edizioni giornaliere dal 4 febbraio al 25 febbraio 2021 (di pomeriggio )  
Aula Deriu - Ospedale San Michele -

	Inizio	Fine	Programma didattico dettagliato	Metodologia	Docente	Sostituto
<b>Pomeriggio</b>	<b>14.00</b>	<b>18.00</b>	<b>Argomento</b>			
Dettaglio 1	14.00	14.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentazione del percorso formativo – Nozioni sul nuovo coronavirus SARS – COV-2</li> <li>• Individuazione dell'area di apprendimento/simulazione</li> <li>• Preparazione dei Dispositivi di Protezione Individuale</li> <li>• Igiene delle mani</li> </ul>	RTP	Rosanna Mulas	Alessandra Pettinau  Natalia Angius
Dettaglio 2	14.30	15.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedura di vestizione dell'operatore e corretto uso dei DPI, in presenza del paziente sospetto Covid 19 o mediante simulazione dei partecipanti</li> </ul>	ED	Alessandra Pettinau	Rosanna Mulas Natalia Angius
Dettaglio 3	15.30	17.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedura di svestizione dell'operatore, smaltimento dei DPI usati dopo trattamento terapeutico esame diagnostico e/o strumentale o di sospetto Covid19.</li> <li>• Simulazione di ogni partecipante</li> <li>• Percorso in particolari situazioni di: pazienti poco collaboranti, pazienti con patologie respiratorie/portatori di tracheostomia</li> </ul>	ED	Rosanna Mulas	Alessandra Pettinau  Natalia Angius
Dettaglio 4	17.00	17.30	Riepilogo delle attività pratiche svolte. Presentazione della simulazione da parte di ogni partecipante.	ED	Alessandra Pettinau	Rosanna Mulas Natalia Angius
Dettaglio 5	17.30	18.00	Prova pratica con simulazioni Somministrazione questionari ECM	RP	Rosanna Mulas	Natalia Angius Rosanna Mulas

