

Deliberazione 650adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 13 APR. 2016Oggetto: Autorizzazione PFA ECM: "Pediatric Basic Life Support And Early Defibrillation (PBLs-D)".
CIG ZD11969CE4Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 14 APR. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.*Il Direttore Amministrativo*

Il Commissario Straordinario Dott.ssa Graziella Pintus

coadiuvato da

Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata

Direttore Sanitario Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

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 I° Clinica Pediatrica del P.O. Microcitemico vuole attivare il suddetto corso al fine di fornire indicazioni sul supporto delle funzioni vitali nel bambino critico;**Considerato altresì che** il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2016 approvato con Deliberazione n° 2252 del 16.12.2015;**Dato atto** che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 120 partecipanti suddivisi in 10 edizioni, sarà svolta da docenti interni (fuori orario di servizio) certificati SIMEUP;**Verificato** il progetto formativo ECM: "Pediatric Basic Life Support And Early Defibrillation (PBLs-D)" 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 PFA ECM: "Pediatric Basic Life Support And Early Defibrillation (PBLs-D)", rivolto al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 120 partecipanti suddivisi in 10 edizioni.

Confermare che l'attività formativa, sarà svolta da docenti interni (fuori orario di servizio), certificati SIMEUP, 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 € 6.610,00 (seimilaseicentodieci euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali, per l'aggiornamento professionale anno 2016.

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

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Al Sig. Commissario Straordinario

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

PEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT AND EARLY DEFIBRILLATION (PBLIS-D)

STRUTTURA PROPONENTE

I CLINICA PEDIATRICA PO MICROCITEMICO A.CAO

OBIETTIVI

Fornire indicazioni sul supporto delle funzioni vitali nel bambino critico

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

**Valutazione delle funzioni vitali e dei parametri vitali nel bambino.
Sostegno delle funzioni vitali con o senza mezzi aggintivi.**

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

**Manovre di rianimazione cardiopolmonare (RCP).
Manovre di disostruzione delle vie aeree in caso di inalazione di corpi estranei.
Defibrillazione cardiaca.**

B) Acquisizione competenze di processo:

Formazione di tutto il personale coinvolto nell'urgenza-emergenza pediatrica

C) Acquisizione competenze di sistema:

Uniformare nel contesto dell'Azienda le modalità di assistenza al bambino critico.



AO Brotzu
TIPOLOGIA DI EVENTO:



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

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. 6 partecipanti
- Sala conferenza per n. _____ partecipanti
- Altro (specificare) _____

AUSILI DIDATTICI

- LAVAGNA LUMINOSA
- LAVAGNA A FOGLI MOBILI
- PC
- VIDEOPROIETTORE
- ALTRO DA SPECIFICARE _____

EDIZIONI E DATE

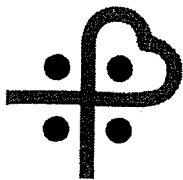
Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

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.

12 partecipanti per partecipanti (2 istruttori per ogni corso)



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	12	21/04/2016	21/04/2014
2	12	03/05/2016	03 /05/2016
3	12	18/05/2016	18/05/2016
4	12	07/06/2016	07/06/2016
5	12	27/09/2016	27/09/2016
6	12	11/10/2016	11/10/2016
7	12	25/10/2016	25/10/2016
8	12	08/11/2016	08/11/2016
9	12	22/11/2016	22/11/2016
10	12	06/12/2016	06/12/2016

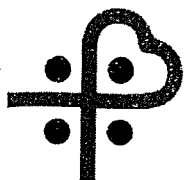
PROFESSIONI

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. _____

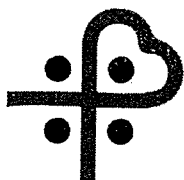


AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

X Pediatria	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. _____
X Chirurgia Pediatrica	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. _____
X Anestesia e Rianimazione	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina TrASFusionale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)</i>	n. _____
X Radiodiagnostica	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. _____



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

- 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

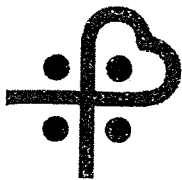
- Podologo* n. _____
- Fisioterapista* n. _____
- Logopedista* n. _____
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia* n. _____
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva* n. _____
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica* n. _____
- Terapista Occupazionale* n. _____
- Educatore Professionale*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

PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE

- Assistente Sanitario* n. _____
- 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. _____



AO Brotzu
TUTTE LE PROFESSIONI



Sistema Sanitario
Regione Sardegna
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 **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

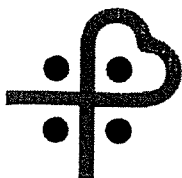
- Prova Pratica
- role playing con griglia**
- prova manuale

- Prova orale
- strutturata
- non strutturata

- Prova scritta
- tema
- saggio
- tesina
- altro

Questionario *(da allegare con indicazione delle risposte corrette)*

Project Work



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

VOCI DI SPESA

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

Docenza	€ 516,40 (2 docenti a 258,20 € ciascuno)
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€ 144,00 (12 manuali PBLSD a 12 € ciascuno)
2. costo accreditamento	€
Totale x edizione	€ 661,00 (x 12 partecipanti)

Totale preventivato per le 10 edizioni	€ 6.610,00 (x 120 partecipanti)
----------------------------------------	---------------------------------

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 Alessandro Cognome Canetto
Qualifica Dirigente Medico Pediatria
Struttura I Clinica Pediatrica
Telefono 070/215093 Cellulare 336/607888
Fax 07052963502 email alessandro.canettomail.com

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Alessandro Cognome Canetto
Telefono 070/215093 Cellulare 336/607888
Fax 07052963502 email alessandro.canetto@gmail.com
Curriculum Vedi allegato

Nome Gabriella Cognome Cherchi
Telefono 070/215093 Cellulare 3478493205
Fax 07052963502 email gacherchi@gmail.com
Curriculum Vedi allegato

Nome Roberta Cognome Ricco
Telefono _____ Cellulare 348/4033236
Fax 07052963502 email roby.ricco@tiscali.it
Curriculum Vedi allegato



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

A) Motivazione della scelta scientifica:

Solo le esercitazioni pratiche con manichini appositamente studiati per questo fine e simulatori possono garantire adeguata formazione e aggiornamento professionali nel campo dell'urgenza-emergenza.

B) Motivazione della scelta economica:

Essendo manichini e simulatori resi disponibili dal Responsabile Scientifico, la spesa da affrontare è limitata all'onorario dei docenti e all'acquisto dei manuali PBLSD SIMEUP. I locali dovrebbero essere reperibili nell'Azienda (precedenti edizioni si sono svolte nell'Aula Thun).

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I Docenti segnalati sono tutti dipendenti dell'Azienda e sono certificati SIMEUP

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

Nome e cognome (in stampatello)
Direttore Generale
Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale



Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Grazia Pignus

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)

A. me. e N. w. d.

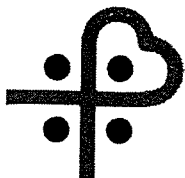
Az. Osp. "G. BROTZU" Cagliari
P.O. Pediatrico MICROCITEMICO A. Cao
CL. PEDIATRICA 1
Direttore: Prof.ssa Anna Maria Nurchi

Nome e cognome (in stampatello)
Il Direttore del Dipartimento
Timbro e Firma (leggibile)
Il Direttore del Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO"
Dirigente Sanitario
Dott.ssa M. Gabriella Nardi

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

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU
UFFICIO FORMAZIONE



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

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*

PFA: "PBLIS-D"
Pediatric Basic Life Support and early Defibrillation
1° Edizione 21.04.2016

Programma didattico dettagliato

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente
Dettaglio 1	08,00	08.45	Presentazione del corso contenuti ed obiettivi	RTP	Canetto/Cherchi/Ricco
Dettaglio 2	08.45	09,30	Verifica delle conoscenze di base	RTP	Canetto/Cherchi/Ricco
Dettaglio 3	09,30	11,30	Stazioni di addestramento su manichini (ad 1 soccorritore) LATTANTE: Tecniche fasi C-A-B e sequenza. Tecniche di disostruzione da corpo estraneo. Posizione laterale di sicurezza.	ED	Canetto/Cherchi/Ricco
Dettaglio 4	11,30	13,30	Stazioni di addestramento su manichini (ad 1 soccorritore) BAMBINO: Tecniche fase C-A-B-D e sequenza. Presentazione e applicazione del DAE. Tecniche di disostruzione da corpo estraneo. Posizione laterale di sicurezza. Sub-lussazione della mandibola	ED	Canetto/Cherchi/Ricco
			Pausa pranzo		
Sessione 2 pomeriggio					
Dettaglio 1	14,30	15,30	Stazioni di addestramento su manichini (a 2 soccorritori) LATTANTE: Tecniche fasi C-A-B e sequenza a 2 soccorritori e con mezzi aggiuntivi	ED	Canetto/Cherchi/Ricco
Dettaglio 2	15,30	16,30	Stazioni di addestramento su manichini (a 2 soccorritori) BAMBINO: Tecniche fasi C-A-B-D e sequenza a 2 soccorritori e con mezzi aggiuntivi	ED	Canetto/Cherchi/Ricco
Dettaglio 3	16.30	18,00	Prove pratiche individuali	ED	Canetto/Cherchi/Ricco
Dettaglio 5	18,00	19,00	Conclusione lavori. Verifica apprendimento	RTP	Canetto/Cherchi/Ricco

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	2	30
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")		
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	7	30
RP	ROLE-PLAYING		