

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1959

del 06.12.2021

Oggetto: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Gestione e cura delle lesioni cutanee". Spesa complessiva € 1.084,44.

PDTD/2021/2064

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 06.12.2021 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

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

SI ☒ NO ☐

Il Responsabile della SSD Formazione

- Visto** il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Viste** le Leggi Regionali n. 10/2006 e n. 05/2007;
- Visto** l'art. 36 comma 2 lettera a), del D. LGS 50/2016;
- Vista** la Deliberazione n. 1811 del 07.08.2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della SSD Formazione, alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;
- Atteso** che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale sanitario;
- Considerato** che l'Azienda in particolare il Servizio di S.C. Anestesia e Rianimazione San Michele ha attivato il suddetto corso al fine di uniformare le conoscenze sulla gestione e cura delle lesioni cutanee, non solo sulle lesioni da pressione ma anche sulle altre tipologie di lesioni con cui gli infermieri hanno a che fare quotidianamente (come ustioni, ferite traumatiche, diabetiche ecc.), secondo le più recenti evidenze scientifiche. Assicurare la corretta compilazione della scheda infermieristica delle medicazioni;
- Considerato** altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2021 approvato con Deliberazione n° 1673 del 21.12.2020;
- Dato Atto** che l'attività formativa rivolta agli Infermieri dell'Azienda per un totale di 15 partecipanti suddivisi in 3 edizioni, sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto;

segue Determinazione n. 1959 del 06.12.2021

**Valutato** il progetto formativo: "Gestione e cura delle lesioni cutanee" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

#### DETERMINA

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

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Gestione e cura delle lesioni cutanee", rivolto agli Infermieri dell'Azienda per un totale di 15 partecipanti suddivisi in 3 edizioni, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
2. Di confermare che l'attività formativa è stata svolta da docenti interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto.
3. Di determinare che la spesa complessiva di € 1.084,44 (milleottantaquattro euro 44 centesimi) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2021.
4. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti interni.
5. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 - Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale - la spesa complessiva di € 1.084,44.

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

Al Sig. Commissario Straordinario

## **RICHIESTA:**

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

### **TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

Gestione e cura delle lesioni cutanee

### **STRUTTURA PROPONENTE**

Servizio di S.C. Anestesia e Rianimazione San Michele

### **OBIETTIVI**

- Elevare gli standard di qualità dell'assistenza infermieristica con la standardizzazione delle cure
- Avviare precocemente il paziente lesionato al percorso di cura più adeguato
- Ridurre i tempi di esecuzione delle medicazioni
- Ridurre i tempi di compilazione della documentazione relativa
- Ridurre l'uso improprio delle medicazioni avanzate

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

Uniformare le conoscenze sulla gestione e cura delle lesioni cutanee, non solo sulle lesioni da pressione ma anche sulle altre tipologie di lesioni con cui gli infermieri hanno a che fare quotidianamente (come ustioni, ferite traumatiche, diabetiche ecc.), secondo le più recenti evidenze scientifiche.

Assicurare la corretta compilazione della scheda infermieristica delle medicazioni.

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

Valutare vari tipi di lesioni, eseguire le medicazioni, valutazione dei risultati, riconoscimento precoce delle complicanze, corretto utilizzo delle medicazioni avanzate.

#### **B) Acquisizione competenze di processo:**

Miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso l'avvio precoce del paziente lesionato al percorso di cura più adeguato, secondo un approccio standardizzato, olistico e multidisciplinare, secondo l'EBN nel wound care. Corretta compilazione della documentazione relativa alle medicazioni della cartella infermieristica aziendale.

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Nell'ambito del sistema sanitario ospedaliero si avrà un miglioramento della qualità dell'assistenza al paziente con lesioni di varia etziologia nelle U.O. del dipartimento di emergenza, attraverso la personalizzazione e la standardizzazione secondo le più recenti evidenze scientifiche. Si avrà inoltre un uso più corretto delle risorse dell'unità operativa con un abbassamento della spesa per il materiale delle medicazioni avanzate.

**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 \_\_\_\_\_ presidio S. 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

## SSD FORMAZIONE

Emissione 28/06/2016

Revisione 27/06/2018

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.2

Pag. 3 a 9

- ☒ 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	5	25/05/2021	01/06/2021
2	5	08/06/2021	15/06/2021
3	5	23/06/2021	30/06/2021

### 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. \_\_\_\_\_

## SSD FORMAZIONE

Emissione 28/06/2016

Revisione 27/06/2018

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.2

Pag. 4 a 9

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> Oncologia   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Pediatria   | n. _____ |
| <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 type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica                              | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva                | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica                                | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare                               | n. _____ |
| <hr style="width: 10%; margin-left: 0;"/>                                  |          |
| <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 type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione                          | n. _____ |

## SSD FORMAZIONE

Emissione 28/06/2016

Revisione 27/06/2018

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.2

Pag. 5 a 9

- |  |         |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica  | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica   | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica  | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina TrASFusionale  | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Legale   | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare   | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia   | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia   | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Neuroradiologia   | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia ) | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica  | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica                                       | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione                                      | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro                      | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Generale (Medici di Famiglia)  | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale  | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di libera scelta )  | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica  | n. ____ |
|  |         |
| <input type="checkbox"/> Direzione medica di presidio ospedaliero                                      | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Organizzazione dei servizi sanitari di base                                   | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria  | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia  | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Privo di Specializzazione   | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Odontoiatra   | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Psicologo – Psicoterapeuta  | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia  | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Psicologia  | n. ____ |
| <input type="checkbox"/> Laureati non medici (specificare)   | n. ____ |

## PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

ARNAS G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari  
P.iva: 02315520920  
[www.aobrotzu.it](http://www.aobrotzu.it)

SSD Formazione  
Responsabile: Dott.ssa Carla Ghiani  
Tel. 070.5296.5576  
Tel. 070.5296.5575-5578-5574  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

ARNAS Brotzu  
Sede Ufficio Formazione  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)

## SSD FORMAZIONE

Emissione 28/06/2016

Revisione 27/06/2018

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.2

Pag. 6 a 9

- ☒ Infermiere n. **15**  
☐ 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 Perfusioni Cardiovascolari 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. \_\_\_\_\_

- ☐ **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 14 x 3 edizioni = tot **42 ore**

## PROGRAMMA

Si allega 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 \_\_\_\_\_ cartellina con fogli e penne \_\_\_\_\_

## 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

## SSD FORMAZIONE

Emissione 28/06/2016

Revisione 27/06/2018

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.2

Pag. 8 a 9

### VOCI DI SPESA

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

Docenza	€ 25,82 X 7ORE/DIE X 6 GIORNI
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 1084,44

### 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	Angela Maria	Cognome	Carta
Qualifica	coordinatrice infermieristica		
Struttura	Rianimazione S. Michele		
Telefono		Cellulare	
Fax		email	angelamariacarta@aob.it

## SSD FORMAZIONE

Emissione 28/06/2016

Revisione 27/06/2018

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.2

Pag. 9 a 9

### DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	Miriam	Cognome	Mocci
Telefono	/	Cellulare	3450112083
Fax	/	email	miriam.mocci@aob.it
Curriculum	allegato		

Nome	Angela Maria	Cognome	Carta
Struttura	Rianimazione S. Michele		
Telefono		Cellulare	
Fax		email	angelamariacarta@aob.it

### A) Motivazione della scelta scientifica:

Miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso l'avvio precoce del paziente lesionato al percorso di cura più adeguato, secondo i più recenti documenti di posizionamento, consensus conference, ed EBN.

### B) Motivazione della scelta economica:

Conforme a quanto stabilito dal regolamento aziendale.

### C) Motivazione della scelta dei docenti:

Formazione e competenze specifiche sull'argomento.

#### 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.

Emissione 28/06/2016

Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4

Pag. 12 a 12

**Luogo:** \_\_\_\_\_ **Data (gg/mm/aaaa):** \_\_\_\_\_

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Direttore Generale**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Direttore Generale**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Responsabile Scientifico**

AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE  
**S.C. RIANIMAZIONE**

**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)**

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Il Direttore del Dipartimento**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Il Direttore del Dipartimento**

**DOT. SSA MARIA EMILIA MARCELLO**

AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE

**S.C. RIANIMAZIONE**

**DIRETTORE F.F.**

*Dott. Maria Emilia Marcello*

**AO Brotzu - Cagliari**

**DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA**

**IL DIRETTORE**

**Dott. Giuseppe Dessì**

**Nome e Cognome (In stampatello)**

**Responsabile Ufficio Formazione**

**Timbro e firma (leggibile)**

AO Brotzu - Cagliari  
**SSD FORMAZIONE**  
Resp. Dott.ssa Carla Ghiani

**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: "Gestione e cura delle lesioni cutanee"

1° Edizione 25/05 e 01/06 /2021

2° Edizione 08 e 15 giugno 2021

3° Edizione 23 e 30 giugno 2021

**Programma didattico dettagliato**

25/05/21	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
<b>Sessione 1 mattina</b>					Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 1	08.00	08.30	Introduzione al paziente multi lesionato: cenni di rigenerazione cutanea e classificazione delle lesioni	RTP	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 2	08.30	09.00	Approcciarsi alla lesione acuta e cronica: Wound assessment, biofilm e wound hygiene	RTP	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 3	09.00	09.30	Wound hygiene nella pratica clinica	LG	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 4	09.30	09.45	Approccio sistematico alle lesioni: Il T.I.M.E. CARE H	RTP	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 5	09.45	10.30	Utilizzo del T.I.M.E.	LG	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 6	10.30	11.00	Discussione	CD	Mocci Miriam	Carta Angela

						Maria
Dettaglio 7	11.00	11.30	Classificazione delle lesioni e utilizzo del T.I.M.E.	ED	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 8	11.30	11.45	Corretto utilizzo della scheda di monitoraggio delle lesioni della cartella infermieristica aziendale	DT	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 9	11.45	12.30	Compilazione della scheda di monitoraggio delle lesioni della cartella infermieristica aziendale	ED	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 10	12.30	12.45	Le medicazioni avanzate	RTP	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 11	12.45	13.30	Appropriatezza della scelta delle medicazioni avanzate	ED	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
	13.30	14.00	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14.00	14.30	Nuove tecnologie: la pressione topica negativa; esempio di procedura standard di medicazione	DT	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 2	14.30	15.30	Utilizzo della PTN portatile ed esecuzione medicazione standard secondo il T.I.M.E.	ED	Mocci Miriam	Carta Angela Maria

**Programma didattico dettagliato**

01/06/21	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
<b>Sessione 1 mattina</b>					Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 1	08.00	08.15	Le ferite complesse e infette (chirurgiche, traumatiche e gravi patologie dei tessuti)	RTP	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 2	08.15	08.30	Approcciarsi alla medicazione di ferite complesse e infette	LG	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 3	08.30	09.00	Medicazione lesione infetta	ED	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 4	09.00	09.15	Le ustioni	RTP	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 5	09.15	09.30	Approcciarsi alla medicazione delle ustioni	LG	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 6	09.30	10.00	Medicazione ustione	ED	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 7	10.00	10.15	Valutazione e trattamento delle lesioni vascolari	RTP	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 8	10.15	10.30	Approcciarsi alla medicazione delle lesioni	LG	Mocci	Carta

			vascolari		Miriam	Angela Maria
Dettaglio 9	10.30	10.45	Discussione	CD	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 10	10.45	11.00	Prevenzione delle lesioni da pressione; valutazione e trattamento delle lesioni da pressione	RTP	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 11	11.00	11.15	Approcciarsi alla medicazione di lesione da pressione	LG	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 12	11.15	11.45	Prevenzione e medicazione delle lesioni da pressione	ED	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 13	11.45	12.00	Le lesioni diabetiche	RTP	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 14	12.00	12.15	Approcciarsi alla medicazione del piede diabetico	LG	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 15	12.15	12.45	Medicazione piede diabetico	ED	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 16	12.45	13.00	Valutazione e trattamento delle lesioni peristomali (cenni)	RTP	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 17	13.00	13.15	esempio procedura medicazione lesione peristomale	DT	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 18	13.15	13.30	medicazione tracheostomia	ED	Mocci	Carta



					Miriam	Angela Maria
	13.30	14.00	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14.00	14.15	Discussione di casi clinici	CD	Mocci Miriam	Carta Angela Maria
Dettaglio 2	14.15	15.30	Prova finale con simulazione guidata	RP	Mocci Miriam	Carta Angela Maria

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	3	
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	1	
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI	1	
LG	PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)	2	30
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	5	15
RP	ROLE-PLAYING	1	15