

# Allegato "A"

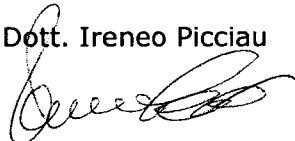
866

## Approvazione Progetto Formativo Aziendale: "Urgenze ed emergenze in sala parto: come affrontare le situazioni difficili".

Il presente allegato è composto di n. **10** fogli,  
di n. **10** pagine.

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



## Richiesta di attivazione di un progetto formativo

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Area Formazione dal Responsabile del Dipartimento o dalla Direzione Sanitaria, 45 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

*1 Cosa?*

### 1.1 Titolo del progetto formativo

URGENZE ED EMERGENZE IN SALA PARTO: COME AFFRONTARE LE SITUAZIONI DIFFICILI

### 1.2 Accredimento ECM

Si richiede l'accREDITAMENTO ECM del progetto formativo? X SI |  No

Se si, potranno essere riconosciuti fino ad un massimo di 50 crediti per progetto formativo.

### 1.3 Classificazione

Indicare tre parole chiave per una puntuale classificazione del progetto formativo (patologia trattata, strumenti utilizzati, ...).

Parola chiave 1 **SICUREZZA**  
Parola chiave 2 **PREVENZIONE**  
Parola chiave 3 **RISK MANAGEMENT**

### 1.4 Contenuti

Definizione dei contenuti del progetto formativo.

- 1) ACQUISIRE COMPETENZA E SICUREZZA NELLA GESTIONE DELLE EMERGENZE IN SALA PARTO
- 2) USUFRUIRE DELLE SIMULAZIONI PER APPRENDERE CAPACITA' TECNICHE E MANUALI SPECIFICHE NELL'ASSISTENZA IN SALA PARTO

### 1.5 Programma

Si allega il programma del corso? X SI |  No

Per la corretta stesura del programma, vedi l'allegato "Modello di programma del corso".

ASL8  
NP.2015/20545 del 22/06/2015 ore 08,26  
Mitt.: OSPEDALE SS. TRINITA'  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 214 del 2015



**2 Perché?****2.1 Analisi dei fabbisogni**

Sintetizza i risultati dell'analisi dei fabbisogni che ha portato all'organizzazione del progetto formativo. Per la corretta compilazione, vedi l'allegato "Punti chiave per l'analisi dei fabbisogni".

NELL'OTTICA DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' NELL'ASSISTENZA ALLA DONNA IN GRAVIDANZA, SONO STATE INDIVIDUATE LE CRITICITA' E LA NECESSITA' DI APPRENDERE TECNICHE PER UN'ASSISTENZA PIU' QUALIFICATA E ACCRESCERE LE COMPETENZE AL FINE DI CONSEGUIRE UN'UNIFORMITA' DI COMPORTAMENTO DEL PERSONALE COINVOLTO, RAZIONALIZZARE LE SCELTE TERAPEUTICHE

**2.2 Obiettivi**

Se presente, specifica l'obiettivo d'interesse corrispondente a quelli nazionali individuati dal Ministero della Salute. Per la corretta compilazione, vedi l'allegato "Obiettivi nazionali ECM".

FORNIRE AL PERSONALE COINVOLTO STRUMENTI TEORICO-PRATICI PER MIGLIORARE DIAGNOSI E TERAPIA DELLE URGENZE ED EMERGENZE IN SALA PARTO

**2.3 Finalità**

Barra le caselle di interesse:

- Acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti*
- Acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche*
- Acquisire capacità relazionali e comunicative*

Sintetizza le finalità e gli obiettivi di apprendimento del progetto formativo.

- 1) FAR ACQUISIRE CONOSCENZE TEORICHE SULLE URGENZE ED EMERGENZE IN SALA PARTO
- 2) FAR ACQUISIRE LE CAPACITA' TECNICHE E MANUALI
- 3) FAR MIGLIORARE LE CAPACITA' COMUNICATIVE E RELAZIONALI TRA GLI OPERATORI E PER FORNIRE UN ADEGUATO SUPPORTO PSICOLOGICO ALLA DONNA





- Prova pratica  
 Project work  
 Elaborati

### 5.3 Materiale didattico

Descrizione del materiale didattico fornito ai partecipanti.

BLOCK NOTES  
PENNE

---

---

---

---

---

---

---

---

### 5.4 Presenze

Verifica della presenza dei partecipanti alle attività formative:  Sì |  No

Se no, non sarà possibile l'accreditamento ECM del progetto formativo. Se sì, quale modalità di verifica è prevista?

---

---

---

---

---

## 6. Quanto?

### 6.1 Voci di spesa

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa. Per la corretta compilazione, vedi l'allegato "Massimali e retribuzione docenti".

Docenza: € 550 (OTTOCENTOCINQUANTA) A DOCENTE  
Pernottamento € 240 (DUECENTOQUARANTA) 2 NOTTI - A DOCENTE  
Pasti: € 1500 (MILLECINQUECENTO) TOTALI  
Mobilità € 200 (DUECENTO) VOLO A/R - A DOCENTE

### 6.2 Fonti di finanziamento

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: \_\_\_\_\_ (%)  
 Sponsor non commerciali: \_\_\_\_\_ (%)  
 Sponsor commerciali: \_\_\_\_\_ (%)  
 Quote di iscrizione: \_\_\_\_\_ (%)

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi?  Sì |  No



## 7.1 Partecipanti

Numero massimo dei partecipanti: CENTO

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni, le eventuali discipline e il numero dei rispettivi partecipanti a cui è rivolto il progetto formativo. Per la corretta compilazione, vedi l'allegato "Elenco delle professioni e delle discipline ECM".

Professione	Disciplina	Numero partecipanti
OSTETRICHE	OSTETRICIA	CINQUANTA
MEDICO GINECOLOGO	OSTETRICIA	CINQUANTA

### Nominativi

L'elenco dei partecipanti deve essere trasmesso all'Area Formazione 7 giorni prima dell'inizio dell'attività formativa.

## 7.2 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 (disponibili fra gli allegati).

### Dati del responsabile scientifico:

Il responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica.

Nome CATERINA Cognome TRONCI  
 Qualifica MEDICO  
 Competenze RESPONSABILE SCIENTIFICO  
 Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare 330782145  
 Fax \_\_\_\_\_ email TRONCICGV@YAHOO.IT

**Dati dei docenti:**

Nome	LUANA	Cognome	DANTI
Qualifica	Resp Sala Parto- OCCC. Brescia		
Competenze	DOCENTE		
Telefono		Cellulare	3483164523
Fax		email	luana.danti@tin.it

Nome	ANTONIO	Cognome	RAGUSA
Qualifica	Direttore S.C. Ost. e Gin. – Osp. Massa Carrara		
Competenze	DOCENTE		
Telefono		Cellulare	3355726903
Fax		email	antonio.ragusa@gmail.com

Nome	MARZIA ISABELLA	Cognome	MAINI
Qualifica	Resp Sala Parto- Osp. Treviglio-MI		
Competenze	DOCENTE		
Telefono		Cellulare	3471348723
Fax		email	isabella_maini@yahoo.it

Nome	DENISE	Cognome	RINALDO
Qualifica	Dirigente Medico Treviso		
Competenze	DOCENTE		
Telefono		Cellulare	
Fax		email	

Nome	CRIARA	Cognome	VERNIER
Qualifica	Dirigente Medico-Treviso		
Competenze	DOCENTE		
Telefono		Cellulare	3402513385
Fax		email	

Nome	CLAUDIO	Cognome	CRESCINI
Qualifica	Capodipartimento-Osp. Treviglio-MI		
Competenze	DOCENTE		
Telefono		Cellulare	3482649609
Fax		email	crescini@bisnet.it

Nome	ANNALaura	Cognome	REGALIA
Qualifica	UNIVERSITA' MONZA		
Competenze	DOCENTE		
Telefono		Cellulare	3387574732
Fax		email	anita.regalia@tiscali.it



Nome LUCA PIETRO Cognome D'ANDREA  
Qualifica UNIVERSITA' MONZA  
Competenze DOCENTE  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Nome SIMONA Cognome NARCISI  
Qualifica NIGUARDA - MILANO  
Competenze DOCENTE  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### 7.3 Referente per la formazione della struttura organizzativa

Il referente per la formazione collabora per conto del responsabile scientifico con l'Area Formazione alla progettazione e realizzazione delle attività formative.

#### Dati del referente della segreteria organizzativa:

Nome BRUNA Cognome SERRA  
Telefon \_\_\_\_\_ Cellulare 3334808797  
Fax \_\_\_\_\_ email brunaserra@asl8cagliari.it  
Indirizzo \_\_\_\_\_

### 7.4 Area Formazione

L'Area Formazione supporta il responsabile scientifico e il referente per la formazione durante la progettazione, la realizzazione e la valutazione delle attività formative.

#### Contatti:

Se conosciuto, indicare il riferimento per le attività formative dell'Area Formazione.

Nome LAURA Cognome BERNARDINI

### 8. Validazione della richiesta

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Area Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, 45 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

Luogo: CAGLIARI Data (17/06/2015): \_\_\_\_\_

**Nome e cognome (in stampatello)**

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento,  
Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

ELEONORA COCCOLLONE

---

**Timbro e Firma (leggibile)**

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento,  
Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

  
  
P.O. SS. Trinità - Cagliari  
STRUTTURA COMPLESSA  
DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
Il Primario: Dr.ssa Eleonora Coccollone  
Matr. 52880

---