

Deliberazione 453adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 10 MAR 2016**Oggetto:** Autorizzazione EFR ECM: "Diagnosi Emergenze Addominali".Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 14 MAR 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 S.C. di Radiologia vuole attivare il suddetto corso al fine di far acquisire conoscenze sulla diagnostica dell'emergenza-urgenza addominale;**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 sia dell'Azienda che esterni, per un totale 60 partecipanti. La quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 30,00 (trenta euro) più IVA per i Medici, € 20,00 (venti euro) più IVA per i TSRM, Infermieri e per i Medici Specializzandi;**Verificato** il progetto formativo ECM: "Diagnosi Emergenze Addominali" 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 EFR ECM: "Diagnosi Emergenze Addominali", rivolto al personale sanitario sia dell'Azienda che esterni, per un totale 60 partecipanti.

Confermare che l'attività formativa, sarà svolta sia da docenti interni che da docenti esterni con competenza ed esperienza clinica e didattica degli argomenti trattati, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

%



Segue deliberazione n. 453 del 10 MAR. 2016

Determinare che la spesa complessiva non sia superiore a € 548,00 (cinquecentoquarantotto euro) onnicomprensiva, sarà coperta in parte dalle quote di iscrizione dei partecipanti esterni, la differenza graverà sui Fondi del Dipartimento di Diagnostica per Immagini per l'aggiornamento professionale anno 2016.

Disporre in € 30,00 (trenta euro) più IVA la quota di iscrizione per i Medici, in € 20,00 (venti euro) più IVA la quota di iscrizione per i TSRM, Infermieri e per i Medici Specializzandi.

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



Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO
"Diagnostica emergenze addominali"

STRUTTURA PROPONENTE
Radiologia AOB

OBIETTIVI

Formazione del personale medico e TSRM sulla diagnostica dell'emergenza-urgenza addominale

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

I contenuti del corso includono il ruolo del TSRM (in particolare le tecniche di acquisizione dell'indagine) e tutti gli aspetti clinici correlati all'uso della TC in urgenza: inquadramento clinico delle varie patologie, fondamenti di diagnostica e presentazione della casistica clinica.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Si intendono sviluppare le competenze e le conoscenze tecnico-professionali sia sul versante tecnico che clinico nell'ambito della radiologia dell'Emergenza-Urgenza con TC.

B) Acquisizione competenze di processo:

Si intendono sviluppare le competenze idonee al miglioramento dell'efficacia del processo di produzione dell'attività diagnostica della Diagnostica TC Total Body in urgenza

C) Acquisizione competenze di sistema:

Si intendono sviluppare le competenze idonee al miglioramento della qualità dell'acquisizione delle immagini in TC in situazioni di emergenza da parte del TSRM e della efficacia diagnostica del Radiologo nello stesso ambito.



Azienda Ospedaliera Brotzu

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 _____

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.

Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.



Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	60	19.03.2016	19.03.2016

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

- | | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Farmacista | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Ospedaliera | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Farmacia Territoriale | n. _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medico chirurgo | n. 27 |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Ematologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia | n. _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologia | n. 2 |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Geriatrics | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Malattie dell' Apparato Respiratorio | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | n. _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | n. 2 |
| <input type="checkbox"/> Medicina Fisica e Riabilitazione | n. _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medicina Interna | n. 2 |
| <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. _____ |



Azienda Ospedaliera Brotzu

- Pediatria* n. _____
- Psichiatria* n. _____
- Radioterapia* n. _____
- Reumatologia* n. _____
- Cardiochirurgia* n. _____
- Chirurgia Generale* n. 2
- Chirurgia Maxillo - Facciale* n. _____
- Chirurgia Pediatrica* n. _____
- Chirurgia Plastica e Ricostruttiva* n. _____
- Chirurgia Toracica* n. _____
- Chirurgia Vascolare* n. 2
- Ginecologia e Ostetricia* n. 2
- Neurochirurgia* n. _____
- Oftalmologia* n. _____
- Ortopedia e Traumatologia* n. _____
- Otorinolaringoiatria* n. _____
- Urologia* n. _____
- Anatomia Patologica* n. _____
- Anestesia e Rianimazione* n. _____
- Biochimica Clinica* 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. 15
- 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. _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

- 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)**
Fisico Sanitario n. 5

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- Infermiere n. 10
- 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. 18
- Tecnico Audiometrista n. _____
- Tecnico Audioprotesista n. _____
- Tecnico di Neurofisiopatologia n. _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

Tecnico Ortopedico

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 7

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



Azienda Ospedaliera Brotzu

VOCI DI SPESA

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

Docenza	€310,00
Docenza Esterna (Dr. V.Frongia) 50 € all'ora Dott. Porcu M.Grazia a titolo gratuito	€87,50
Pasti per 30 partecipanti esterni in mensa aziendale	€150,00
Totale	€547,50

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento:		€800,00
Quote di iscrizione: 30	20 Medici	€30,00
	5 Medici privi di specializzazione, Fisico	€20,00
	5 TSRM, Infermiere	€20,00

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>Grazia</u>	Cognome	<u>Bitti</u>
Qualifica	<u>Dirigente Medico 2° livello</u>		
Struttura	<u>Radiologia</u>		
Telefono	<u>070539858</u>	Cellulare	
Fax	<u>070539298</u>	email	<u>graziabitti@aob.it</u>

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	<u>Paolo</u>	Cognome	<u>Siotto</u>
Telefono	<u>070539584</u>	Cellulare	
Fax	<u>070539298</u>	email	<u>paolosiotta@aob.it</u>
Curriculum	<u>x</u>		

Nome	<u>Giovanni M.</u>	Cognome	<u>Argiolas</u>
Telefono	<u>070539584</u>	Cellulare	
Fax	<u>070539298</u>	email	<u>giovanniargiolas@aob.it</u>
Curriculum	<u>x</u>		

Nome	<u>Martina</u>	Cognome	<u>Cecconi</u>
Telefono	<u>070539584</u>	Cellulare	
Fax	<u>070539298</u>	email	<u>martinacecconi@aob.it</u>
Curriculum	<u>x</u>		



Azienda Ospedaliera Brotzu

Nome	<u>Elisabetta</u>	Cognome	<u>Caddeo</u>
Telefono	<u>070539584</u>	Cellulare	
Fax	<u>070539298</u>	email	<u>elisbettacaddeo@aob.it</u>
Curriculum	<u>x</u>		
Nome	<u>Giovanna</u>	Cognome	<u>Demurtas</u>
Telefono	<u>070539584</u>	Cellulare	
Fax	<u>070539298</u>	email	<u>giovannademurtas@aob.it</u>
Curriculum	<u>x</u>		
Nome	<u>Maria Grazia</u>	Cognome	<u>Porcu</u>
Telefono	<u>070539584</u>	Cellulare	<u>3287770840</u>
Fax	<u>070539298</u>	email	<u>mgrazia-82@hotmail.it</u>
Curriculum	<u>x</u>		
Nome	<u>Valentina</u>	Cognome	<u>Frongia</u>
Telefono	<u>070539584</u>	Cellulare	<u>3479090634</u>
Fax	<u>070539298</u>	email	<u>valefrongia@gmail.com</u>
Curriculum	<u>x</u>		
Nome	<u>Simone</u>	Cognome	<u>Porcu</u>
Telefono	<u>070539584</u>	Cellulare	
Fax	<u>070539298</u>	email	<u>simoneporcu@aob.it</u>
Curriculum	<u>x</u>		
Nome	<u>Maria Antonietta</u>	Cognome	<u>Zedda</u>
Telefono	<u>070539584</u>	Cellulare	
Fax	<u>070539298</u>	email	<u>mariantoniettazedda@aob.it</u>
Curriculum	<u>x</u>		
Nome	<u>Claudio</u>	Cognome	<u>Ganau</u>
Telefono	<u>070539581</u>	Cellulare	
Fax	<u>070539298</u>	email	<u>claudioganau@aob.it</u>
Curriculum	<u>x</u>		

A) Motivazione della scelta scientifica:

La Tomosintesi è una metodica di recente acquisizione che siamo i primi in Sardegna ad utilizzare. Si tratta di uno strumento che consente di limitare l'utilizzo della TAC consentendo di dirimere situazioni di sospette condizioni patologiche specie in ambito toracico, garantendo un significativo risparmio di risorse sia temporali che economiche. Per questo motivo ci pare utile proporre una giornata di formazione diretta sia ai TSRM che ai medici radiologi e clinici interessati all'ambito della patologia polmonare

B) Motivazione della scelta economica:

Quasi tutti i docenti sono dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Brotzu. La Dott.ssa Valentina Frongia e Maria Grazia Porcu docenti esterne hanno esperienza acquisita in questo settore.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I docenti sia Fisici che TSRM che Radiologi sono esperti nel settore

A) Docenti Interni:

in orario di servizio
fuori orario di servizio

B) Docenti Esterni:



Azienda Ospedaliera Brotzu

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 (gg/mm/aaaa):** 09/02/16

Nome e cognome (in stampatello)
Direttore Generale

Graziella Pintus

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU
Dott.ssa Graziella Pintus



Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa,
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)

Grazia T. Bitti

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
S.P.A. - MEDICINA
Piazzale Alessandro Ricchi 1 - 09134 Cagliari (Italia)

Timbro e Firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)

Nome e cognome (in stampatello)
Il Direttore del Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
S.P.A. - MEDICINA
Direttore Dott. Grazia Bitti

Timbro e Firma (leggibile)
Il Direttore del Dipartimento

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



EFR: "Diagnostica emergenze addominali"
Edizione 1 - 19.03.2016

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 mattina	9.00	13.00				
Dettaglio 1	9.00	10.00	Tecnica d'indagine	RTP	Simone Porcu	Maria Antonietta Zedda
Dettaglio 2	10.00	10.30	Aneurismi aortici	RTP	Martina Cecconi	Claudio Ganau
Dettaglio 3	10.30	11.00	Addome acuto ginecologico	RTP	Elisabetta Caddeo	Martina Cecconi
	11.00	11.15	Pausa			
Dettaglio 4	11.15	13.00	Esercitazione. Casistica clinica	CD	Elisabetta Caddeo Martina Cecconi	G. Bitti
	13.00	13.45	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	13.45	17.00				
Dettaglio 1	13.45	14.15	Patologia infiammatoria: appendicite, diverticolite	RTP	Valentina Frongia Maria Grazia Porcu	Paolo Siotto
Dettaglio 2	14.15	14.45	Ischemia intestinale	RTP	Giovanna Demurtas	Giovanni M. Argiolas
Dettaglio 3	14.45	15.15	Occlusione intestinale	RTP	Giovanni M. Argiolas Giovanna Demurtas	Elisabetta Caddeo Martina Cecconi
Dettaglio 4	15.15	16.30	Esercitazione. Casistica clinica	CD	Giovanni M. Argiolas Valentina Frongia Maria Grazia Porcu	G. Bitti
Dettaglio 4	16.30	17.00	Conclusioni lavori e valutazione di apprendimento	RTP	G. M. Argiolas	P. Siotto

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	4	
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	3	
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		