

Deliberazione 623adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 7 APR. 2016**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Gestire e comunicare gli eventi incerti in Medicina Nucleare".Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 8 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 S.C. di Medicina Nucleare ha attivato il suddetto corso al fine di fornire a tutti gli operatori sanitari della Struttura uno strumento metodologico di attivazione in caso di eventi incerti (Procedure, Report, Schede);**Considerato altresì che** il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2015 approvato con Deliberazione n° 2164 del 17.12.2014;**Recepito** che l'attività formativa è rivolta ai Medici, Tecnici di Laboratorio, Tecnici di Radiologia, Biologi e Infermieri della S.C. di Medicina Nucleare, per 22 partecipanti, in 2 edizioni è stata svolta da docenti interni fuori dall'orario di servizio;**Verificato** il progetto formativo: "Gestire e comunicare gli eventi incerti in Medicina Nucleare", 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: "Gestire e comunicare gli eventi incerti in Medicina Nucleare", rivolto ai Medici, Tecnici di Laboratorio, Tecnici di Radiologia, Biologi e Infermieri della S.C. di Medicina Nucleare, per 22 partecipanti, in orario di servizio,.

Confermare che l'attività formativa è stata svolta da docenti interni fuori dall'orario di servizio.

Determinare che la spesa complessiva è di € 309,84 (trecentonove euro e 84 centesimi) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi del Dipartimento di Diagnostica Immagini per l'aggiornamento professionale anno 2015.

Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento dei docenti interni come da schema allegato.

Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 309,84.

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



Al Sig. Commissario Straordinario
Dr.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

Gestire e comunicare gli eventi incerti in Medicina Nucleare

STRUTTURA PROPONENTE

Medicina Nucleare

OBIETTIVI

Lo scopo del progetto formativo è di migliorare la qualità lavorativa e l'assistenza tramite azioni mirate nel limitare gli eventi incerti.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Fornire a tutti gli operatori sanitari della struttura uno strumento metodologico di attivazione in caso di eventi incerti (Procedure, Report, Schede).

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

*Individuare referenti cui rivolgersi in caso di evento incerto
Tutelare gli operatori direttamente coinvolti nell'evento incerto
Facilitare la comunicazione interna ed esterna in caso di evento incerto
Evitare il riaccadimento dell'evento incerto*

B) Acquisizione competenze di processo:

Acquisire le procedure idonee da applicare in caso di eventi incerti nel proprio processo lavorativo.

C) Acquisizione competenze di sistema:

Acquisire il sistema procedurale per migliorare tutte le attività inerenti i specifici processi di probabili eventi incerti all'interno della struttura di medicina nucleare e migliorare l'efficienza e l'efficacia.



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. **12** 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.



Azienda Ospedaliera Brotzu

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	11	14-15/12/ 2015	2015
2	11	16-17/12/2015	2015

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. _____
- 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. _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Urologia</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Trasmfusionale</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i> | <i>n. 06</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta)</i> | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i> | <i>n.</i> _____ |



Azienda Ospedaliera Brotzu

- 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. _____

X Laureati non medici (specificare)

_____ **BIOLOGI** _____ n. **03**
 _____ n. _____
 _____ n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- X Infermiere** n. **03**
- 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. _____
- X Tecnico Sanitario di Radiologia Medica** n. **06**
- Tecnico Audiometrista* n. _____
- Tecnico Audioprotesista* n. _____
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. _____
- Tecnico Ortopedico* n. _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

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 **12**

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	€ 25,82 X 12 ORE	€
Pernottamento	€	€
Pasti	€	€
Spese di viaggio	€	€
Altro:		
1. materiale didattico	€	€
2. costo accreditamento	€	€
Totale	€ 310,00	€

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 Daniela Cognome Sanna
 Qualifica Dirigente Medico
 Struttura S.C. Medicina Nucleare
 Telefono 070-539235 Cellulare 3480382110
 Fax _____ email danielasannait@yahoo.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Corrado Cognome Spano
 Telefono 070539235 Cellulare _____
 Fax _____ email corradospano@aob.it
 Curriculum Allegato

Nome _____ Cognome _____
 Telefono _____ Cellulare _____
 Fax _____ email _____
 Curriculum _____

Nome _____ Cognome _____
 Telefono _____ Cellulare _____
 Fax _____ email _____
 Curriculum _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

A) Motivazione della scelta scientifica:

Formare e informare le figure coinvolte in tutte le fasi dei processi lavorativi degli strumenti da applicare in caso di attivazione di eventi avversi o incerti

B) Motivazione della scelta economica:

Docente interno fuori orario di servizio

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Il docente Corrado Spano è l'attuale sostituto del Responsabile controlli di Qualità e già docente in altri corsi di formazione

A) Docenti Interni:

in orario di servizio
fuori orario di servizio

B) Docenti Esterni:

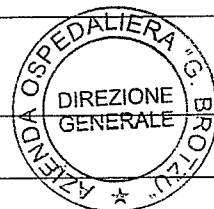
La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, **60 giorni prima** dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

Luogo: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____

Nome e cognome (in stampatello)
Commissario Straordinario
Timbro e Firma (leggibile)
Commissario straordinario

Dr. ssa Graziella Pintus



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)

Dr. Giorgio Melis

Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
CAGLIARI
S.C. MEDICINA NUCLEARE
IL DIRETTORE
Dr. GIORGIO MELIS

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

Dr. Pierpaolo Bacchiddu

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
Direttore: Dott. Pier Paolo Bacchiddu

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

Dott. Andrea Corrias

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
UFFICIO FORMAZIONE

NOTE:



Azienda Ospedaliera Brotzu

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: "Gestire e comunicare gli eventi incerti in Medicina Nucleare"

1° Edizione 14 -15 dicembre 2015

2° Edizione 16 -17 dicembre 2015

AOB – Aula Interna alla Struttura di Medicina Nucleare

Programma didattico dettagliato

Sessione 1 pomeriggio	Inizio	Fine	1° giorno	Metodologia	Docente
					////
Dettaglio 1	15:00	15:45	COSA SONO GLI EVENTI INCERTI	RTP	SPANO C.
Dettaglio 2	15:45	16:30	COME EVITARE GLI EVENTI INCERTI	RTP	SPANO C.
Dettaglio 3	16:30	17:15	ANALIZZARE E PREVENIRE EVENTI INCERTI	RTP	SPANO C.
Dettaglio 4	17:15	18:00	DISCUSSIONE	CD	SPANO C.
Sessione 2 pomeriggio	Inizio	Fine	2° giorno	Metodologia	Docente
Dettaglio 1	15:00	15:30	COMPILAZIONE SCHEDE	RTP	SPANO C.
Dettaglio 2	15:30	16:00	PROGETTO DI STATISTICA EVENTI	RTP	SPANO C.
Dettaglio 3	16:00	16:30	COMPILAZIONE REPORT	RTP	SPANO C.
Dettaglio 4	16:30	17:00	PROCEDURA DI PROCEDURA OPERATIVA	RTP	SPANO C.
Dettaglio 5	17:00	17:30	DISCUSSIONE FINALE	CD	SPANO C.
Dettaglio 6	17:30	18:00	CONCLUSIONE DEI LAVORI E VERIFICA FINALE	RTP	SPANO C.

ELENCO DOCENTI INTERNI
Corso ECM: "Gestire e comunicare gli eventi incerti in Medicina Nucleare" anno 2015

Cognome	Nome	Data Nascita	Luogo di Nascita	C. F.	N° Ore docenza	Importo	Totale
Spano	Corrado	08/05/1965	Cagliari	SPNCRD65E08B354A	12	25,82	309,84
						Totale	309,84