

Deliberazione 624adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 7 APR. 2016**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Scintigrafia Miocardica: caratteristiche e limiti".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 illustrare caratteristiche indagine miocardio-scintigrafica e sue limitazioni in cardiologia;**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: "Scintigrafia Miocardica: caratteristiche e limiti" 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: "Scintigrafia Miocardica: caratteristiche e limiti", 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 Commissario Straordinario  
Dott.ssa Graziella Pintus

**RICHIESTA:**

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

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

SCINTIGRAFIA MIOCARDICA: CARATTERISTICHE E LIMITI

**STRUTTURA PROPONENTE**

S.C. MEDICINA NUCLEARE

**OBIETTIVI**

ILLUSTRARE CARATTERISTICHE INDAGINE MIOCARDIO-SCINTIGRAFICA E SUE LIMITAZIONI IN  
CARDIOLOGIA

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

Caratteristiche generali. Definizione, uso, indicazioni, radiofarmaci utilizzati, elaborazione imaging,  
interpretazione immagini, radioprotezionistica.

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

Competenze sulle modalità di esecuzione in medicina nucleare in materia di imaging cardiologico GATED-  
SPECT.

**B) Acquisizione competenze di processo:**

Apprendimento indicazioni all'esecuzione indagine miocardioscintigrafica in ambito clinico e tecnico

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Incremento di appropriatezza indagine miocardioscintigrafica e delle tecniche di esecuzione elaborazione ed  
interpretazione.



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 \_\_\_ Aula S.C. Medicina Nucleare.

**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.



Azienda Ospedaliera Brotzu

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	11	02.12.2015	03.12.2015
2	11	09.12.2015	10.12.2015

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 Trasfusionale</i>  | <i>n.</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>   | <i>n.</i> _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>  | <i>n.</i> 6     |
| <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> _____ |
| <br>  |                 |
| <input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i>                                      | <i>n.</i> _____ |



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)**

  BIOLOGI  \_\_\_\_\_

n. 3

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA**

**Infermiere** n. 3

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 Perfusione Cardiovascolare n. \_\_\_\_\_

Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico n. \_\_\_\_\_

Tecnico Sanitario di Radiologia Medica n. 7

Tecnico Audiometrista n. \_\_\_\_\_

Tecnico Audioprotesista n. \_\_\_\_\_

Tecnico di Neurofisiopatologia n. \_\_\_\_\_

Tecnico Ortopedico n. \_\_\_\_\_

**TUTTE LE PROFESSIONI** n.   19



Azienda Ospedaliera Brotzu

**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 X

**MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.**  
(Barrare le caselle d'interesse)

- Fotocopie di testi
  - X 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

X 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	€ 25.82X 12 ORE
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
<b>Totale</b>	<b>€ 310</b>

**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 Paolo Francesco Cognome Chapelle  
 Qualifica Dirigente Medico  
 Struttura S.C. Medicina Nucleare AOB  
 Telefono 070/539571 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax 070/539235 email paolofrancescochapelle@aob.it

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome Pisu Cognome Nicola  
 Telefono 070/539235 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax 070/541513 email nicolapisu@aob.it  
 Curriculum allegato

Nome Santagata Cognome Francesca  
 Telefono 070/539223 Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax 070/541513 email franscescasantagata@aob.it  
 Curriculum vedi allegato

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
 Curriculum \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_



Azienda Ospedaliera Brotzu

Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Condividere con il personale della S.C. Medicina Nucleare i criteri inerenti l'esecuzione dell'imaging cardiologico medico-nucleare

**B) Motivazione della scelta economica:**

I docenti sono dipendenti della AOB e pertanto la spesa è minima in quanto i compensi sono quelli previsti dal CCNL

**C) Motivazione della scelta dei docenti:**

Docenti di provata competenza nella materia per cui avranno modo di illustrare e condividere l'esperienza clinica con i discenti

**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: CAGLIARI

Data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Nome e cognome (in stampatello)  
Commissario Straordinario

Il COMMISSARIO STRAORDINARIO  
AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU  
Dott.ssa Graziella Pintus  
GRAZIELLA PINTUS

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

GIORGIO MELIS  
S.C. MEDICINA NUCLEARE

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

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

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
S.C. di RADIOLOGIA  
Direttore: Dott. Grazia Bitti

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

Marinella Spissu

**NOTE:**



PFA: SCINTIGRAFIA MIOCARDICA : CARATTERISTICHE E LIMITI  
EDIZIONE 1 02-03/12/2015  
EDIZIONE 2 09-10/12/2015

**Programma didattico dettagliato**

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
<b>Giornata 1</b>						
Dettaglio 1	15:00	15:45	Imaging Cardiologico: caratteristiche	RTP	PISU	SANTAGATA
Dettaglio 2	15:45	16:30	Traccianti e metodiche di esecuzione	RTP	PISU	SANTAGATA
Dettaglio 3	16:30	17:15	Indicazioni, limiti , radioprotezione	RTP	PISU	SANTAGATA
Dettaglio 4	17.15	18:00	Discussione	CD	PISU	SANTAGATA
<b>Giornata 2</b>						
Dettaglio 1	15:00	15:30	Gated-SPECT: definizione e caratteristiche	RTP	PISU	SANTAGATA
Dettaglio 2	15:30	16:00	Traccianti. Impiego e funzioni	RTP	PISU	SANTAGATA
Dettaglio 3	16:00	16:30	Ruolo GATED-SPECT nell'IMA	RTP	PISU	SANTAGATA
Dettaglio 4	16:30	17:00	Interpretazione imaging	RTP	PISU	SANTAGATA
Dettaglio 5	17:00	17:30	Discussione Finale	CD	PISU	SANTAGATA
Dettaglio 6	17:30	18:00	Conclusione Lavori/Verifica finale apprendimento	RTP	PISU	SANTAGATA

	METODI DIDATTICI	ORE	MIN
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	4	45
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	1	15
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI		
LG	PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI 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 ATTIVITA' PRATICHE O TECNICHE		
RP	ROLE-PLAYING		

**ELENCO DOCENTI INTERNI**  
**Corso ECM: "Scintigrafia Miocardica: caratteristiche e limiti" anno 2015**

Cognome	Nome	Data Nascita	Luogo di Nascita	C. F.	N° Ore docenza	Importo	Totale
Pisu	Nicola	13/09/1972	Iglesias	PSINCL72P13E281M	12	25,82	309,84
<b>Totale</b>							<b>309,84</b>