

Deliberazione 625adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 7 APR. 2016**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Innovazione e prospettive in diagnostica medico-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 daDirettore 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, condividere e discutere le innovazioni in diagnostica medico-nucleare con particolare riferimento all'imaging PET-TC con traccianti non FDG;**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: "Innovazione e prospettive in diagnostica medico-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: "Innovazione e prospettive in diagnostica medico-nucleare", rivolto ai Medici, Tecnici di Laboratorio, Tecnici di Radiologia, Biologi e Infermieri della S.C. di Medicina Nucleare, per 22 partecipanti.

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**  
*Innovazione e prospettive in diagnostica medico-nucleare*

**STRUTTURA PROPONENTE**  
*S.C. Medicina Nucleare*

**OBIETTIVI**  
*Illustrare, condividere e discutere le innovazioni in diagnostica medico-nucleare con particolare riferimento all'imaging PET-TC con traccianti non FDG*

**CONTENUTI**  
*Apparecchiature innovative in medicina nucleare convenzionale e in PET-TC; radiofarmaci innovativi in diagnostica PET-TC in particolare in campo oncologico, nonché di interesse cardiologico e neurologico*

**A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**  
*Competenze su caratteristiche e vantaggi dell'imaging SPECT-TC e dei tomografi PET-TC di nuova generazione e su applicazioni e prospettive degli studi PET-TC con radiofarmaci innovativi non FDG*

**B) Acquisizione competenze di processo:**  
*Miglioramento delle conoscenze di indicazioni, esecuzione ed interpretazione degli studi di diagnostica medico-nucleare, segnatamente in ambito di metodiche innovative PET-TC con traccianti non FDG*

**C) Acquisizione competenze di sistema:**  
*Gestione tecnico-organizzativa e interpretativa e focalizzazione su valore aggiunto, attuale ruolo e potenzialità degli studi di imaging molecolare, segnatamente PET-TC con traccianti non FDG, ai fini dell'incremento di appropriatezza e qualità in medicina nucleare con particolare attenzione, in prospettiva futura, alle metodiche di recente introduzione e in espansione*



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)
- X 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 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
  - X 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	10	24.11.2015	26.11.2015
2	10	30.11.2015	01.12.2015

**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. \_\_\_\_\_
- Neonatalogia** n. \_\_\_\_\_
- Neurologia** n. \_\_\_\_\_
- Neuropsichiatria Infantile** n. \_\_\_\_\_
- Oncologia** n. \_\_\_\_\_



Azienda Ospedaliera Brotzu

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>   | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>   | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i>   | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>   | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>   | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i>   | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>   | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina TrASFusionale</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>   | n. _____    |
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>  | n. <u>6</u> |
| <input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>   | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>   | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>   | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )</i> | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>                                       | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>                                      | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i>                      | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta )</i>  | n. _____    |
| <input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>  | n. _____    |
| <br>  |             |
| <input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i>                                      | 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)**
- \_\_\_\_\_ **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 Perfusionazione 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. \_\_\_\_\_



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 x 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
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
<b>Totale</b>	<b>€ 309,84</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 Giorgio Cognome Melis  
 Qualifica Dirigente Medico, Direttore S.C.  
 Struttura S.C. Medicina Nucleare – Centro PET  
 Telefono 070539234 Cellulare 3450251135  
 Fax 070539234 email giorgiomelis@aob.it

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome Francesca Cognome Santagata  
 Telefono 070539223 Cellulare 3487265576  
 Fax 070541513 email francescasantagata@aob.it  
 Curriculum \_\_\_\_\_

Nome Nicola Cognome Pisu  
 Telefono 070539223 Cellulare 3402661964  
 Fax 070541513 email nicolapisu@aob.it  
 Curriculum \_\_\_\_\_

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

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea Corrias

Tel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTTU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391



Azienda Ospedaliera Brotzu

**Condividere con il personale della S.C. Medicina Nucleare novità ed aggiornamenti in ambito di imaging molecolare, segnatamente nell'ambito PET-TC, in maggior espansione**

**B) Motivazione della scelta economica:**

**I docenti sono figure interne all'Azienda Ospedaliera Brotzu.**

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

**Esperienza pluriennale in diagnostica PET-TC.**

**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):** 05.11.2015

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Direttore Generale**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Direttore Generale**

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

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

**Nome e Cognome (In stampatello)**

Responsabile Ufficio Formazione

**Timbro e firma (leggibile)**

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
UFFICIO FORMAZIONE  
*[Firma]*

**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;



PFA: "Innovazione e prospettive in diagnostica medico-nucleare"

1° Edizione 24 - 26.11.2015

2° Edizione 30.11.2015 - 01.12.2015

**Programma didattico dettagliato**

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
	////	////	////////////////////////////////////	////////	////////	
<b>Sessione 1</b>					////	
Dettaglio 1	15:00	15:30	Innovazione tecnologica in medicina nucleare convenzionale: SPECT-TC	RTP	Santagata	Pisu
Dettaglio 2	15:30	16:00	Innovazione tecnologica nell'imaging PET-TC: i tomografi di nuova generazione	RTP	Santagata	Pisu
Dettaglio 3	16:00	17:00	Traccianti non FDG di interesse oncologico: 11C-Colina	RTP	Santagata	Pisu
Dettaglio 4	17:00	17:30	Traccianti non FDG di interesse oncologico: 11C-Metionina, 18F-ET	RTP	Santagata	Pisu
Dettaglio 5	17:30	18:00	Discussione	CD	Santagata	Pisu
<b>Sessione 2</b>						
Dettaglio 1	15:00	16:30	Ulteriori principali traccianti non FDG di interesse prevalentemente oncologico	RTP	Santagata	Pisu
Dettaglio 2	16:30	17:00	Principali traccianti non FDG di interesse cardiologico e neurologico	RTP	Santagata	Pisu
Dettaglio 3	17:00	17:30	Discussione finale	CD	Santagata	Pisu
Dettaglio 4	17:30	18:00	Conclusione lavori e verifica finale di apprendimento	RTP	Santagata	Pisu

**ELENCO DOCENTI INTERNI**  
**Corso ECM: "Innovazione e prospettive in diagnostica medico-nucleare" anno 2015**

Cognome	Nome	Data Nascita	Luogo di Nascita	C. F.	N° Ore docenza	Importo	Totale
Santagata	Francesca	01/06/1975	Potenza	SNTFNC75H41G942P	12	25,82	309,84
<b>Totale</b>							<b>309,84</b>