

Deliberazione 626adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 7 APR. 2016**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Potenzialità, Gestione e Risorse della MOC".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 migliorare sia la qualità lavorativa sia l'aspetto delle procedure da seguire per l'esecuzione della (MOC), mineralometria ossea computerizzata;**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: "Potenzialità, Gestione e Risorse della MOC", 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: "Potenzialità, Gestione e Risorse della MOC", 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 € 619,68 (seicentodiciannove euro e 68 centesimi) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi del Dipartimento 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 € 619,68.

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

Potenzialità, Gestione e Risorse della MOC

STRUTTURA PROPONENTE

Medicina Nucleare

OBIETTIVI

Lo scopo del progetto formativo è di migliorare sia la qualità lavorativa sia l'aspetto delle procedure da seguire per l'esecuzione della mineralometria ossea computerizzata (MOC).

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Fornire a tutti gli operatori sanitari della struttura uno strumento procedurale con l'attivazione del Questionario, Report, Schede e procedure standard.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

*Semplificazione delle procedure operative standard
Gestione delle schede e dei report
Potenzialità dell'apparecchiatura MOC*

B) Acquisizione competenze di processo:

Acquisire le procedure idonee da applicare in caso di esami eseguiti con protesi o con l'indicazione di Frax.

C) Acquisizione competenze di sistema:

Acquisire il sistema procedurale per migliorare tutte le attività inerenti i specifici processi richiesti durante l'esecuzione dell'esame 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	10-12/11/2015	2015
2	11	16/20/11/2015	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. 6</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> |
|
 | |
| <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. _____

X Laureati non medici (specificare) BIOLOGI

- _____ n. 3
- _____ n. _____
- _____ n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- X 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 Perfusionamento Cardiovascolare* n. _____
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n. _____
- X Tecnico Sanitario di Radiologia Medica** n. 6
- 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

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	€ 25,82 X 24 ORE
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 620,00

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 Fanny Cognome Putzu
 Telefono 070539235 Cellulare _____
 Fax _____ email fannyputzu@aob.it
 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 incerti

B) Motivazione della scelta economica:

Docenti interni 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. Il docente Putzu Fanny è il tecnico con più esperienza nell'esecuzione dell'esame MOC.

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):** 24.09.2015

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)

Azienda Ospedaliera G. BROTZU
CAGLIARI
S.C. MEDICINA NUCLEARE
Dott. Giorgio Melis
IL DIRETTORE
Dr. GIORGIO MELIS

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

Dott. Pierpaolo Bacchiddu

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
DIPARTIMENTO DI RADIOLOGIA PER IMMAGINI
Direttore: Dott. Pierpaolo Bacchiddu

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

Dott. Andrea Corrias

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU
UFFICIO FORMAZIONE

NOTE:



PFA: "Potenzialità, Gestione e Risorse della MOC"

Edizione 1 10-12/11/2015

Edizione 2 16-20/11/2015

AOB – Aula Interna alla Struttura di Medicina Nucleare

Programma didattico dettagliato

Sessione 1 pomeriggio	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	15:00	15:45	Mineralometria Ossea Computerizzata (MOC)	RTP	SPANO C. PUTZU F.	Sanna D.
Dettaglio 2	15:45	16:30	Potenzialità	RTP	SPANO C. PUTZU F.	Sanna D.
Dettaglio 3	16:30	17:15	Gestione e Risorse	RTP	SPANO C. PUTZU F.	Sanna D.
Dettaglio 4	17:15	18:00	Discussione	CD	SPANO C. PUTZU F.	Sanna D.
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	15:00	15:30	Compilazione schede	RTP	SPANO C. PUTZU F.	Sanna D.
Dettaglio 2	15:30	16:00	Progetto di statistica FRAX	RTP	SPANO C. PUTZU F.	Sanna D.
Dettaglio 3	16:00	16:30	Compilazione report FRAX	RTP	SPANO C. PUTZU F.	Sanna D.
Dettaglio 4	16:30	17:00	Procedura esami con protesi	RTP	SPANO C. PUTZU F.	Sanna D.
Dettaglio 5	17:00	17:30	Discussione finale	CD	SPANO C. PUTZU F.	Sanna D.
Dettaglio 6	17:30	18:00	Conclusione dei lavori e verifica finale	RTP	SPANO C. PUTZU F.	Sanna D.

	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 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		

ELENCO DOCENTI INTERNI
Corso ECM: "Potenzialità, Gestione e Risorse della MOC" anno 2015

Cognome	Nome	Data Nascita	Luogo di Nascita	C. F.	N° Ore docenza	Importo	Totale
Putzu	Fanny	20/08/1959	Cagliari	PTZFNYS9M60B354H	12	25,82	309,84
Spano	Corrado	08/05/1965	Cagliari	SPNCRD65E08B354A	12	25,82	309,84
Totale							619,68