

Deliberazione 140adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 26 GEN. 2017**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Metodiche Medico-Nucleari nella Stadiazione del Tumore Mammario: Aspetti Tecnici".Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 27 GEN. 2017 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.*Il Direttore Amministrativo*

IL DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

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 aggiornare il personale sulle tecniche di preparazione e di esecuzione di indagini medico-nucleari, nella valutazione delle neoplasie mammarie modalità di preparazione dei radiofarmaci ed esecuzione degli esami scintigrafici;**Considerato altresì che** il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2016 approvato con Deliberazione n° 2252 del 16.12.2015;**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 24 partecipanti, in 3 edizioni è stata svolta da docenti interni fuori dall'orario di servizio;**Verificato** il progetto formativo: "Metodiche Medico-Nucleari nella Stadiazione del Tumore Mammario" 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: "Metodiche Medico-Nucleari nella Stadiazione del Tumore Mammario", rivolto ai Medici, Tecnici di Laboratorio, Tecnici di Radiologia, Biologi e Infermieri della S.C. di Medicina Nucleare, per 24 partecipanti.

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

Determinare che la spesa complessiva è di € 1.065,07 (millesessantacinque euro e 07 centesimi) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi del Dipartimento di Diagnostica Immagini per l'aggiornamento professionale anno 2016.

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 € 1.065,07.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

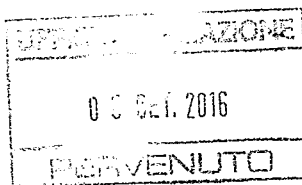
IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas



Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

METODICHE MEDICO-NUCLEARI NELLA STADIAZIONE DEL TUMORE MAMMARIO: ASPETTI TECNICI

STRUTTURA PROPONENTE

S.C. MEDICINA NUCLEARE

OBIETTIVI

AGGIORNAMENTO SULLE TECNICHE DI PREPARAZIONE E DI ESECUZIONE DI INDAGINI MEDICO-NUCLEARI NELLA VALUTAZIONE DELLE NEOPLASIE MAMMARIE

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

MODALITA' DI PREPARAZIONE DEI RADIOFARMACI, CQ ED ESECUZIONE DEGLI ESAMI SCINTIGRAFICI.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

ACQUISIZIONE DELLE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI RELATIVE ALLE METODICHE MEDICO NUCLEARI NELL'ITER DIAGNOSTICO DELLA NEOPLASIA MAMMARIA

B) Acquisizione competenze di processo:

ACQUISIZIONE DELLE COMPETENZE RELATIVE ALL'UTILIZZO DEGLI ASPETTI TECNICI DELLE INDAGINI MEDICO-NUCLEARI NELLA STADIAZIONE DEL TUMORE MAMMARIO

C) Acquisizione competenze di sistema:

APPRENDIMENTO DELLE TECNICHE INERENTI LE INDAGINI MEDICO-NUCLEARI RELATIVE ALLA STADIAZIONE DELLE PATOLOGIE NEOPLASTICHE MAMMARIE CON APPROFONDIMENTO DEI CRITERI DI PREPARAZIONE CONTROLLO ED ESECUZIONE DELLE INDAGINI E VALUTAZIONE DI EVENTUALI CRITICITA'



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	8	08.11.2016	10.11.2016
2	8	14.11.2016	17.11.2016
3	8	28.11.2016	30.11.2016

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

- Farmacista** n. _____
- Ospedaliera** n. _____
- Farmacia Territoriale** n. _____

- Medico chirurgo** n. 5
- 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> 5
<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. _____
- Laureati non medici (specificare)*
- _BIOLOGI_____ n. 3
- _____ n. _____
- _____ n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- Infermiere* n. 7
- 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 Perfusioni Cardiovascolare* n. _____
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n. 1
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n. 8
- Tecnico Audiometrista* n. _____
- Tecnico Audioprotesista* n. _____
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. _____
- Tecnico Ortopedico* n. _____

TUTTE LE PROFESSIONI

n. 24

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE



Azienda Ospedaliera Brotzu

(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 21

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 X 46 ORE 30 MIN
Pernottamento	€--
Pasti	€--
Spese di viaggio	€--
Altro:	--
1. materiale didattico	€--
2. costo accreditamento	€--
Totale	€1200,63

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 Nicola Cognome Pisu
 Qualifica Dirigente Medico
 Struttura S.C. Medicina Nucleare AOB
 Telefono 070/539571 Cellulare _____
 Fax 070/539235 email nicolapisu@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Claudia Cognome Gallus
 Telefono 070/539235 Cellulare _____
 Fax 070/539235 email claudiagallus@aob.it
 Curriculum allegato

Nome Marco Cognome Lussu
 Telefono 070/539235 Cellulare _____
 Fax 070/539235 email marcolussu@aob.it
 Curriculum Allegato

Nome Simona Cognome Mulas
 Telefono 070/539235 Cellulare _____
 Fax 070/539235 Email simonamulas@aob.it
 Curriculum allegato



Azienda Ospedaliera Brotzu

A) Motivazione della scelta scientifica:

APPROFONDIMENTO DELLE CONOSCENZE TECNICHE SULLE METODICHE MEDICO-NUCLEARI INERENTI LA STADIAZIONE DEL TUMORE MAMMARIO

B) Motivazione della scelta economica:

I DOCENTI SONO FIGURE INTERNE OPERANTI ALL'INTERNO DELL'AZIENDA

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I DOCENTI ILLUSTRERANNO TECNICHE DI PREPARAZIONE ED ESECUZIONE DELLE METODICHE APPROFONDENDONE GLI ASPETTI INERENTI ALLE DIVERSE COMPETENZE PROFESSIONALI

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: CAGLIARIData (gg/mm/aaaa): 05/09/2016

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

DR. SSA GRAZIELLA PINTUS
Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. 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
SERVIZIO MEDICINA NUCLEARE

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

DR. SSA MARIA 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)

DR. ANDREA CORRIAS

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
UFFICIO FORMAZIONE



PFA: METODICHE MEDICO-NUCLEARE NELLA STADIAZIONE DEL TUMORE MAMMARIO:
ASPETTI TECNICI

EDIZIONE 1 08-10/11/2016

EDIZIONE 2 14-17/11/2016

EDIZIONE 3 28-30/11/2016

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente
08-14-28/11/2016					
Dettaglio 1	15:00	16:00	Aspetti tecnici delle metodiche impiegate: introduzione	RTP	MULAS GALLUS
Dettaglio 2	16:00	17:15	Radiofarmaci impiegati	RTP	MULAS LUSSU
Dettaglio 3	17:15	18:00	Controllo di qualità dei radiofarmaci	RTP	LUSSU GALLUS
Dettaglio 4	18:00	18:30	Discussione	CD	MULAS, GALLUS, LUSSU
10-17-30/11/2016					
Dettaglio 1	15:00	15:45	La Roll	RTP	MULAS LUSSU
Dettaglio 2	15:45	16:45	Processo di Imaging	RTP	GALLUS LUSSU
Dettaglio 3	16:45	17:30	Criteri di elaborazione delle immagini	RTP	MULAS GALLUS
Dettaglio 4	17:30	18:00	Discussione Finale	CD	MULAS, GALLUS, LUSSU
Dettaglio 5	18:00	18:30	Conclusione dei lavori e verifica finale	RTP	MULAS, GALLUS, LUSSU

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	6	
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	1	
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: "METODICHE MEDICO-NUCLEARI NELLA STADIAZIONE DEL TUMORE MAMMARIO: ASPETTI TECNICI".
 anno 2016**

Cognome	Nome	Data Nascita	Luogo di Nascita	C. F.	N° Ore docenza	Importo	Totale
Gallus	Claudia	04/01/1981	Cagliari	GLLCLD81A44B354R	15	25,82	387,30
Lussu	Marco	24/03/1983	San Gavino Monreale	LSSMRC83C24H856K	15,45	25,82	406,66
Mulas	Simona	15/11/1975	Cagliari	MLSSMN75S55B354I	10,30	25,82	271,11
Totale						€	1.065,07