

Deliberazione 142adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 26 GEN. 2017**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "SPECT Cerebrale con Recettore Presinaptico Dopaminergico (Datscan) nei disordini del movimento".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 sull'utilizzo della metodica Spect cerebrale nei disordini di movimento con particolare riferimento alle indicazioni di esecuzione ed alle tecniche di preparazione e somministrazione del radiofarmaco, alle modalità di esecuzione tecnica dell'indagine ed ai criteri di elaborazione e di refertazione;**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 18 partecipanti, in 3 edizioni è stata svolta da docenti interni fuori dall'orario di servizio;**Verificato** il progetto formativo: "SPECT Cerebrale con Recettore Presinaptico Dopaminergico (Datscan) nei disordini del movimento" 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: "SPECT Cerebrale con Recettore Presinaptico Dopaminergico (Datscan) nei disordini del movimento", rivolto ai Medici, Tecnici di Laboratorio, Tecnici di Radiologia, Biologi e Infermieri della S.C. di Medicina Nucleare, per 18 partecipanti.

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

Determinare che la spesa complessiva è di € 987,60 (novecentoottantasette euro e 60 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 € 987,60.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott.ssa Laura Balata

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Vinicio Atzeni

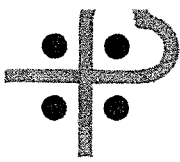
**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione  
Resp. Dott. A. Corrias  
Ass.te Amm.vo A. Mulas

**ELENCO DOCENTI INTERNI**  
**Corso ECM: "SPECT CEREBRALE CON RECEPTORE PRESINAPTICO DOPAMINERGICO (DATSCAN) NEI DISORDINI DEL MOVIMENTO". anno 2016**

Cognome	Nome	Data Nascita	Luogo di Nascita	C. F.	N° Ore docenza	Importo	Totale
Gallus	Claudia	04/01/1981	Cagliari	GLLCLD81A44B354R	12,45	25,82	329,20
Lussu	Marco	24/03/1983	San Gavino Monreale	LSSMRC83C24H856K	12,45	25,82	329,20
Pisu	Nicola	13/09/1972	Iglesias	PSINCL72P13E281M	12,45	25,82	329,20
<b>Totale</b>						<b>€</b>	<b>987,60</b>



Al Sig. Direttore Generale

## **RICHIESTA:**

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

### **TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

*SPECT CEREBRALE CON RECETTORE PRESINAPTICO DOPAMINERGICO (DATSCAN) NEI DISORDINI DEL MOVIMENTO,*

### **STRUTTURA PROPONENTE**

*S.C. MEDICINA NUCLEARE*

### **OBIETTIVI**

*AGGIORNAMENTO SULL'UTILIZZO DELLA METODICA SPECT CEREBRALE NEI DISORDINI DI MOVIMENTO*

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

*AGGIORNAMENTO SULL'UTILIZZO DELLA METODICA SPECT CEREBRALE NEI DISORDINI DI MOVIMENTO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE INDICAZIONI DI ESECUZIONE ED ALLE TECNICHE DI PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEL RADIOFARMACO, ALLE MODALITÀ DI ESECUZIONE TECNICA DELL'INDAGINE ED AI CRITERI DI ELABORAZIONE E DI REFERTAZIONE*

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

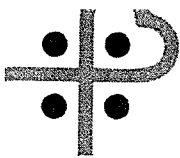
*ACQUISIZIONE DELLE COMPETENZE RELATIVE ALL'UTILIZZO DELLA METODICA SPECT CEREBRALE NEI DISORDINI DI MOVIMENTO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE INDICAZIONI DI ESECUZIONE ED ALLE TECNICHE DI PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEL RADIOFARMACO, ALLE MODALITÀ DI ESECUZIONE TECNICA DELL'INDAGINE ED AI CRITERI DI ELABORAZIONE E DI REFERTAZIONE*

#### **B) Acquisizione competenze di processo:**

*ACQUISIZIONE DELLE COMPETENZE RELATIVE ALL'UTILIZZO DELLA METODICA SPECT CEREBRALE NEI DISORDINI DI MOVIMENTO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE INDICAZIONI DI ESECUZIONE ED ALLE TECNICHE DI PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEL RADIOFARMACO, ALLE MODALITÀ DI ESECUZIONE TECNICA DELL'INDAGINE ED AI CRITERI DI ELABORAZIONE E DI REFERTAZIONE*

#### **C) Acquisizione competenze di sistema:**

*APPRENDIMENTO DELLE TECNICHE DI UTILIZZO DELLA METODICA SPECT CEREBRALE NEI DISORDINI DI MOVIMENTO SUE INDICAZIONI, CRITERI TECNICI DI ESECUZIONE E DI INTERPRETAZIONE DELLE IMMAGINI*



AO Brotzu

TIPOLOGIA DI EVENTO:



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

#### 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 S.C. MEDICINA NUCLEARE P.O. SAN MICHELE

#### 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 \_\_\_\_\_
- 

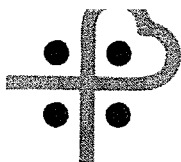
#### EDIZIONI E DATE

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.



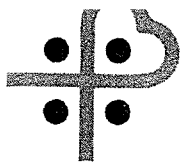
Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	6	04/10/2016	06/10/2016
2	6	18/10/2016	20/10/2016
3	5	25/10/2016	27/10/2016

**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. \_\_\_\_\_

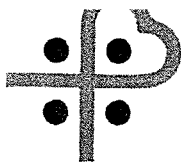


AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

<input type="checkbox"/> Pediatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Psichiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Radioterapia	n. _____
<input type="checkbox"/> Reumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Cardiochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare	n. _____
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Oftalmologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Urologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	n. _____
<input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione	n. _____
<input type="checkbox"/> Biochimica Clinica	n. _____
<input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica	n. _____
<input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Legale	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> Medicina Nucleare	n. 4
<input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neuroradiologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )	n. _____
<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica	n. _____
<input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	n. _____
<input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (Medici di Famiglia)	n. _____
<input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale	n. _____
<input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di libera scelta )	n. _____
<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica	n. _____
<input type="checkbox"/> Direzione medica di presidio ospedaliero	n. _____



**AO Brotzu**



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

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

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

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

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

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

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

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

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

n. 3

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

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

Organizzazione dei servizi sanitari di base

Audiologia e Foniatria

Psicoterapia

Privo di Specializzazione

**Odontoiatra**

**Psicologo – Psicoterapeuta**

Psicoterapia

Psicologia

**Laureati non medici (specificare)**

biologi

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

Infermiere

n. 3

Infermiere pediatrico

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

Ostetrica/o

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

**PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE**

Assistente Sanitario

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. 1

Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

n. 6

Tecnico Audiometrista

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

Tecnico Audioprotesista

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

Tecnico di Neurofisiopatologia

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

Tecnico Ortopedico

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

Dietista

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

Igienista Dentale

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

**TUTTE LE PROFESSIONI**

n. 17

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**

(indicare esterni)

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

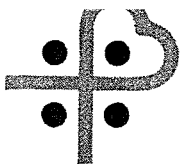
Strutture private

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 21.00



AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

## 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

## VOCI DI SPESA

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	€ 25,82 X51
Pernottamento	€ -
Pasti	€ -
Spese di viaggio	€ -
Altro:	
1. materiale didattico	€ -
2. costo accreditamento	€ -
<b>Totale</b>	<b>€ 1.316,82</b>

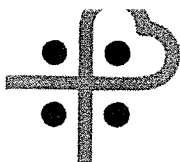
## FONTI DI FINANZIAMENTO

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

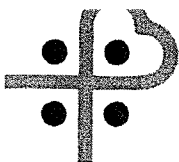
**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	<u>Pisu</u>	Cognome	<u>Nicola</u>
Telefono	<u>070/539235</u>	Cellulare	
Fax	<u>070/541513</u>	email	<u>nicolapisu@aob.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

Nome	<u>Santagata</u>	Cognome	<u>Francesca</u>
Telefono	<u>070/539223</u>	Cellulare	
Fax	<u>070/541513</u>	email	<u>franscescasantagata@aob.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

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

Nome	<u>Marco</u>	Cognome	<u>Lussu</u>
Telefono	<u>070/539235</u>	Cellulare	
Fax	<u>070/539235</u>	email	<u>marcolussu@aob.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

APPROFONDIMENTO DELLE CONOSCENZE SULLA METODICA SPECT CON TRACCIANTE  
RECETTORIALE NELLA VALUTAZIONE DEI DISORDINI DI MOVIMENTO

**B) Motivazione della scelta economica:**

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

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

I DOCENTI ILLUSTRERANNO SIA LA PARTE CLINICA E LE TECNICHE DI ESECUZIONE E DI  
ELABORAZIONE DELLE IMMAGINI DELLA METODICA 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  
S.C. MEDICINA NUCLEARE  
IL DIRETTORE  
D. GIORGIO MELIS

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"

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

UFFICIO FORMAZIONE

DR. ANDREA CORRIAS

Nome e Cognome (In stampatello)

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)



**PFA: "SPECT CEREBRALE CON RECETTORE PRESINAPTICO DOPAMINERGICO  
(DATSCAN) NEI DISORDINI DEL MOVIMENTO"**

EDIZIONE 1 04-06/10/2016

EDIZIONE 2 18-20/10/2016

EDIZIONE 3 25-27/10/2016

**Programma didattico dettagliato**

04-18-25/10/2016	Inizio	Fine	1° giornata	Metodologia	Docente
Dettaglio 1	15:00	16:30	Introduzione cenni storici, clinici e fisiopatologici	RTP	PISU SANTAGATA
Dettaglio 2	16:30	18:00	Radiofarmaci impiegati: caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche Tecniche di esecuzione della SPECT	RTP	GALLUS LUSSU
Dettaglio 3	18:00	18:30	Discussione	CD	PISU, SANTAGATA, GALLUS, LUSSU
<b>06-20-27/10/2016</b>					
			2° giornata		
Dettaglio 1	15:00	16:15	Problematiche inerenti l'esecuzione della SPECT	RTP	GALLUS LUSSU
Dettaglio 2	16:15	17:30	Criteri di elaborazione e refertazione delle immagini	RTP	PISU SANTAGATA
Dettaglio 3	17:30	18:00	Discussione Finale	CD	PISU, SANTAGATA, GALLUS, LUSSU
Dettaglio 4	18:00	18:30	Conclusioni dei lavori e verifica finale	RTP	PISU, SANTAGATA, 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		