AO Brotzu

Deliberazione 898

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data - 3 MAG. 2017

OGGETTO: Autorizzazione EFR ECM: "L'Ecografia nel paziente Pediatrico". Spesa complessiva € 310,00.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal - 4 MAG. 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 Radiologia vuole attivare il suddetto corso al fine di arricchire le conoscenze ecografiche del personale sanitario che operano in campo pediatrico;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2017 approvato con Deliberazione n° 2324 del 14.12.2016;

Ritenuto che l'attività formativa è rivolta a Medici, Infermieri, Infermieri Pediatrici e TSLB sia dell'Azienda Brotzu che esterni per un totale 65 partecipanti, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori orario di servizio. La quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 50,00 (cinquanta euro) più IVA per i Medici, € 30,00 (trenta euro) più IVA per i Medici Specializzandi;

Valutato l'evento formativo: L'Ecografia nel paziente Pediatrico" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonchè del Direttore Sanitario;

%

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

AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 898 del - 3 MAG. 2017

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare l'EFR ECM: "L'Ecografia nel paziente Pediatrico", rivolto a Medici, Infermieri, Infermieri Pediatrici e TSLB sia dell'Azienda Brotzu che esterni per un totale 65 partecipanti.

2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

3. Determinare che la spesa complessiva è di € 310,00 (trecentodieci euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2017.

4. Disporre in € 50,00 (cinquanta euro) più IVA i costi di iscrizione addebitabili a ciascun Medico, € 30,00 (trenta euro) più IVA per i Medici Specializzandi. Il pagamento della quota di iscrizione è da versare interamente all'atto dell'iscrizione.

5. Autorizzare il Sevizio del Personale al pagamento dei docenti interni

6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 310,00.

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 *x*
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE □

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO
L'Ecografia nel paziente Pediatrico

STRUTTURA PROPONENTE
S.C. Radiologia

OBIETTIVI
Arricchire le conoscenze ecografiche dei medici che operano nel campo pediatrico

CONTENUTI *(indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)*
Applicazione degli U.S. nelle patologie pediatriche

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
I partecipanti, acquisiranno competenze tecnico-professionali necessarie alla gestione del paziente pediatrico

B) Acquisizione competenze di processo:
I partecipanti, acquisiranno competenze di processo necessarie all'utilizzo degli U.S. nella gestione del paziente pediatrico

C) Acquisizione competenze di sistema:

I partecipanti, acquisiranno competenze di sistema necessarie all'utilizzo degli U.S. nella gestione del paziente pediatrico

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 ***X*** *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)*

X *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*

X *VIDEOPROIETTORE*

☐ *ALTRO DA SPECIFICARE*

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI *NO* ☐***X***

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	*65*	*10 giugno 2017*	*10 giugno 2017*

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

□ ***Farmacista*** *n.____*
□ *Ospedaliera* *n. ____*
□ *Farmacia Territoriale* *n. ____*

x Medico chirurgo ***n.60***
□ *Angiologia* *n. ____*
x□ *Cardiologia* *n. 4*
□ *Dermatologia e Venereologia* *n. ____*
□ *Ematologia* *n. ____*
□ *Endocrinologia* *n. ____*
x *Gastroenterologia* *n. 2*
□ *Genetica Medica* *n. ____*
□ *Geriatria* *n. ____*
□ *Malattie Metaboliche e Diabetologia* *n. ____*
□ *Malattie dell' Apparato Respiratorio* *n. ____*
□ *Malattie Infettive* *n. ____*
x□ *Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza* *n. 4*
□ *Medicina Fisica e Riabilitazione* *n. ____*
x *Medicina Interna* *n. 2*
□ *Medicina Termale* *n. ____*
□ *Medicina Aeronautica e Spaziale* *n. ____*
□ *Medicina dello Sport* *n. ____*
□ *Nefrologia* *n. ____*
x□ *Neonatologia* *n. 4*
□ *Neurologia* *n. ____*
□ *Neuropsichiatria Infantile* *n. ____*
□ *Oncologia* *n. ____*

x *Pediatria*	*n. 4*
□ *Psichiatria*	*n.* _____
□ *Radioterapia*	*n.* _____
□ *Reumatologia*	*n.* _____
□ *Cardiochirurgia*	*n.* _____
□ *Chirurgia Generale*	*n.* _____
□ *Chirurgia Maxillo - Facciale*	*n.* _____
x *Chirurgia Pediatrica*	*n. 4*
□ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*	*n.* _____
x□ *Chirurgia Toracica*	*n.2*
□ *Chirurgia Vascolare*	*n.* _____
□ *Ginecologia e Ostetricia*	*n.* _____
□ *Neurochirurgia*	*n.* _____
□ *Oftalmologia*	*n.* _____
□ *Ortopedia e Traumatologia*	*n.* _____
□ *Otorinolaringoiatria*	*n.* _____
x□ *Urologia*	*n. 4*
□ *Anatomia Patologica*	*n.* _____
□ *Anestesia e Rianimazione*	*n.* _____
□ *Biochimica Clinica*	*n.* _____
□ *Farmacologia e Tossicologia Clinica*	*n.* _____
□ *Laboratorio di Genetica Medica*	*n.* _____
□ *Medicina Trasfusionale*	*n.* _____
□ *Medicina Legale*	*n.* _____
□ *Medicina Nucleare*	*n.* _____
□ *Microbiologia e Virologia*	*n.* _____
□ *Neurofisiopatologia*	*n.*_____
□ *Neuroradiologia*	*n.* _____
□ *Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)*	*n.* _____
X *Radiodiagnostica*	*n. 14*
□ *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*	*n.* _____
□ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione*	*n.* _____
□ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro*	*n.* _____
Medicina Generale (Medici di Famiglia)	*n.*
x *Continuità Assistenziale*	*n. 2*
x *Pediatria (Pediatri di libera scelta)*	*n. 2*
□ *Scienza dell'alimentazione e dietetica*	*n.* _____

□ *Direzione medica di presidio ospedaliero*	*n.*____

□ *Organizzazione dei servizi sanitari di base* *n.____*
□ *Audiologia e Foniatria* *n.____*
□ *Psicoterapia* *n.____*
x□ *Privo di Specializzazione* *n.4*

□ ***Odontoiatra*** *n. ____*

□ ***Psicologo – Psicoterapeuta*** *n.____*
□ *Psicoterapia* *n. ____*
□ *Psicologia* *n.____*

□ ***Laureati non medici (specificare)*** *n. ____*

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA
x□ *Infermiere* *n. 3*
x□ *Infermiere pediatrico* *n. 2*
□ *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._____*
□ *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.____*
x□ *Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* *n.8*
□ *Tecnico Audiometrista* *n.____*
□ *Tecnico Audioprotesista* *n.____*
□ *Tecnico di Neurofisiopatologia* *n.____*
□ *Tecnico Ortopedico* *n.____*
□ *Dietista* *n_____*
□ *Igienista Dentale* *n._____*

TUTTE LE PROFESSIONI *n.____*

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

x Azienda G. Brotzu

x□ *Strutture private*
x *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 8:15***

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI ***x*** *NO* □

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

x *Fotocopie di testi*
x□ *Slides*
□ *Testi/libri*
□ *Riviste*
x□ *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*

VOCI DI SPESA

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

Docenza	*€ 25, 82/ORA PER EDIZIONE*
Pernottamento	*€*
Pasti	*€*
Spese di viaggio	*€*
Altro:	
1. materiale didattico	*€*
2. costo accreditamento	*€*
Totale	*€ 310*

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento:		*€1300*
Quote di iscrizione:30	*20 Medici*	*€50*
	10 specializzandi	*€30*

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	*Stefano*	*Cognome*	*Puddu*
Qualifica	*Dirigente Medico*		
Struttura	*Radiodiagnostica*		
Telefono	*070/539583*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*takaste@tiscali.it*

***DOCENTI** (dati dei docenti)*

Nome	*Stefano*	*Cognome*	*Puddu*
Telefono	*070/539583*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*takaste@tiscali.it*
Curriculum	*x*		

Nome	*Danilo*	*Cognome*	*Sirigu*
Telefono	*070539583*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*danilosirigu@aob.it*
Curriculum	*x*		

Nome	*Luigia*	*Cognome*	*Loi*
Telefono	*70539583*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*luigialoi@aob.it*
Curriculum	*x*		

Nome	Roberto	Cognome	Tumbarello
Telefono		Cellulare	3687354038
Fax		email	robertotumbarello@aob.it
Curriculum	x		
Nome	Assunta	Cognome	Merola
Telefono	070531940	Cellulare	
Fax	070539434	email	assunta.merola@aob.it
Curriculum	x		
Nome	Monica	Cognome	Urru
Telefono	070539434	Cellulare	
Fax		email	Monica.urru@aob.it
Curriculum	x		
Nome	Maurizio	Cognome	Zanda
Telefono		Cellulare	3332385869
Fax	070539570	email	metastasio9@libero.it
Curriculum	x		mauriziozanda@aob.it
Nome	Cristiana	Cognome	Angioni
Telefono	070539782/691	Cellulare	
Fax		email	Cristianaangioni@aob.it
Curriculum	x		
Nome	Olivia	Cognome	Olivo
Telefono	070539583	Cellulare	
Fax		email	oliviaolivo@aob.it
Curriculum			
Nome	Giuseppe	Cognome	Masnata
Telefono		Cellulare	
Fax		email	giuseppemasnata@aob.it
Curriculum	x		
Nome	Valeria	Cognome	Manca
Telefono		Cellulare	3498159928
Fax		email	valeria.manca@gmail.com
Curriculum	x		
Nome	Alessandro	Cognome	Canetto
Telefono	070539701	Cellulare	
Fax	070539682	email	alessandro.canetto@aob.it
Curriculum	x		
Nome	Franco	Cognome	Caddeo
Telefono		Cellulare	33335454104
Fax		email	franco.caddeo@aob.it

AO Brotzu

Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Curriculum			
Nome	*Luigi*	*Cognome*	*Mascia*
Telefono	*070 539691*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*luigimascia@aob.it*
Curriculum	*x*		
Curriculum	*x*		

A)Motivazione della scelta scientifica:
Approfondimento della metodica ecografica con ottimizzazione della richiesta su specifiche indicazioni cliniche

B) Motivazione della scelta economica:
Docenza effettuata da personale dipendente, con netta riduzione dei costi
Docenza esterna degli specializzandi sarà a titolo gratuito.

C) Motivazione della scelta dei docenti:
Selezione accurata dei docenti sulla base della loro esperienza professionale

A) ***Docenti Interni:***
in orario di servizio X☐
fuori orario di servizio X ☐

B) ***Docenti Esterni:*** X☐

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):* *14/04/2017*

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

Nome e cognome *(in stampatello)*
Direttore Generale *Graziella Pintus*
Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Responsabile della struttura organizzativa, (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) *Grazia Bitti*
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Responsabile della struttura organizzativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore del Dipartimento *Grazia Bitti*

Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Direttore del Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

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

AO Brotzu - Cagliari
UFFICIO FORMAZIONE
Resp.: Dott. Andrea Corrias

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;***
3) ***CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);***
4) ***Programma ecm***

Allegare in formato cartaceo

1) ***Preventivi;***
2) ***CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale***

AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

Sistema Sanitario
Regione Sardegna

L'ecografia nel paziente pediatrico

10.06.2017

Aula Thun

Programma didattico dettagliato

	inizio	Fine		Metodologia	Docente	sostituto
	/////	/////		//////////	//////////	//////////
Sessione 1 mattina	8.30	13.30				
Dettaglio 1	8.30	9.00	Introduzione al corso	RTP	Stefano Puddu	Danilo Sirigu
Dettaglio 2	9.00	9.45	Cardiopatie pediatriche	RTP	Roberto Tumbarello	Assunta Merola
Dettaglio 3	9.45	10.30	Principali quadri ecografici	RTP	Monica Urru	Assunta Merola
Dettaglio 4	10.30	11.00	L'esperto risponde	CD	Roberto Tumbarello-Monica Urru	Assunta Merola
Dettaglio 5	11.00	11.15	PAUSA			
Dettaglio 6	11.15	12.00	Pneumopatie pediatriche	RTP	Maurizio Zanda	Cristiana Angioni
Dettaglio 7	12.00	12.45	Ecografia polmonare	RTP	Stefano Puddu	Olivia Olivo
Dettaglio 8	12.45	13.30	L'esperto risponde	CD	Puddu-Zanda	Olivia Olivo
Dettaglio 9	13.30	14.30	PRANZO			
Sessione 2 pomeriggio	14.30	19.00				
Dettaglio 1	14.30	15.00	Nefro-uropatie pediatriche	RTP	Giuseppe Masnata	Valeria Manca
Dettaglio 2	15.00	15.45	Principali quadri ecografici	RTP	Luigia Loi	Danilo Sirigu
Dettaglio 3	15.45	16.15	L'esperto risponde	CD	Luigia Loi-Giuseppe Masnata	Valeria Manca
Dettaglio 4	16.15	16.45	Urgenze chirurgiche addominali pediatriche	RTP	Luigi Mascia	F.Caddeo
Dettaglio 5	16.45	17.15	Urgenze pediatriche internistiche	RTP	Alessandro Canetto	Stefano Puddu
Dettaglio 6	17.15	18.00	Gli US in urgenza	RTP	Danilo Sirigu	Luigia Loi
Dettaglio 7	18.00	18.30	L'esperto risponde	CD	Canetto-Mascia-Sirigu	Loi-Sirigu
Dettaglio 8	18.30	19.00	Verifica di apprendimento	LM	Stefano Puddu	Danilo Sirigu

Azienda Ospedaliera Brotzu Piazzale A.Ricchi 1 09134 Cagliari P.IVA 02315520920 **Ufficio Formazione** Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. Tel.070.539947/899/439 Fax: 070.539752 E-mail: ufficioformazione@aob.it

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