

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 16 MAG. 2018

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Miglioramento delle competenze dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica (TSRM) in Medicina Nucleare". Spesa complessiva € 1.055,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 16 MAG. 2018 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 della SSD 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 del P. O. San Michele vuole attivato il suddetto corso al fine di creare omogeneità tra il personale delle Medicine Nucleari appartenenti all'AOB, per incentivare il miglioramento della qualità delle prestazioni tramite confronto diretto sulla formazione, diffusione della conoscenza e normative associate;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2018 approvato con Deliberazione n° 284 del 07.02.2018;

Ritenuto che l'attività formativa rivolta ai Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, dell'Azienda, per un totale 20 partecipanti suddivisi in 4 edizioni, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori dall'orario di servizio;

Valutato il progetto formativo: "Miglioramento delle competenze dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica (TSRM) in Medicina Nucleare" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

%

Segue Deliberazione n. 1051 del 16 MAG. 2018

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare il PFA ECM: "Applicazione ed integrazione comparata delle Norme di Buona Preparazione dei Radiofarmaci in Medicina Nucleare (NBP-MN)", rivolto ai Tecnici Sanitari di Radiologia Medica dell'Azienda, per un totale 20 partecipanti suddivisi in 4 edizioni.
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 € 1.055,00 (millecinquantacinque euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.
4. Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento dei docenti interni.
5. Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 1.055,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata



IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni



IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus





Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

Miglioramento delle competenze dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica (TSRM) in Medicina Nucleare

STRUTTURA PROPONENTE

SC. Medicina Nucleare P.O. San Michele

OBIETTIVI

Creare omogeneità tra il personale delle Medicine Nucleari per incentivare il miglioramento della qualità delle prestazioni tramite confronto diretto sulla formazione, diffusione della conoscenza e normative associate.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Confronto sulle Procedure di valorizzazione, piani formativi annuali, e formazione continua applicata al miglioramento del percorso assistenziale

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

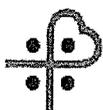
Integrare le conoscenze normative con gli obiettivi e le finalità programmate per la Struttura di Medicina Nucleare

B) Acquisizione competenze di processo:

Uniformare i livelli di conoscenza tra gli operatori coinvolti nei processi assistenziali e di imaging Nucleare

C) Acquisizione competenze di sistema:

Creare un'intesa sui programmi di formazione e continuo miglioramento della qualità operativa

**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 Medicina Nucleare 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

Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

AO Brotzu
Sede Ufficio Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it



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.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	5	12/06/18	12/06/18
2	5	14/06/18	14/06/18
3	5	19/06/18	19/06/18
4	5	21/06/18	21/06/18

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

Infermiere

n. _____

Infermiere pediatrico

n. _____

Ostetrica/o

n. _____

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare

n. _____

Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico

n. _____

Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

n. 20

Tecnico Audiometrista

n. _____

Tecnico Audioprotesista

n. _____

Tecnico di Neurofisiopatologia

n. _____

Tecnico Ortopedico

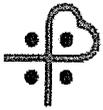
n. _____

Dietista

n. _____

Igienista Dentale

n. _____

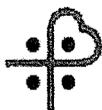
**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE***(indicare esterni)*

- 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 16**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.*

<i>Docenza</i>	€ 25,82 X 16 =413,12 € 40 X 16 =640,00
<i>Pernottamento</i>	€ x
<i>Pasti</i>	€ x
<i>Spese di viaggio</i>	€ x
<i>Altro:</i>	
1. <i>materiale didattico</i>	€ x
2. <i>costo accreditamento</i>	€ x
<i>Totale</i>	€ 1.055,00

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	<u>Maria Teresa</u>	Cognome	<u>Orrù</u>
Qualifica	<u>Coordinatore TSRM</u>		
Struttura	<u>Medicina Nucleare P.O. A. Businco e P.O. S. Michele</u>		
Telefono	<u>070.5296.5245/070.539.587</u>	Cellulare	<u>3896794215</u>
Fax	<u>070.5296.5274/070.539.235</u>	email	<u>mariat.orrù@aob.it</u>

**DOCENTI** (dati dei docenti)

Nome	<u>CORRADO</u>	Cognome	<u>SPANO</u>
Telefono	<u>070 539235</u>	Cellulare	<u></u>
Fax	<u></u>	email	<u>corradospano@aob.it</u>
Curriculum	<u>ALLEGATO</u>		
Nome	<u>MARCO</u>	Cognome	<u>LUSSU</u>
Telefono	<u></u>	Cellulare	<u>3492318195</u>
Fax	<u></u>	email	<u>marcolussu@outlook.it</u>
Curriculum	<u>ALLEGATO</u>		

A) Motivazione della scelta scientifica:

necessità di uniformare le competenze e la condivisione di obiettivi comuni ai fini di standardizzare i percorsi all'interno delle strutture dei due presidi.

B) Motivazione della scelta economica:

docenti interni: scelta in base alla retribuzione da CCNL

docenti esterni: scelta in base alla Del. GR n°32/79 del 24/07/2012

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I docenti sono TSRM con esperienza pluriennale sia operativa all'interno della SC: di Medicina Nucleare del P.O. San Michele, sia di formazione in materia in oggetto.

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): 07/03/18Nome e cognome (in stampatello)
Direttore Generale

Dr.ssa Graziella Pintus, OSPEDALIERA "G. BROTZU"

Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale
IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella PintusTimbro e Firma (leggibile)
Responsabile ScientificoDr.ssa Maria Teresa Orrù
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
CAGLIARI
S.C. MEDICINA NUCLEARE

IL COORDINATORE T.S.R.N.

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa,
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)Dr. Giorgio Melis
Direttore S.C. Medicina Nucleare

Timbro e Firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
CAGLIARI
S.C. MEDICINA NUCLEARE
IL DIRETTORE
Dr. GIORGIO MELIS

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL DIRETTORE SANITARIO

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

Dott. Vinicio Atzeni

Nome e Cognome (In stampatello)

Dr. Andrea Corrias

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

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



TITOLO

Miglioramento delle competenze dei Tecnici sanitari di Radiologia Medica (TSRM) in Medicina Nucleare
Aula : Medicina Nucleare
Edizione 1 12 Giugno 2018
Edizione 2 14 Giugno 2018
Edizione 3 19 Giugno 2018
Edizione 4 21 Giugno 2018

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1						
Dettaglio 1	14:45	16:00	Dibattito sugli obiettivi annuali della Struttura associata al Piano Formativo	CD	Lussu-Spano	
Dettaglio 2	16:00	17:00	Tavola rotonda sull'inserimento degli obiettivi di valorizzazione all'interno dell'operatività quotidiana	CD	Lussu-Spano	
Dettaglio 3	17:00	18:15	Valutazione delle normative in merito alla formazione e valorizzazione del personale	CD	Lussu-Spano	
Dettaglio 4	18:15	18:45	Conclusione dei lavori e verifica di apprendimento	RTP	Lussu-Spano	

Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
CAGLIARI
S.C. MEDICINA NUCLEARE
IL DIRETTORE
Dr. **GIORGIO MELIS**