

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 14 NOV. 2018

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "L'aggiornamento dei professionisti sanitari secondo il nuovo programma nazionale ECM". Spesa complessiva € 1.110,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 15 NOV. 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 vuole attivare il suddetto corso al fine di fornire ai partecipanti informazioni sulla governance del sistema ECM, sulle modalità di acquisizione dei crediti e della compilazione del Dossier Formativo;

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 al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 75 partecipanti suddivisi in 3 edizioni, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori dall'orario di servizio;

Rilevato altresì che l'attività di tutoraggio sarà svolta da Tutors interni come da elenco autorizzato nel progetto;

Valutato il progetto formativo: "L'aggiornamento dei professionisti sanitari secondo il nuovo programma nazionale ECM" 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. 2418 del 14 NOV. 2018

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il PFA ECM: "L'aggiornamento dei professionisti sanitari secondo il nuovo programma nazionale ECM", rivolto al personale dell'Azienda, per un totale 75 partecipanti suddivisi in 3 edizioni.
2. Di 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. Di confermare che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 75 partecipanti suddivisi in tre edizioni. Il tutoraggio sarà svolto da tutor interni come da elenco autorizzato nel progetto.
4. Di determinare che la spesa complessiva è di € 1.110,00 (millecentodieci euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.
5. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti e dei tutors interni.
6. di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 1.110,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

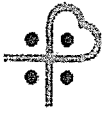


IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni



IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus





Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

- EVENTO FORMATIVO REGIONALE**
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE ✓

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO*L'aggiornamento dei professionisti sanitari secondo il nuovo programma nazionale ECM***STRUTTURA PROPONENTE***Medicina Nucleare***OBIETTIVI***Fornire ai partecipanti informazioni sulla governance del sistema ECM, sulle modalità di acquisizione dei crediti e della compilazione del Dossier Formativo.***CONTENUTI** (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)*Proposta di un nuovo modello di formazione/aggiornamento**Sintesi della normativa vigente**La certificazione**Le regole del triennio 2017-2019**Modalità di acquisizione crediti ECM**Il Dossier Formativo : cos'è e come si compila**Esercitazioni pratiche***A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:***Conoscenza dei principali articoli della normativa ai fini di adempiere in maniera corretta all'obbligo formativo del triennio 2017-2019.***B) Acquisizione competenze di processo:***Fornire conoscenze in merito alla procedura di compilazione del Dossier Formativo di gruppo.***C) Acquisizione competenze di sistema:***Assicurare che il processo ECM sia pianificato ed organizzato su tematiche coerenti con il proprio lavoro,*



profilo professionale e posizione organizzativa, contemperando i bisogni professionali del singolo con quelli generali dell'organizzazione e del sistema.

**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. _____ 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.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	25	21.11.2018	21.11.2018
2	25	23.11.2018	23.11.2018
3	25	10.12.2018	10.12.2018

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE**Farmacista**

Ospedaliera

n. _____

Farmacia Territoriale

n. _____

n. _____

Medico chirurgo

Angiologia

n.

n. _____

Cardiologia

n.

n. _____

Dermatologia e Venereologia

n.

n. _____

Ematologia

n.

n. _____

Endocrinologia

n.

n. _____

Gastroenterologia

n.

n. _____

Genetica Medica

n.

n. _____

Geriatria

n.

n. _____

Malattie Metaboliche e Diabetologia

n.

n. _____

Malattie dell' Apparatto Respiratorio

n.

n. _____

Malattie Infettive

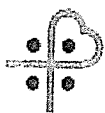
n.

n. _____

Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza

n.

n. _____



<input type="checkbox"/> <i>Medicina Fisica e Riabilitazione</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Termale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Aeronautica e Spaziale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina dello Sport</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Nefrologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Neonatologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Neurologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Neuropsichiatria Infantile</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i>	<i>n. _____</i>
<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"/> Laboratorio di Genetica Medica | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina TrASFusionale | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Legale | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | n. _____ |
| <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. _____ |
| <input type="checkbox"/> Organizzazione dei servizi sanitari di base | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Privo di Specializzazione | n. _____ |
| | |
| <input type="checkbox"/> Odontoiatra | n. _____ |
| | |
| <input type="checkbox"/> Psicologo – Psicoterapeuta | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicologia | n. _____ |
| | |
| <input type="checkbox"/> Laureati non medici (specificare) | |



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 7 a 14

Biologi _____

n. ____

n. ____

n. ____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA Infermiere

n.

 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. ____

 Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro

n. ____

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare

n. ____

 Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico

n. ____

 Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

n.

 Tecnico Audiometrista

n. ____

 Tecnico Audioprotesista

n. ____

 Tecnico di Neurofisiopatologia

n. ____

 Tecnico Ortopedico

n. ____

 Dietista

n. ____

 Igienista Dentale

n. ____

 TUTTE LE PROFESSIONI

n. 75

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

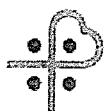
- ASSL n.
- Strutture private
- Altri enti o amministrazioni pubbliche

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 8.15***PROGRAMMA***Si allega file del programma del corso: SI 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 interna	€ 645 (25 H DOCENZA X 25,82€)
Tutoraggio didattico	€ 465 (9H TUTORAGGIO DIDATTICO X 2X25,82 €)
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 1110

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>Michele</u>	Cognome	<u>Boero</u>
Qualifica	<u>Dirigente Medico I livello</u>		
Struttura	<u>Medicina Nucleare</u>		
Telefono	<u>070 539 587</u>	Cellulare	<u>333 1609024</u>
Fax		email	<u>micboero@gmail.com</u>

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	<u>Michele</u>	Cognome	<u>Boero</u>
Telefono	<u>070 539 235</u>	Cellulare	<u>333 1609024</u>
Fax	<u>070 539 234</u>	email	<u>michele.boero@aob.it</u>
Curriculum	<u></u>		

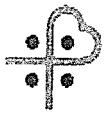
Nome	<u>Pierpaolo</u>	Cognome	<u>Pateri</u>
Telefono	<u>0709384344</u>	Cellulare	<u></u>
Fax	<u></u>	email	<u>ppateri@aslsanluri.it</u>
Curriculum	<u></u>		

TUTOR DIDATTICI

Nome	<u>Sandra</u>	cognome	<u>Bargone</u>
Telefono	<u>07052965575</u>	Cellulare	<u>3397808244</u>
Fax	<u></u>	email	<u>sandrabargone@tiscali.it</u>
Curriculum	<u>si</u>		

Nome	<u>Maria Carmina</u>	cognome	<u>Campus</u>
Telefono	<u>07052965575</u>	Cellulare	<u>3281770082</u>
Fax	<u></u>	email	<u>mariacarminacompus@aob.it</u>
Curriculum	<u>si</u>		

Nome	<u>Alba</u>	cognome	<u>Piras</u>
Telefono	<u>07052965578</u>	Cellulare	<u>3394011095</u>



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 11 a 14

Fax	_____	email	_____
Curriculum	<u>Si</u>		<u>Alba.piras@aob.it</u>
Nome	<u>Concetta</u>	cognome	<u>Toscano</u>
Telefono	<u>07052965578</u>	Cellulare	_____
Fax	_____	email	<u>Concetta.toscano@aob.it</u>
Curriculum	<u>si</u>		_____

A) Motivazione della scelta scientifica:

Si tratta di argomenti inerenti ai temi della formazione e dell'aggiornamento, ritenuti strategici nell'ambito della programmazione aziendale. Il corso sarà indirizzato prevalentemente ai futuri referenti della formazione dell' Azienda Ospedaliera Brotzu. La partecipazione dei referenti della formazione rientra nel piu' generale progetto di realizzazione di una rete di referenti in grado di rispondere e intercettare i fabbisogni formativi: il dossier formativo rientra tra gli strumenti di programmazione del proprio fabbisogno formativo.

B) Motivazione della scelta economica:

Il Docente esterno presterà la propria docenza a titolo gratuito. Il compenso dei docenti e dei tutors didattici è conforme a quanto previsto dai CCNLL.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Il docente esterno risulta esperto qualificato rispetto agli argomenti oggetto del corso in quanto è membro del direttivo Cogeaps e dell'Agenas. Il docente Interno e i tutors didattici sono individuati per le competenze specifiche in materia di Dossier Formativo e normativa ECM.

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):** 11/08/2018

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

Dott.ssa Graziella Pintus

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL DIRETTORE GENERALE

Timbro e Firma (leggibile)

Responsabile Scientifico

Dott.ssa Graziella Pintus

AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE
S.C. MEDICINA NUCLEARE

IL DIRIGENTE MEDICO

Dr. Michele Boero

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa,

(Struttura Complessa, Struttura Semplice

Dipartimentale)

Dott. Paolo Francesco Chapelle

Timbro e Firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa

(Struttura Complessa, Struttura Semplice

Dipartimentale)

AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE

S.C. MEDICINA NUCLEARE

IL DIRIGENTE MEDICO

Dr. Paolo F. Chapelle

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

Dottor Roberto Ganga

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO-INTERNISTICO

Direttore: Dott. Roberto Ganga

Nome e Cognome (In stampatello)

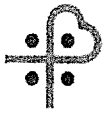
Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

AO Brotzu - Cagliari

SSD FORMAZIONE

Resp.: Dott. Andrea Corrias



PFA: "L'AGGIORNAMENTO DEI PROFESSIONISTI SANITARI SECONDO IL NUOVO PROGRAMMA NAZIONALE ECM"

1° Edizione 21/11 /2018

2° Edizione 23/11/2018

3° Edizione 10/12/2018

Aula Sala Convegni Businco

Programma didattico dettagliato

Sessione 1 Mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	08:45	09:00	Presentazione del corso contenuti e obiettivi	RTP	M. Boero	P. Pateri
Dettaglio 2	09:00	09:45	Il modello formativo nelle professioni sanitarie del terzo millennio	RTP	P. Pateri	M. Boero
Dettaglio 3	09:30	10:15	Ruolo del COGEAPS	RTP	P. Pateri	M. Boero
Dettaglio 4	10:15	10:45	La normativa vigente	RTP	M. Boero	P. Pateri
Dettaglio 5	10:45	11:30	Discussione	CD	Tutti i docenti	
Dettaglio 6	11:30	12:15	L'offerta formativa e le regole del triennio 2017-2019	RTP	M. Boero	P. Pateri
Dettaglio 7	12:15	13:00	Il Dossier Formativo	RTP	M. Boero	P. Pateri
Dettaglio 8	13:00	13:30	Discussione	CD	Tutti i docenti	
	13:30	14:15	Pausa pranzo			
Sessione 2 Pomeriggio						
Dettaglio 1	14:15	16:15	Esercitazione sulla compilazione del Dossier Formativo	ED	M. Boero S. Bargone M. C. Campus	P. Pateri A. Piras C. Toscano
Dettaglio 2	16.15	17.15	Discussione	CD	M. Boero S. Bargone M.C. Campus	P. Pateri A. Piras C. Toscano
Dettaglio 2	17:15	17:45	Conclusione lavori e valutazione apprendimento	RTP	M. Boero	P. Pateri

