AO Brotzu

Deliberazione 154

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 23 GEN. 2019

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Ruolo della PET/CT nella pianificazione del trattamento radioterapico". Spesa complessiva € 800,00.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 24 GEN. 2019 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. Medicina Nucleare del P.O. Businco ha attivato il suddetto corso al fine di acquisire competenze specialistiche mediante la conoscenza delle più recenti metodiche radioterapiche, anche non disponibili, al momento, in questa Azienda Ospedaliera, in relazione al ruolo della PET/CT e dell'Imaging nella gestione del paziente oncologico;

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 di 50 partecipanti, è stata svolta sia da docenti interni che da docenti esterni.

Valutato il progetto formativo: "Ruolo della PET/CT nella pianificazione del trattamento radioterapico", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

SSD Formazione
Dir. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

%

AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 154 del 23 GEN. 2019

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Ruolo della PET/CT nella pianificazione del trattamento radioterapico ", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale di 50 partecipanti.

2. Di confermare che l'attività formativa è stata svolta sia da docenti esterni che da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

3. Di determinare che la spesa complessiva pari a di € 800,00 (ottocento euro), per le spese di vitto, viaggio e pernottamento dei docenti esterni graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.

4. Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

5. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 800,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

SSD Formazione
Dir. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE □

PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE x

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

RUOLO DELLA PET/CT NELLA PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO RADIOTERAPICO

STRUTTURA PROPONENTE

S.C. MEDICINA NUCLEARE – P.O. "A. BUSINCO"- A.O. BROTZU- CAGLIARI

OBIETTIVI

ACQUISIZIONE DI COMPETENZE IN AMBITO TERAPEUTICO/DIAGNOSTICO

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

DEFINIZIONE DEL RUOLO DELLA PET/CT IN RELAZIONE AL TRATTAMENTO RADIOTERAPICO ED INTEGRAZIONE DELLE METODICHE DI IMAGING NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

SVILUPPO DI CONOSCENZE RELATIVE AGLI ASPETTI TECNICO-PRATICI DELLA GESTIONE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

B) Acquisizione competenze di processo:

SVILUPPO DI PROCEDURE ATTE A MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA E LA SICUREZZA DELL'IMAGING PET/CT IN RELAZIONE ALLA RADIOTERAPIA

C) Acquisizione competenze di sistema:

DEFINIZIONE DELLE INTERRELAZIONI ESISTENTI TRA PROCESSI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E TERAPIA RADIANTE

TIPOLOGIA DI EVENTO:

A) FORMAZIONE RESIDENZIALE

X *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 X *NO* ☐

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.
Se si, indicare l'ubicazione
Struttura SALA CONVEGNI P.O. "A. BUSINCO"

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*

X *Sala conferenza per n .50 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)*
	50	*15/12/18*	*15/12/18*

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.* _____
- □ *Geriatria* *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.* _____
- X *Oncologia* *n.*

□ *Pediatria*	*n.* _____
□ *Psichiatria*	*n.* _____
X *Radioterapia*	*n.*
□ *Reumatologia*	*n.* _____
□ *Cardiochirurgia*	*n.* _____
□ *Chirurgia Generale*	*n.* _____
□ *Chirurgia Maxillo - Facciale*	*n.* _____
□ *Chirurgia Pediatrica*	*n.* _____
□ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*	*n.* _____
□ *Chirurgia Toracica*	*n.* _____
□ *Chirurgia Vascolare*	*n.* _____
□ *Ginecologia e Ostetricia*	*n.* _____
□ *Neurochirurgia*	*n.* _____
□ *Oftalmologia*	*n.* _____
□ *Ortopedia e Traumatologia*	*n.* _____
□ *Otorinolaringoiatria*	*n.* _____
□ *Urologia*	*n.* _____
□ *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.* _____
X *Medicina Nucleare*	*n.*
□ *Microbiologia e Virologia*	*n.* _____
□ *Neurofisiopatologia*	*n.*_____
□ *Neuroradiologia*	*n.* _____
□ *Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)*	*n.* _____
X *Radiodiagnostica*	*n.*
□ *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.* _____
□ *Continuità Assistenziale*	*n.* _____
□ *Pediatria (Pediatri di libera scelta)*	*n.* _____
□ *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.*____
□ *Privo di Specializzazione* *n.*____

□ *Odontoiatra* *n.* ____

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

X Laureati non medici (specificare)
FISICO SANITARIO X *n.*
BIOLOGO *n.*
_____ *n.* ____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA
X 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 Perfusione Cardiovascolare* *n.*____
□ *Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* *n.*____
X Tecnico Sanitario di Radiologia Medica *n.*
□ *Tecnico Audiometrista* *n.*____
□ *Tecnico Audioprotesista* *n.*____
□ *Tecnico di Neurofisiopatologia* *n.*____
□ *Tecnico Ortopedico* *n.*____
□ *Dietista* *n*____
□ *Igienista Dentale* *n.*____

OSS X *n.*____

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

X AO BROTZU
□ *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 OTTO (8)

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*

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	*€*
Pernottamento	*€ 200,00*
Pasti	*€ 100,00*
Spese di viaggio	*€ 500,00*
Altro:	
1. materiale didattico	*€*
2. costo accreditamento	*€*
Totale	*€ 800*

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	*MARIA NOVELLA*	*Cognome*	*GIANNONI*
Qualifica	*RESPONSABILE S.S.- SETTORE TERAPIA RADIOMETABOLICA*		
Struttura	*S.C. MEDICINA NUCLEARE P.O. "A. BUSINCO"*		
Telefono	*070 52965498*	*Cellulare*	
Fax	*070 52965274*	*email*	*marian.giannoni@aob.it*

Nome	*MARIA BARBARA*	*Cognome*	*STOCHINO*
Qualifica	*DIRIGENTE MEDICO*		
Struttura	*S.C. MEDICINA NUCLEARE P.O. "A. BUSINCO"*		
Telefono	*070 52965498*	*Cellulare*	
Fax	*070 52965274*	*email*	*mariab.stochino@aob.it*

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	MICHELE	Cognome	BOERO
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome	ANDREA	Cognome	LOI
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome	ANNIBALE	Cognome	VERSARI
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome	ELISA	Cognome	GRASSI
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome	ILENIA	Cognome	IAMUNDO DE CUMIS
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome	ELISABETTA	Cognome	ORANI
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome	PIETRO	Cognome	SULAS
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome	SARA	Cognome	SQUINTU
Telefono		Cellulare	

Fax _____ *email* _____
Curriculum _____

MARCO *POSSANZINI*
Nome _____ *Cognome* _____
Telefono _____ *Cellulare* _____
Fax _____ *email* _____
Curriculum _____

LUCIANA *TANCA*
Nome _____ *Cognome* _____
Telefono _____ *Cellulare* _____
Fax _____ *email* _____
Curriculum _____

FRANCESCA *NOTARI*
Nome _____ *Cognome* _____
Telefono _____ *Cellulare* _____
Fax _____ *email* _____
Curriculum _____

MASSIMO *GHIANI*
Nome _____ *Cognome* _____
Telefono _____ *Cellulare* _____
Fax _____ *email* _____
Curriculum _____

NICOLA *PISU*
Nome _____ *Cognome* _____
Telefono _____ *Cellulare* _____
Fax _____ *email* _____
Curriculum _____

SILVIA *ORRU'*
Nome _____ *Cognome* _____
Telefono _____ *Cellulare* _____
Fax _____ *email* _____
Curriculum _____

ALESSANDRA *BOI*
Nome _____ *Cognome* _____
Telefono _____ *Cellulare* _____
Fax _____ *email* _____
Curriculum _____

Nome	*MARIA BONARIA*	*Cognome*	*CORONA*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			

A)Motivazione della scelta scientifica:

Percorso formativo finalizzato alla acquisizione di competenze specialistiche mediante la conoscenza delle più recenti metodiche radioterapiche, anche non disponibili, al momento, in questa Azienda Ospedaliera, in relazione al ruolo della PET/CT e dell'Imaging nella gestione del paziente oncologico

B)Motivazione della scelta economica:

Il Corso, nelle intenzioni degli ideatori del progetto formativo, è propedeutico all'implementazione delle metodiche radioterapiche non presenti in questa Azienda Ospedaliera mediante l'integrazione delle tecniche di Imaging PET e radiologico.
Il ricorso a docenti esterni è dettato dalla necessità di figure di alto rilievo scientifico, note in ambito specialistico per competenza, esperienza e capacità didattiche, disposte ad offrire "pro bono" la trasmissione delle proprie conoscenze in materia, con l'unico aggravio economico costituito dalle spese di trasferta

---

C)Motivazione della scelta dei docenti:

Tutti i docenti del Corso, sia interni sia esterni a questa Azienda Ospedaliera, sono di alto profilo scientifico e comprovata capacità professionale

A)Docenti Interni:
in orario di servizio □
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: _____ ***Data*** *(gg/mm/aaaa)*: _____

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

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

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)

MICHELE BOERO

AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE
S.C. MEDICINA NUCLEARE
IL DIRIGENTE MEDICO
Dr. Michele Boero

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore del Dipartimento
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Direttore del Dipartimento

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

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***

PFA: "RUOLO DELLA PET/CT NELLA PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO RADIOTERAPICO"
15/12/2018
Aula Conferenze , P.O. "A. Businco"

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 mattina	**08.30**	**13.15**	**SESSIONE MATTUTINA**			
DETT 1	08.30	08.45	INTRODUZIONE AL CORSO	RTP	DOTT.SSA M.N. GIANNONI	DOTT.SSA M.B. STOCHINO
DETT 2	08.45	09.15	IL PERCORSO DEL PAZIENTE IN UN CENTRO PET	RTP	M.B. CORONA	DOTT.SSA M.B. STOCHINO
DETT 3	09.15	09.45	PET/CT: ASPETTI TECNICO-PRATICI	RTP	A.BOI	DOTT.SSA M.B. STOCHINO
DETT 4	09.45	10.30	IMAGING PET: TRACCIANTI E TOMOGRAFI PER IMAGING FUNZIONALE	RTP	DOTT.SSA E. GRASSI	DOTT.SSA M.B. STOCHINO
DETT 5	10.30	11.00	RADIOTERAPIA: STATO DELL'ARTE	RTP	DOTT.SSA I. IAMUNDO DE CUMIS	DOTT.SSA M.B. STOCHINO
DETT 6	11.00	11.30	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA: L'IMAGING RADIOLOGICO	RTP	DOTT.SSA E. ORANI	DOTT.SSA M.B. STOCHINO
DETT 7	11.30	12.45	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA: L'IMAGING MEDICO-NUCLEARE PET/CT	RTP	DOTT. A. VERSARI	DOTT.SSA M.B. STOCHINO
DETT 8	12.45	13.15	DIBATTITO	CD	DOTT. M. BOERO DOTT. A. LOI DOTT. S. ORRU' DOTT. P. SULAS	
	13.15	14.15	PAUSA PRANZO			
Sessione 2 pomeriggio	INIZIO 14.15	FINE 17.30	**SESSIONE POMERIDIANA**	Metodologia	Docente	Sostituto
DETT 1	14.15	15.00	CARCINOMA OVARICO	CD	DOTT.SSA S.ORRU DOTT.SSA L. TANCA DOTT. N. PISU, M. POSSANZINI	

DETT 2	15.00	15.45	CARCINOMA MAMMARIO	CD	DOTT.SSA S.ORRU DOTT.SSA F. NOTARI DOTT.SSA S.SQUINTU DOTT.SSA M. B. STOCHINO, E. ORANI	
DETT 3	15.45	16.30	CARCINOMA DEL DISTRETTO TESTA-COLLO	CD	DOTT.SSA S.ORRU DOTT. M. GHIANI DOTT. P. SULAS, I. IAMUNDO	
DETT 4	16.30	17.30	COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO E CHIUSURA DEI LAVORI	RTP	DOTT.SSA M.B. *STOCHINO*	*TUTTI I DOCENTI*