

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 18 OTT. 2017

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Scintigrafia ghiandole salivari: aspetti tecnici". Spesa complessiva € 826,24.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 19 OTT. 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 del P. O. San Michele ha attivato il suddetto corso al fine di implementare le metodiche e le tecniche di acquisizione nell'imaging della scintigrafia delle ghiandole salivari;
- 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 rivolta a Medici, Biologi, Infermieri, TSRM, TSLB dell'Azienda, per un totale 24 partecipanti suddivisi in 4 edizioni, è stata svolta da docenti interni fuori dall'orario di servizio;
- Valutato** il progetto formativo: "Scintigrafia ghiandole salivari: aspetti tecnici" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Verificato** che il Responsabile Scientifico, con nota Prot. N° 17/42 del 29.09.2017 allegata al presente atto, attesta che i docenti hanno regolarmente svolto le lezioni;
- Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

%

Segue Deliberazione n. 1981 del 18 OTT. 2017

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare il PFA ECM: "Scintigrafia ghiandole salivari: aspetti tecnici", rivolto a Medici, Biologi, Infermieri, TSRM, TSLB dell'Azienda, per un totale 24 partecipanti suddivisi in 4 edizioni.
2. Confermare che l'attività formativa è stata svolta da docenti docenti interni fuori dall'orario di servizio.
3. Determinare che la spesa complessiva è di € 826,24 (ottocentoventisei euro e 24 centesimi) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2017.
4. Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento dei docenti interni come da schema allegato.
5. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 826,24.

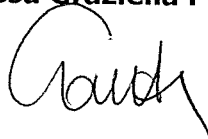
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

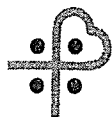


IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni



IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus





AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Dr. Giorgio Melis
tel. 070-539234
Responsabile Scientifico evento ECM

Prot n° 17/42

Cagliari 29/09/2017

c.a.

Ufficio Formazione (c/o P.O. Oncologico "Businco")

Responsabile Dr. Andrea Corrias
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari

Oggetto : Richiesta liquidazione compensi per l'evento ECM dal titolo: Scintigrafia Ghiandole salivari – Aspetti Tecnici.

Codice E.C.M. n° 1811 Edizioni 4

Si dichiara che il corso composto da 4 edizioni per un totale di 16 ore si è svolto regolarmente nelle giornate previste (14-03.2017 – 16.03.2017 – 28-03.2017 – 30.03.2017) con una partecipazione soddisfacente da parte di tutti gli iscritti (operatori sanitari operanti nei due presidi ospedalieri dell'azienda Brotzu nella Struttura Complessa di Medicina Nucleare), sia per il numero di presenze che per il tipo di coinvolgimento dimostrato.

Il metodo utilizzato dai docenti Dr. Marco Lussu e Dr. Corrado Spano (docenti interni dell'area di interesse del corso ECM) ha visto la partecipazione coinvolta di tutte le figure professionali presenti con approfondimento sia dei quesiti diagnostici sia approfondimenti legislativi inerenti il corso svolto.

Gli stessi discenti tramite l'analisi del questionario di gradimento dei docenti e gli argomenti trattati reputano il corso svolto dagli stessi efficace per la propria formazione continua.

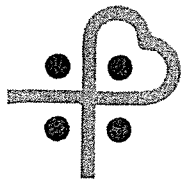
Analisi questionario di apprendimento : I partecipanti hanno risposto in base a conoscenze acquisite durante il corso, evidenziando apprendimenti decisamente omogenei con alta rilevanza delle risposte esatte.

Si ritiene pertanto che gli obiettivi preposti e gli argomenti trattati dal corso siano stati raggiunti in modo sufficientemente efficace e proficuo.

Detto ciò si chiede la liquidazione dei compensi previsti in €. 826,24 totali, come da approvazione del Piano Annuale della Formazione 2017, deliberazione n° 2324 del 14.12.2016

Cordiali saluti

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



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

SCINTIGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI : ASPETTI TECNICI

STRUTTURA PROPONENTE

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

OBIETTIVI

IMPLEMENTARE LE METODICHE E LE TECNICHE DI ACQUISIZIONE NELL'IMAGING DELLA SCINTIGRAFIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

PER QUANTO CONCERNE LA SCINTIGRAFIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI VERRANNO ILLUSTRATI: IL PERCORSO DEL PAZIENTE, NOTE DI RADIOFARMACIA, LA GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE E DEI PROTOCOLLI.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

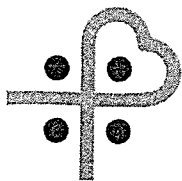
APPRENDIMENTO DI NOZIONI CONFORMI AI PROTOCOLLI NAZIONALI APPLICABILI NEL LAVORO QUOTIDIANO.

B) Acquisizione competenze di processo:

UNIFORMARE LE CONOSCENZE SULLE ATTIVITA' DEL PROCESSO DI IMAGING.

C) Acquisizione competenze di sistema:

ACQUISIRE PADRONANZA DELL'INTERO PRECORSO ASSISTENZIALE FINALIZZATO ALL'INCREMENTO DELLA QUALITA' DEL PRODOTTO OFFERTO.



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 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 _____

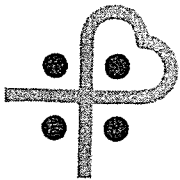
EDIZIONI E DATE

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.



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	6	14/03/17	14/03/17
2	6	16/03/17	16/03/17
3	6	28/03/17	28/03/17
4	6	30/03/17	30/03/17

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

- Medico chirurgo
- Medicina Nucleare

n. 5

- Laureati non medici (specificare)
Biologi _____

n. 1

n. _____

n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- Infermiere

n. 3

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

n. 01

n. 15

TUTTE LE PROFESSIONI

n. 24

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE (indicare esterni)

- ASL n. _____
- Strutture private
- Altri enti o amministrazioni pubbliche

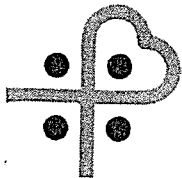
DURATA E ARTICOLAZIONE

(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 16:00

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI X NO



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

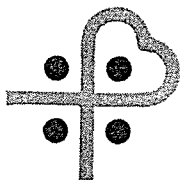
MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.
(Barrare le caselle d'interesse)

- 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



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

VOCI DI SPESA

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

Docenza	€ 25,82 X 32 ORE
Pernottamento	€-
Pasti	€-
Spese di viaggio	€-
Altro:	
1. materiale didattico	€-
2. costo accreditamento	€-
Totale	€826.24

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.

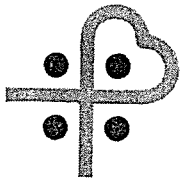
Nome MELIS Cognome GIORGIO
 Qualifica DIR. MEDICO
 Struttura MEDICINA NUCLEARE P.O. SAN MICHELE
 Telefono _____ Cellulare _____
 Fax _____ email giorgiomelis@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome MARCO Cognome LUSSU
 Telefono _____ Cellulare 3492318195
 Fax _____ email marcolussu@aob.it
 Curriculum ALLEGATO

Nome CORRADO Cognome SPANO
 Telefono _____ Cellulare 3492566587
 Fax _____ email corradospano@aob.it
 Curriculum ALLEGATO

Nome _____ Cognome _____
 Telefono _____ Cellulare _____
 Fax _____ email _____
 Curriculum _____



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

A) Motivazione della scelta scientifica:

NECESSITA' DI TRATTARE IL PROCESSO DI INFORMATIZZAZIONE E LA GESTIONE DI APPARECCHIATURE DI IMAGING.

B) Motivazione della scelta economica:

I DOCENTI E I LOCALI SONO INTERNI ALL'AZIENDA OSPEDALIERA.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I DOCENTI HANNO MOSTRATO INTERESSE E CAPACITA' NELL'INSERIMENTO DEI VARI APPLICATIVI ALL'INTERNO DELLE ATTIVITA' DEL PROCESSO ASSISTENZIALE E PADRONANZA NELLA GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE VOLTE ALL'IMAGING DIAGNOSTICO.

A) Docenti Interni:

in orario di servizio

fuori orario di servizio

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): 03/02/2017

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

DR. SSA GRAZIELLA PINTUS

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

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa,
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)

DR. GIORGIO MELIS

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
Timbro e Firma (leggibile)
Il Direttore del Dipartimento

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

Nome e Cognome (In stampatello)
Responsabile Ufficio Formazione

Andrea Corrias
DR. ANDREA CORRIAS

Timbro e firma (leggibile)

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

PFA: SCINTIGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI: ASPETTI TECNICI

 EDIZIONE 1 14/03/2017
 EDIZIONE 2 16/03/2017
 EDIZIONE 3 28/03/2017
 EDIZIONE 4 30/03/2017

Programma didattico dettagliato

Sessione 1	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	14:45	16:00	Percorso del paziente nella scintigrafia delle ghiandole salivari	RTP	Spano Corrado Lussu Marco	
Dettaglio 2	16:00	17:00	Marcatura e Controllo di Qualità del radiofarmaco	RTP	Spano Corrado Lussu Marco	
Dettaglio 3	17:00	17:45	Gestione delle apparecchiature	RTP	Spano Corrado Lussu Marco	
Dettaglio 4	17:45	18:15	Discussione Finale	CD	Spano Corrado Lussu Marco	
Dettaglio 5	18:15	18:45	Conclusione dei lavori e verifica finale	RTP	Spano Corrado Lussu Marco	

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	3	30
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")		30
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		

ELENCO DOCENTI INTERNI
Corso ECM: "SCINTIGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI : ASPETTI TECNICI". anno 2017

Cognome	Nome	Data Nascita	Luogo di Nascita	C. F.	N° Ore docenza	Importo	Totale
Lussu	Marco	24/03/1983	San Gavino Monreale	LSSMRC83C24H856K	16	25,82	413,12
Spano	Corrado	08/05/1965	Cagliari	SPNCRD65E08B354A	16	25,82	413,12
Totale						€	826,24

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