



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 18 APR. 2018

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione EFR ECM: "D.Lgv 187/2000 - Protezione sanitaria delle persone contro pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse a esposizioni mediche - Radioprotezione del paziente – Medicina Nucleare". Spesa complessiva € 7.500,00. CIG Z1F233C38D

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 19 APR. 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 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 Struttura di Medicina Nucleare vuole attivare il suddetto corso al fine di portare a conoscenza gli operatori che svolgono continuativamente la loro attività in ambienti in cui si effettuano procedure diagnostiche o di terapia con radiazioni ionizzanti, degli aspetti legislativi e operativi richiesti dalla legislazione vigente (D. Lgs. 187/2000);

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

**Dato atto** che l'attività formativa prevista nel PAF 2018 era rivolta al personale sanitario dell'Azienda, e che a seguito di comunicazione RAS Prot. n. 20019 e dei successivi Tavoli Tecnici l'AOB è stata identificata quale Azienda capofila per l'accreditamento e per la realizzazione del corso a carattere interaziendale rivolto al personale che presta servizio nelle Strutture di Medicina Nucleare delle Aziende Sanitarie regionali;

%



Segue Deliberazione n. 859 del 18 APR. 2018

- Rilevato** che l'attività formativa è rivolta ai Medici di Medicina Nucleare, Fisici Sanitari, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e Infermieri delle Strutture di Medicina Nucleare sia dell'Azienda che esterni per un totale di 100 partecipanti suddivisi in quattro edizioni sarà svolta da docenti esterni come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Verificato** l'evento formativo: "D.Lgv 187/2000 - Protezione sanitaria delle persone contro pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse a esposizioni mediche - Radioprotezione del paziente - 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;

### DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare l'EFR ECM: "D.Lgv 187/2000 - Protezione sanitaria delle persone contro pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse a esposizioni mediche - Radioprotezione del paziente - Medicina Nucleare", rivolto ai Medici di Medicina Nucleare, Fisici Sanitari, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e Infermieri delle Strutture di Medicina Nucleare sia dell'Azienda che esterni per un totale di 100 partecipanti suddivisi in quattro edizioni.
2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta da docenti esterni, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
3. Determinare che la spesa complessiva di € 7.500,00 (settemillacinquecento euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.
4. Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
5. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 7.500,00.

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** **PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE** **TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

*D.Lgv 187/2000 - Protezione sanitaria delle persone contro pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse a esposizioni mediche- Radioprotezione del paziente – Medicina Nucleare*

**STRUTTURA PROPONENTE**

*S. C. Medicina Nucleare*

**OBIETTIVI**

*Portare a conoscenza gli operatori che svolgono continuamente la loro attività in ambienti in cui si effettuano procedure diagnostiche o di terapia con radiazioni ionizzanti, degli aspetti legislativi e operativi richiesti dalla normativa in vigore. Gli operatori dovranno conoscere i principi base della normativa, apprendere le indicazioni provenienti dalle linee guida europee e da quanto previsto dai manuali di garanzia della qualità sui comportamenti e le procedure da mettere in atto per la giustificazione e l'ottimizzazione della dose al paziente.*

**CONTENUTI** (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

*Sintesi del DL 187/2000 e della documentazione scientifica attinente.*

*Figure professionali previste e loro compiti.*

*Principio di giustificazione*

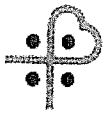
*Principio di ottimizzazione*

*Programmi di Garanzia della qualità e criticità insite nella sua gestione.*

*Pratiche speciali e LDR.*

*Ottimizzazione delle procedure finalizzata alla riduzione della dose al paziente nelle procedure di Medicina Nucleare.*

**OBIETTIVO FORMATIVO NAZIONALE DELL'EVENTO** "Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate"

**A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**

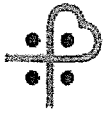
*Conoscenza dei meccanismi richiesti dalla normativa per implementare i principi di giustificazione e di ottimizzazione. Acquisire le conoscenze di base di dosimetria del paziente e dell'impatto delle diverse tecniche utilizzate.*

**B) Acquisizione competenze di processo:**

*Fornire conoscenze in merito alla procedura di giustificazione dell'esame effettuato con l'uso di radiazioni ionizzanti e di garantire una efficace ottimizzazione della dose al paziente. Analisi del percorso di qualità nel processo di ottimizzazione.*

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

*Approfondire gli aspetti clinici e tecnici nelle varie tipologie di esami tramite il confronto in diretta fra le diverse figure professionali e tra differenti specialisti. Introduzione del concetto di programma di garanzia della qualità atto a garantire il raggiungimento del miglior risultato diagnostico con il minimo impatto dosimetrico*

**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: 1-°2°3° edizione Azienda Ospedaliera G. Brotzu Cagliari  
4° Edizione Sassari Aula A Facoltà di Medicina e Chirurgia

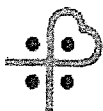
**SPAZI NECESSARI**

(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	10 maggio 2018	10 maggio 2018
2	25	11 maggio 2018	11 maggio 2018
3	25	5 ottobre 2018	5 ottobre 2018
4	25	6 ottobre 2018	6 ottobre 2018

**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. \_\_\_\_\_

**Geriatrics**

n. \_\_\_\_\_

**Malattie Metaboliche e Diabetologia**

n. \_\_\_\_\_

**Malattie dell' Apparato Respiratorio**

n. \_\_\_\_\_

**Malattie Infettive**

n. \_\_\_\_\_

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](mailto:ufficioformazione@aob.it)

AO Brotzu

Sede Ufficio Formazione

Corpo G 1° piano

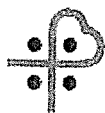
Via Edward Jenner

09121 Cagliari

[www.aob.it](http://www.aob.it)

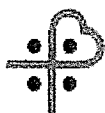


<input type="checkbox"/> <i>Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Fisica e Riabilitazione</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Termale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Aeronautica e Spaziale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina dello Sport</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Nefrologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neonatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neuropsichiatria Infantile</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>	n. _____



- |                                                                                                               |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>                                                            | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>                                           | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>                                                | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina TrASFusionale</i>                                                        | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>                                                               | n. _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>                                                  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>                                                     | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>                                                           | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>                                                               | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>                                                              | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>                                       | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>                                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i>                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i>                                        | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i>                                                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta )</i>                                        | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>                                        | n. _____ |
|                                                                                                               |          |
| <input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i>                                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i>                                   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i>                                                        | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i>                                                                  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Privo di Specializzazione</i>                                                     | n. _____ |
|                                                                                                               |          |
| <input type="checkbox"/> <i>Odontoiatra</i>                                                                   | n. _____ |
|                                                                                                               |          |
| <input type="checkbox"/> <i>Psicologo – Psicoterapeuta</i>                                                    | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i>                                                                  | n. _____ |



 **Laureati non medici (specificare)**

Fisica Sanitaria \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

Biologi \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

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

- ASSL n.  
 Strutture private  
 Altri enti o amministrazioni pubbliche
- Azienda Ospedaliera Universitaria Cagliari
  - Azienda Ospedaliera Universitaria Sassari

**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 7

**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**

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](mailto:ufficioformazione@aob.it)

AO Brotzu  
Sede Ufficio Formazione  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)

**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>	€
<i>Pernottamento</i>	€ 3.000
<i>Pasti</i>	€ 1.500
<i>Spese di viaggio</i>	€ 3.000
<i>Altro:</i>	
<i>1. materiale didattico</i>	€
<i>2. costo accreditamento</i>	€
<i>Totale</i>	€ 7.500

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

*Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.*

*Autofinanziamento:* \_\_\_\_\_ €

*Quote di iscrizione:* \_\_\_\_\_  
*Quota iscrizione gratuita vista l'obbligatorietà del corso*

**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	Paolo Francesco	Cognome	Chapelle
Qualifica	Dirigente Medico		
Struttura	Medicina Nucleare		
Telefono	070 539 235	Cellulare	
Fax		email	paolofrancescochapelle@aob.it

**DOCENTI (dati dei docenti)**

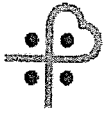
Nome	Angela	Cognome	Spanu
Telefono	079228208	Cellulare	
Fax		email	aspanu@uniss.it
Curriculum			

Nome	Susanna Maria Francesca	Cognome	Nuvoli
Telefono	079228496	Cellulare	
Fax		email	snuvoli@uniss.it
Curriculum			

Nome	Fernando Tonio	Cognome	Olia
Telefono		Cellulare	3472956610
Fax		email	ftolia@email.it
Curriculum			



Nome	<u>Lidia</u>	Cognome	<u>Strigari</u>
Telefono	<u>0652665602</u>	Cellulare	<u></u>
Fax	<u></u>	email	<u>lidia.strigari@ifo.gov.it</u>
Curriculum	<u></u>		
Nome	<u>Gianluigi</u>	Cognome	<u>Loi</u>
Telefono	<u>07051096235</u>	Cellulare	<u></u>
Fax	<u></u>	email	<u>gloi@aoucagliari.it</u>
Curriculum	<u></u>		
Nome	<u>Careddu</u>	Cognome	<u>Alessandro</u>
Telefono	<u></u>	Cellulare	<u>3343020263</u>
Fax	<u></u>	email	<u>alssandrocareddu@tiscali.it</u>
Curriculum	<u></u>		
Nome	<u>Lussu</u>	Cognome	<u>Marco</u>
Telefono	<u></u>	Cellulare	<u>3492318195</u>
Fax	<u></u>	email	<u>marcolussu@outlook.it</u>
Curriculum	<u></u>		
Nome	<u>Salvatori</u>	Cognome	<u>Massimo</u>
Telefono	<u>0630155993</u>	Cellulare	<u></u>
Fax	<u></u>	email	<u>massimosalvatoi@unicatt.it</u>
Curriculum	<u></u>		
Nome	<u>Bui</u>	Cognome	<u>Franco</u>
Telefono	<u>0498213020</u>	Cellulare	<u></u>
Fax	<u></u>	email	<u>franco.bui@unipd.it</u>
Curriculum	<u></u>		



Nome	<u>Massimiliano</u>	Cognome	<u>Pacilio</u>
Telefono	<u>0649973035</u>	Cellulare	<u></u>
Fax	<u></u>	email	<u><a href="mailto:mpacilio@policlinicoumberto1.it">mpacilio@policlinicoumberto1.it</a></u>
Curriculum	<u></u>		<u><a href="http://www.policlinicoumberto1.it">it</a></u>
Nome	<u>Paola</u>	Cognome	<u>Chiaramida</u>
Telefono	<u></u>	Cellulare	<u>3482880848</u>
Fax	<u></u>	email	<u><a href="mailto:paola.chiaramida@ge.com">paola.chiaramida@ge.com</a></u>
Curriculum	<u></u>		<u></u>
Nome	<u>Anna</u>	Cognome	<u>Masia</u>
Telefono	<u>079228495</u>	Cellulare	<u></u>
Fax	<u></u>	email	<u><a href="mailto:annamasia@tiscali.it">annamasia@tiscali.it</a></u>
Curriculum	<u></u>		<u></u>
Nome	<u>Salvatore</u>	Cognome	<u>Aste</u>
Telefono	<u></u>	Cellulare	<u>3394673133</u>
Fax	<u></u>	email	<u><a href="mailto:toregig@hotmail.com">toregig@hotmail.com</a></u>
Curriculum	<u></u>		<u></u>
Nome	<u>Portesani</u>	Cognome	<u>Filippo</u>
Telefono	<u></u>	Cellulare	<u>3472227901</u>
Fax	<u></u>	email	<u><a href="mailto:filippoporte@alice.it">filippoporte@alice.it</a></u>
Curriculum	<u></u>		<u></u>

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Il DL 187/2000, e prima di lui il DL 230/1995, introduce i principi della giustificazione e della ottimizzazione nella radioprotezione del paziente. Tali principi si esplicano tramite il manuale di garanzia della qualità. Al suo interno devono essere previsti tutti i criteri e le modalità operative atte a garantire i principi cardine della radioprotezione del paziente. Allo scopo di portare a conoscenza di tutti gli operatori il contenuto dei manuali, occorre organizzare dei corsi in cui collegialmente vengono fornite in maniera omogenea tutte le informazioni.

**B) Motivazione della scelta economica:**

Visto il notevole numero dei partecipanti, afferenti da tutta la Sardegna, obbligati dalla normativa vigente a partecipare al corso si è preferito organizzare tre edizioni a Cagliari e una a Sassari. I docenti esterni avranno il rimborso delle spese di viaggio, vitto e alloggio.

**C) Motivazione della scelta dei docenti:**

Sono stati coinvolti docenti esterni in maniera tale da presentare differenti approcci provenienti da altre esperienze. Questo deve poter aprire un confronto quanto più è possibile interessante ed ampio che diventi un elemento di crescita nel percorso formativo. Tutti i docenti coinvolti hanno un'importante esperienza nell'ambito delle attività disciplinate dalla normativa vigente.

**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):** \_\_\_\_\_

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Direttore Generale**

Dott.ssa Graziella Pintus

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Direttore Generale**

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

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Responsabile Scientifico**

Dott. Paolo Francesco Chappelle

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Il Responsabile della struttura organizzativa,  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)**

PAOLO FRANCESCO CHAPPELLE

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Il Responsabile della struttura organizzativa  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)**

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
CAGLIARI  
SERVIZIO MEDICINA NUCLEARE

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Il Direttore del Dipartimento**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Il Direttore del Dipartimento**

**Nome e Cognome (In stampatello)**

**Responsabile Ufficio Formazione**

**Timbro e firma (leggibile)**

Azienda Ospedaliera G. Brotzu - Cagliari  
UFFICIO FORMAZIONE  
Resp.: Dott. Andrea Corrias





EFR: "D.Lgv 187/2000 - Protezione sanitaria delle persone contro pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse a esposizioni mediche- Radioprotezione del paziente – Medicina Nucleare"

1° Edizione 10 maggio 2018 - Aula P.O. Businco

2° Edizione 11 maggio 2018 - P.O. Aula Thun

3° Edizione 5 ottobre 2018 - P.O. Aula Businco

4° Edizione 6 ottobre 2018 - Sassari Aula A Facoltà Medicina di Chirurgia

### Programma didattico dettagliato

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	8.45	9.00	Presentazione del corso: contenuti e obiettivi	RTP	G. Loi	A. Spanu
Dettaglio 2	09:00	10.00	Nuova Direttiva Euratom e variazioni rispetto al DLgv 187/2000	RTP	F. Bui	Salvatori Susanna Nuvoli
Dettaglio 3	10.00	10:45	Appropriatezza (con particolare riferimento agli esami PET/CT in oncologia), interazione con il medico richiedente, la responsabilità clinica in ambito diagnostico e terapeutico, il consenso informato, il referto.	RTP	F. Bui	M. Salvatori A. Spanu
Dettaglio 4	10:45	11:15	Dibattito	CD	Tutti i docenti	
Dettaglio 5	11:15	12:00	Elementi di dosimetria. Applicazioni di radioterapia metabolica. Vincoli di dose per gli organi a rischio	RTP	M. Pacilio	L.S trigari, P. Chiaramida
Dettaglio 6	12:00	12.45	Radioprotezione del paziente nell'impiego delle tecnologie ibride: SPECT/CT, PET/CT, nuovi algoritmi low dose	RTP	L. Strigari	P. Chiaramida
Dettaglio 7	12.45	13.15	Dibattito	CD	Tutti i docenti	
			Pausa pranzo			



EFR: "D.Lgv 187/2000 - Protezione sanitaria delle persone contro pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse a esposizioni mediche- Radioprotezione del paziente – Medicina Nucleare"

1° Edizione 10 maggio 2018 - Aula P.O. Businco

2° Edizione 11 maggio 2018 - P.O. Aula Thun

3° Edizione 5 ottobre 2018 - P.O. Aula Businco

4° Edizione 6 ottobre 2018 - Sassari Aula A Facoltà Medicina di Chirurgia

### Programma didattico dettagliato

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	8.45	9.00	Presentazione del corso: contenuti e obiettivi	RTP	G. Loi	A. Spanu
Dettaglio 2	09:00	10.00	Nuova Direttiva Euratom e variazioni rispetto al DLgv 187/2000	RTP	F. Bui	Salvatori Susanna Nuvoli
Dettaglio 3	10.00	10:45	Appropriatezza (con particolare riferimento agli esami PET/CT in oncologia), interazione con il medico richiedente, la responsabilità clinica in ambito diagnostico e terapeutico, il consenso informato, il referto.	RTP	F. Bui	M. Salvatori A. Spanu
Dettaglio 4	10:45	11:15	Dibattito	CD	Tutti i docenti	
Dettaglio 5	11:15	12:00	Elementi di dosimetria. Applicazioni di radioterapia metabolica. Vincoli di dose per gli organi a rischio	RTP	M. Pacilio	L.S trigari, P. Chiaramida
Dettaglio 6	12:00	12.45	Radioprotezione del paziente nell'impiego delle tecnologie ibride: SPECT/CT, PET/CT, nuovi algoritmi low dose	RTP	L. Strigari	P. Chiaramida
Dettaglio 7	12.45	13.15	Dibattito	CD	Tutti i docenti	
			Pausa pranzo			



Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14:00	14:45	Ottimizzazione (con particolare riferimento agli esami PET/CT in oncologia).	LG	A. Careddu M. Pacilio L. Strigari	P. Chiaramida M. Lussu F. T. Olia
Dettaglio 2	14:45	15:00	Dibattito	CD	Tutti i docenti	
Dettaglio 3	15:00	15:45	Norme di buona preparazione e impatto sulla radioprotezione. Preparazione di dosi individuali	LG	S. Aste A. Careddu	F. Portesani Anna Masia
Dettaglio 4	15.45	16.00	Dibattito	CD	Tutti i docenti	
Dettaglio 5	16:00	16:30	Conclusione lavori e valutazione apprendimento	RTP	S. Aste	Tutti i docenti

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	4	
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	1	
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)	2	
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		

