

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1042

del 16.06.2022

Oggetto: Autorizzazione EFR ECM: "Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) – Testa Collo". Spesa complessiva € 465,00.

PDTD/2022/1005

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 16.06.2022 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

La presente Determinazione Dirigenziale prevede un impegno di spesa a carico dell'Azienda

SI NO

Il Responsabile della SSD Formazione

Visto il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020 – Riforma del Sistema Sanitario Regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della Legge Regionale n. 10 del 28.07.2006, della Legge Regionale n. 23 del 2014 e della Legge Regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore;

Visto l'art. 36 comma 2 lettera a), del D. LGS 50/2016;

Vista la Deliberazione n. 1811 del 07.08.2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della SSD Formazione, alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;

Atteso che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale;

Considerato che l'Azienda, nello specifico la SC Oncologia Medica P.O. Businco vuole attivare il suddetto corso al fine di condividere casi clinici e scelta del percorso diagnostico terapeutico assistenziale più appropriato per l'assistito in relazione alla patologia, allo stadio della malattia e alle nuove evidenze scientifiche;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2022 approvato con Deliberazione n° 1437 del 22.12.2021;

Dato Atto che l'attività formativa rivolta al personale sanitario sia dell'Azienda che delle altre Aziende Sanitarie della RAS, per un totale 50 partecipanti, sarà svolta da docenti interni in orario di servizio;

Recepito altresì che l'attività di tutoraggio sarà svolta da Tutor d'aula interni come da elenco autorizzato nel progetto;

segue Determinazione n. 1042 del 16.06.2022

Valutato il Progetto Formativo ECM: "Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) - Testa Collo" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:

1. Di autorizzare il Progetto Formativo ECM: "Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) - Testa Collo", rivolto al personale sanitario sia dell'Azienda che delle altre Aziende Sanitarie della RAS per un totale 50 partecipanti, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta da docenti interni in orario di servizio come da elenco autorizzato nel progetto.
3. Di confermare altresì che l'attività di tutoraggio sarà svolta da Tutor d'aula interni come da elenco autorizzato nel progetto.
4. Di determinare che la spesa complessiva di € 465,00 (quattrocentosessantacinque euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2022.
5. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei Tutor d'aula interni.
6. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 - Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale - la spesa complessiva di € 465,00.

Il Responsabile della S.S.D. Formazione
Dott.ssa Carla Ghiani

Al Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE X
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE □

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) Testa Collo

STRUTTURA PROPONENTE

SC Oncologia Medica

DESTINATARI (chi è autorizzato a timbrare con la causale 56 e 16)

OBIETTIVI

Discussione dei casi clinici e scelta del percorso diagnostico terapeutico assistenziale più appropriato per l'assistito in relazione alla patologia, allo stadio della malattia e alle nuove evidenze scientifiche.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Riportare gli argomenti:

Verranno discussi i protocolli terapeutici per tipologia di tumore, l'approccio multidisciplinare più appropriato sulla base della discussione degli specifici casi clinici.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA. MALATTIE RARE (18)

B) Acquisizione competenze di processo:

definizione del processo diagnostico assistenziale più appropriato ed efficace per ogni singolo caso clinico proposto.

C) Acquisizione competenze di sistema:

capacità di interrelazione nel gruppo di lavoro multidisciplinare e multi professionale.

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: sala riunioni al 1° piano della Radioterapia e in videoconferenza.

SPAZI NECESSARI

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)
- x 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
- x PC
- x 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	50	28 Aprile 2022	22 Dicembre 2022

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. _____
- Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza** n. _____
- Medicina Fisica e Riabilitazione** n. _____

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 4 a 10

<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 checked="" type="checkbox"/> <i>Oncologia</i>	<i>n. 5</i>
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>	<i>n. _____</i>
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>	<i>n. 5</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 checked="" type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>	<i>n. 3</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>	<i>n. _____</i>
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>	<i>n. 2</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 checked="" type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>	<i>n. 6</i>
<input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>	<i>n. _____</i>
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i>	<i>n. 6</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>

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 5 a 10

<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 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 checked="" type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>	n. 5
<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 checked="" type="checkbox"/> <i>Privo di Specializzazione</i>	n. 4
<input checked="" type="checkbox"/> Odontoiatra	n. 2
<input checked="" type="checkbox"/> Psicologo – Psicoterapeuta	n. 1
<input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> <i>Psicologia</i>	n. _____
<input type="checkbox"/> Laureati non medici (specificare)	
_____	n. _____
_____	n. _____
_____	n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- Infermiere* n. 10
 Infermiere pediatrico n. ____
 Ostetrica/o n. ____

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

- Podologo* n. ____
 Fisioterapista n. ____
 Logopedista n. 2
 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)

- ASL: AOU Cagliari/ATS*
 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:

1 EDIZIONE: 18 GIORNATE di 2 ore. Totale corso 36 ore

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: Sì 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*
- x altro: QUESTIONARIO RISPOSTA APERTA*
- 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	€
Tutor didattico	€
Tutor d'aula	€ 464,76 (€ 25,82*18 ORE)
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 464,76

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 Chiara Cognome Cau
Qualifica DIRIGENTE MEDICO
Struttura _____
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ email mariac.cau@aob.it

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 9 a 10

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Maria Chiara Cognome Cau
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ email mariac.cau@aob.it
Curriculum _____

Nome MASSIMO Cognome GHIANI
Qualifica DIRIGENTE MEDICO
Struttura _____
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ email massimo.ghiani@aob.it

TUTOR D'AULA

Nome	<u>Francesca</u>	Cognome	<u>Cherchi</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	<u>Francesca.cherchi@aob.it</u>
Curriculum	_____		

A) Motivazione della scelta scientifica:

Gli incontri del GIC sono fondamentali per la condivisione delle scelte diagnostiche terapeutiche e assistenziali dei pazienti affetti da neoplasia della Testa e del collo.

B) Motivazione della scelta economica:

Il compenso per l'attività svolta sarà esclusivamente in favore del tutor d'aula, sulla base delle ore svolte, facendo riferimento al regolamento della formazione aziendale in vigore in azienda.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I docenti sono individuati tra gli esperti nella diagnosi e trattamento dei tumori Testa Collo.

RICADUTA FORMATIVA

Attività	Indicatore	Valore atteso	Tempo

A) Docenti Interni:

in orario di servizio

fuori orario di servizio

B) Docenti Esterni:

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 10 a 10

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)

Commissario Straordinario

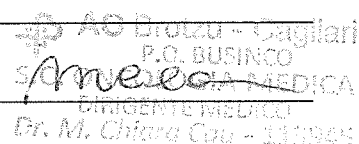
Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Responsabile Scientifico

Maria Chiara Cau



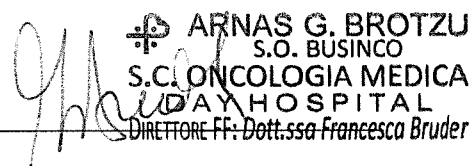
Nome e cognome (in stampatello)

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

Timbro e Firma (leggibile)

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

Francesca Bruder



Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

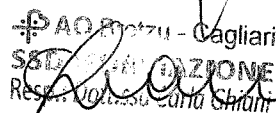
Barbara Raffaele



Nome e Cognome (In stampatello)

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)



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

EFR: "Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC)-Testa Collo"

1 Edizione: DA 28 APRILE A 22 DICEMBRE 2022

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
28/04/2022	14:00	14:30	Presentazione e obiettivi del corso	RTP	Cau	Ghiani
28/04/2022	14:30	16:00	Discussione piani terapeutici	LG	Ghiani/Cau	
12/05/2022	14:00	16:00	Discussione piani terapeutici	LG	Ghiani/Cau	
26/05/2022	14:00	16:00	Discussione casi clinici	LG	Ghiani/Cau	
09/06/2022	14:00	16:00	Discussione piani terapeutici	LG	Ghiani/Cau	
23/06/2022	14:00	16:00	Discussione casi clinici	LG	Ghiani/Cau	
07/07/2022	14:00	16:00	Discussione piani terapeutici	LG	Ghiani/Cau	
21/07/2022	14:00	16:00	Discussione casi clinici	LG	Ghiani/Cau	
04/08/2022	14:00	16:00	Discussione piani terapeutici	LG	Ghiani/Cau	
18/08/2022	14:00	16:00	Discussione casi clinici	LG	Ghiani/Cau	
01/09/2022	14:00	16:00	Discussione piani terapeutici	LG	Ghiani/Cau	
15/09/2022	14:00	16:00	Discussione casi clinici	LG	Ghiani/Cau	
29/09/2022	14:00	16:00	Discussione piani terapeutici	LG	Ghiani/Cau	
13/10/2022	14:00	16:00	Discussione casi clinici	LG	Ghiani/Cau	
27/10/2022	14:00	16:00	Discussione piani terapeutici	LG	Ghiani/Cau	
10/11/2022	14:00	16:00	Discussione casi clinici	LG	Ghiani/Cau	
24/11/2022	14:00	16:00	Discussione piani terapeutici	LG	Ghiani/Cau	
07/12/2022	14:00	16:00	Discussione casi clinici	LG	Ghiani/Cau	
22/12/2022	14:00	15:30	Discussione piani terapeutici	LG	Ghiani/Cau	
22/12/2022	15:30	16:00	Conclusione lavori. Somministrazione questionario apprendimento e gradimento corso	RTP	Cau	Ghiani

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	1	
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")		
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)	35	
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		