



Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 29 APR. 2015

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Diagnostica Radioimmunologica ed Immunoradiometrica"  
Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 30 APR. 2015 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Graziella Pintus

Coadiuvato dal

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Laura Balata

Direttore Sanitario

Dott. Nazzareno Pacifico

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 ha attivato il suddetto corso al fine di diffondere le specificità degli esami radioimmunologici (RIA) ed immunoradiometrici (IRMA) che vengono eseguiti nel laboratorio RIA AOB. Illustrare le metodologie impiegate ed i metodi di elaborazione per ottenere dei risultati qualitativamente elevati dato che la diagnostica fondata su metodiche radioimmunologiche rappresenta il sistema di riferimento di eccellenza;

**Considerato altresì** che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2014 approvato con Deliberazione n° 2079 del 24.12.2013;

**Recepito** che l'attività formativa è rivolta ai Medici, Tecnici di Laboratorio, Tecnici di Radiologia, Biologi e Infermieri della S.C. di Medicina Nucleare, per 20 partecipanti, in 2 edizioni è stata svolta dal docente interno fuori dall'orario di servizio;

**Verificato** il progetto formativo: "Diagnostica Radioimmunologica ed Immunoradiometrica", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**Ritenuto** di dover liquidare a favore della docente interna Dott.ssa Simonetta Ledda l'importo di € 309,84 (25.82 x 12 ore) per la docenza come da documentazione allegata;

**Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

### DELIBERA

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di autorizzare il PFA ECM: "Diagnostica Radioimmunologica ed Immunoradiometrica", rivolto ai Medici, Tecnici di Laboratorio, Tecnici di Radiologia, Biologi e Infermieri della S.C. di Medicina Nucleare, per 20 partecipanti, in orario di servizio.

Confermare che l'attività formativa è stata svolta dal docente interno fuori dall'orario di servizio; la spesa complessiva è di € 309,84 (25.82 x 12 ore) onnicomprensiva, graverà sui Fondi del Dipartimento Servizi per l'aggiornamento professionale anno 2014.

Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento del docente interno come da schema allegato.

Imputare sul conto aziendale n. 0506030205 la spesa complessiva è di € 309,84.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Nazzareno Pacifico

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott.ssa Graziella Pintus

**ELENCO DOCENTI INTERNI**  
**Corso ECM: "Diagnostica Radioimmunologica ed Immunoradiometrica" anno 2014**

Cognome	Nome	Data Nascita	Luogo di Nascita	C. F.	N° Ore docenza	Importo	Totale
LEDDA	SIMONETTA	25/01/1957	Cagliari	LDDSN57A65B354D	12	25,82	309,84
						<b>Totale</b>	<b>309,84</b>

  
 DIREZIONE CENTRALE  
 UNIVERSITÀ DI CAGLIARI



Al Sig. Direttore Generale

Dott. Antonio Garau

## **RICHIESTA:**

**EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

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

Diagnostica Radioimmunologica ed Immunoradiometrica

### **STRUTTURA PROPONENTE**

SSD Servizio Qualità in Radiochimica/Laboratorio Vitro

### **OBIETTIVI**

Diffondere le specificità degli esami radioimmunologici (RIA) ed immunoradiometrici (IRMA) che vengono eseguiti nel laboratorio RIA AOB.

Illustrare le metodologie impiegate ed i metodi di elaborazione per ottenere dei risultati qualitativamente elevati dato che la diagnostica fondata su metodiche radioimmunologiche rappresenta il sistema di riferimento di eccellenza

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

Elenco esami Ria/IRMA eseguiti presso il laboratorio RIA AOB  
Modalità esecuzione esami radioimmunologici e immunoradiometrici  
Interpretazione dei tabulati relativi all'interpolazione dei risultati dei singoli esami  
Criticità preanalitiche

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

Acquisire le competenze relative all'elaborazione finalizzata all'acquisizione delle concentrazioni dei campioni analizzati con metodiche RIA/IRMA

#### **B) Acquisizione competenze di processo:**

Acquisire l'evidenza del sistema antigene-anticorpo nella diagnostica in vitro RIA/IRMA estrapolato dall'interpolazione dei dati ottenuti dalle curve standard dedicate.

#### **C) Acquisizione competenze di sistema:**

Acquisire le competenze per rilevare le criticità delle metodologie RIA/IRMA al fine di ottimizzare l'elaborazione del dato



## 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 :SSD Servizio Qualità in Radiochimica/Laboratorio Vitro

### 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
- locali SSD Servizio Qualità in Radiochimica/Laboratorio Vitro

---

### AUSILI DIDATTICI

- LAVAGNA LUMINOSA
- LAVAGNA A FOGLI MOBILI
- PC
- VIDEOPROIETTORE
- ALTRO DA SPECIFICARE: gamma counter, software elaborazione curve standard, software DnLab

### 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.



Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	10	30/9/2014	7/10/2014
2	10	14/10/2014	21/10/2014

## 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. \_\_\_\_\_
- Oncologia** n. \_\_\_\_\_



Azienda Ospedaliera Brotzu

- |   |                    |
|---|--------------------|
| <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"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>  | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina TrASFusionale</i>  | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>   | <i>n. _____</i>    |
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>  | <i>n. <u>6</u></i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>   | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>   | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>   | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )</i> | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>  | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>                                       | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>                                      | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i>                      | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i>  | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i>  | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta )</i>  | <i>n. _____</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>  | <i>n. _____</i>    |



- 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. \_\_\_\_\_
  
- Laureati non medici**  
**Biologi** n.   2

**PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA**

- Infermiere* n.   2
- 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. \_\_\_\_\_
- Dietista* n. \_\_\_\_\_
- Igienista Dentale* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* n. \_\_\_\_\_

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolare* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n.   1
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n.   9
- Tecnico Audiometrista* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Audioprotesista* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Ortopedico* n. \_\_\_\_\_

**TUTTE LE PROFESSIONI** n. \_\_\_\_\_



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

- ASL n.: Azienda Ospedaliera 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 6 X 2 edizioni , totale 12 ore*

**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:  
*manuali d'uso gamma counter, metodiche dei singoli analiti*

**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	€ 309,84 (€25,82 x 12 ore fuori orario di servizio)
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
<b>Totale</b>	<b>€ 310,00</b>

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: no €

Quote di iscrizione: no €

**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 Simonetta Cognome Ledda

Qualifica Dirigente Biologo

Struttura SSD Servizio Qualità in Radiochimica/Laboratorio Ria

Telefono 070-531341 Cellulare 339-3966569

Fax 070-531341 email simonettaledda@aob.it

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome Simonetta Cognome Ledda

Telefono 070-531341 Cellulare 339-3966569

Fax 070-531341 email simonettaledda@aob.it

Curriculum \_\_\_\_\_

Nome Stefania Cognome Serci

Telefono 070-531341 Cellulare \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Curriculum Docente sostituto Docente sostituto

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Curriculum \_\_\_\_\_



**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Diffondere la cultura della validità della metodologia RIA utilizzata per la determinazione degli esami di laboratorio

**B) Motivazione della scelta economica:**

Nessuna spesa aggiuntiva al docente interno

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

Responsabile del Laboratorio Vitro

**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):** 30/1/2014

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Direttore Generale**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Direttore Generale**



**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)**

**SIMONETTA LEDDA**

**AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTTU"**

**SSD Servizio Qualità in Radiochimica/Laboratorio Vitro**

**Responsabile: dr. Simonetta Ledda**

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Il Direttore del Dipartimento**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Il Direttore del Dipartimento**

**PIERPAOLO BACCHIDDU**

**AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTTU"**

**DIPARTIMENTO SERVIZI**

**Direttore: Dott. PIER PAOLO BACCHIDDU**

**AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTTU  
UFFICIO FORMAZIONE**



**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*



"Diagnostica Radioimmunologica ed Immunoradiometrica"

Data Edizione n.1

30 settembre - 7 ottobre 2014

**AOB – Aula S.C. Medicina Nucleare**

**Programma didattico dettagliato**

30/9/2014	Inizio	Fine	1° giorno	Metodologia	Docente	Sostituto
<b>Sessione 1 pomeriggio</b>						
Dettaglio 1	14,30	15,30	Modalità esecuzione esami radioimmunologici e immunoradiometrici	LM	S.L.	
Dettaglio 2	15,30	16,30	Interpretazione dei tabulati relativi all'interpolazione dei risultati dei singoli esami	DT	S.L.	
Dettaglio 3	16,30	17,30	Elenco esami Ria/IRMA eseguiti presso il laboratorio RIA AOB	ED	S.L.	
<b>7/10/2014</b>			<b>2° giorno</b>			
Dettaglio 1	14,30	15,30	Criticità preanalitiche di ciascun esame	LM	S.L.	
Dettaglio 2	15,30	16,30	Interpretazione dei risultati RIA / IRMA	LPG	S.L.	
Dettaglio 3	16,30	17,30	questionario + prova pratica + prova orale	<i>questionario + prova pratica + prova orale</i>		

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
DIPARTIMENTO SERVIZI  
Direttore: Dott. PIER PAOLO BACCHIDDU



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

"Diagnostica Radioimmunologica ed Immunoradiometrica"

Data Edizione n.2

14 ottobre - 21 ottobre 2014

AOB – Aula S.C. Medicina Nucleare

**Programma didattico dettagliato**

	Inizio	Fine	1° giorno	Metodologia	Docente	Sostituto
<b>14/10/2014</b>						
<b>Sessione 2 pomeriggio</b>						
Dettaglio 1	14,30	15,30	Modalità esecuzione esami radioimmunologici e immunoradiometrici	LM	S.L.	
Dettaglio 2	15,30	16,30	Interpretazione dei tabulati relativi all'interpolazione dei risultati dei singoli esami	DT	S.L.	
Dettaglio 3	16,30	17,30	Elenco esami Ria/IRMA eseguiti presso il laboratorio RIA AOB	ED	S.L.	
<b>21/10/2014</b>			2° giorno			
Dettaglio 1	14,30	15,30	Criticità preanalitiche di ciascun esame	LM	S.L.	
Dettaglio 2	15,30	16,30	Interpretazione dei risultati RIA / IRMA	LPG	S.L.	
Dettaglio 3	16,30	17,30	questionario + prova pratica + prova orale	<i>questionario + prova pratica + prova orale</i>		

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

DIPARTIMENTO SERVIZI

Direttore: Dott. PIER PAOLO BACCHIDDU