



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 29 APR. 2015 Deliberazione 649

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "La Privacy"

Publicata 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 approfondire la conoscenza della legislazione vigente in materia di privacy;

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 21 partecipanti, in 2 edizioni è stata svolta da docenti interni fuori dall'orario di servizio;

Verificato il progetto formativo: "La Privacy", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Ritenuto di dover liquidare a favore della docente interna 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: "La Privacy", rivolto ai Medici, Tecnici di Laboratorio, Tecnici di Radiologia, Biologi e Infermieri della S.C. di Medicina Nucleare, per 21 partecipanti, in orario di servizio,.

Confermare che l'attività formativa è stata svolta dalla docente interna fuori dall'orario di servizio; la spesa complessiva è di € 309,84 onnicomprensiva, da gravare sui Fondi del Dipartimento Servizi per l'aggiornamento professionale anno 2014.

Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento della docente interna 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: "La Privacy". anno 2014

Cognome	Nome	Data Nascita	Luogo di Nascita	C. F.	N° Ore docenza	Importo	Totale
Cuccu	Silvia Alessandra	31/12/1982	Muravera	CCCSVL82T71F808G	12	25,82	309,84
						Totale	309,84


 ALESSANDRA G. BROTTU
 UFFICIO FORMAZIONE



Al Sig. Direttore Generale

Dott. Antonio Garau

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

La privacy

STRUTTURA PROPONENTE

S.C. Medicina Nucleare _____

OBIETTIVI

Conoscenza della legislazione vigente in materia di privacy

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Descrizione delle normative in materia di privacy, problematiche per gli operatori

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Miglioramento professionalità degli operatori

B) Acquisizione competenze di processo:

Migliorare ed eventualmente cambiare atteggiamento nei confronti del paziente nei principali processi del nostro lavoro

C) Acquisizione competenze di sistema:

Miglioramento del personale a livello etico e professionale, maggiore rispetto del paziente.



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 sì, indicare l'ubicazione
Struttura Medicina nucleare

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
- X Altro (specificare) locali S.C: Medicina nucleare

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.



Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	10		
2	11		

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. _____
- 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. _____



<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. 6
<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. _____



- 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. 3

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 Perfusionazione 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)

- AOB 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 _____ 12 _____

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

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	€25.82 X12 ORE
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€309.84

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	<u>Pierpaolo</u>	Cognome	<u>Bacchiddu</u>
Qualifica	<u>Direttore Dipartimento Servizi</u> <u>Direttore Dipartimento Immagini</u>		
Struttura	<u>AOB</u>		
Telefono	<u>070539692</u>	Cellulare	
Fax		email	<u>pierpaolobacchiddu@aob.it</u>

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	<u>Silvia Alessandra</u>	Cognome	<u>Cuccu</u>
Telefono		Cellulare	<u>3475981713</u>
Fax		email	<u>silvia.cuccu@hotmail.it</u>
Curriculum			<u>silviaalessandracuccu@aob.it</u>

Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu



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*



A) Motivazione della scelta scientifica:

Miglioramento nella conoscenza del personale sulla materia privacy

B) Motivazione della scelta economica:

Nessuna spesa aggiuntiva al docente interno

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Professionista coinvolta giornalmente nell'oggetto del corso, che ha eseguito corsi specifici all'esterno della struttura e può così rendere partecipi gli altri colleghi.

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: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

ANTONIO GARAU

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)

Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"

CAGLIARI

MEDICINA NUCLEARE

IL DIRETTORE

GIORGIO MELI

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

DIPARTIMENTO SERVIZI

Direttore: Dott. PIER PAULO BACCHIDDU

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU
UFFICIO FORMAZIONE



PFA: "La Privacy"

EDIZIONE 1 03 - 04 Dicembre 2014

EDIZIONE 2 10 - 11 Dicembre 2014

Aula - AOB

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
3-10 Dicembre						
Dettaglio 1	15.00	15.45	Storia della nascita del D.lgs sulla privacy	RTP	Cuccu S.A.	
Dettaglio 2	15.45	16.30	D.lgs 196/2003	RTP	Cuccu S.A.	
Dettaglio 3	16.30	17.15	Ambito di applicazione del D.lgs 30 giugno 2003	RTP	Cuccu S.A.	
Dettaglio 4	17.15	18.00	Discussione	CD	Cuccu S.A.	
4/11 Dicembre						
Dettaglio 1	15.00	15.45	Evoluzione della normativa	RTP	Cuccu S.A.	
Dettaglio 2	15.45	16.15	Codice sul trattamento dei dati personali	RTP	Cuccu S.A.	
Dettaglio 3	16.15	16.45	Modalità di trattamento dei dati personali	RTP	Cuccu S.A.	
Dettaglio 4	16.45	17.15	Problemi nella manipolazione dei dati personali	RTP	Cuccu S.A.	
Dettaglio 5	17.00	17.30	Risoluzione dei problemi	CD	Cuccu S.A.	
Dettaglio 6	17.30	18.00	Conclusione dei lavori e verifica di apprendimento	RTP	Cuccu S.A.	

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	4	45
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDOTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	1	15
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		