

988
22 SET. 2015

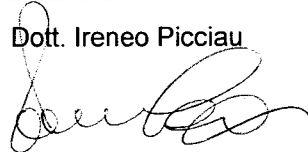
Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale
***"Corso di formazione in Radioprotezione per l'ottimizzazione
dell'assistenza al paziente in Medicina Nucleare"***

Il presente allegato è composto
di n. 10 fogli, di n. 10 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Prot. N° 267 /15/ MN

Cagliari 08 Settembre 2015

P.G.

ASL8
Prot. 2015/98390 del 11/09/2015 ore 10,38
Mitt.: MEDICINA NUCLEARE P.O. BUSINCO
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 236 del 2015



Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
Area Formazione
ASL Cagliari

OGGETTO: Nota di trasmissione documenti corso:

“Corso formazione di Radioprotezione per l’ottimizzazione dell’assistenza al paziente
in Medicina Nucleare”

Elenco documentazione consegnata:

- 1) Richiesta attivazione corso
- 2) Programma
- 3) Prove pratiche
- 4) Accettazione incarico Responsabile scientifico assenza di conflitti di interesse, incompatibilità, inconfiribilità
- 5) Curriculum responsabile scientifico
- 6) Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse nella scelta dei docenti
- 7) Indicazione scelta docente o Codocente e dichiarazione assenza di conflitto di interessi
- 8) Indicazione scelta tutor e dichiarazione assenza di conflitto di interessi
- 9) Accettazione incarico docente e assenza di conflitti di interesse, incompatibilità, inconfiribilità
(Dr. Gianfranco Meleddu)
- 10) Accettazione incarico docente e assenza di conflitti di interesse, incompatibilità, inconfiribilità
(Dr.ssa Silvia Durzu)
- 11) Accettazione incarico tutor e assenza di conflitti di interesse, incompatibilità, inconfiribili
(Sig. Mario Gaviano)

Il Responsabile Scientifico
Dr.ssa Maria Novella Giannoni



pag 1 di 1

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " Corso formazione di Radioprotezione per l'ottimizzazione dell'assistenza al paziente in Medicina Nucleare

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Corso di aggiornamento

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NO

È previsto l'uso della sola lingua italiana? SI

È prevista una quota di partecipazione? NO

Se "SI" indicare l'importo € 000,00

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO

Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.

Numero di edizioni previste

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	<u>21/11/2015</u>	<u>21/11/2015</u>
Seconda edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
Terza edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento.

Sede di svolgimento

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? SI

N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede Sala Congressi P.O. A.Businco

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap Cagliari/ Via Jenner/ s.n.c./09121

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 70 Totale Partecipanti 70

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n.13 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n.0 operatori di altre ASL - Aperto a n.0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo**
- Farmacista
- Biologo
- Chimico
- Fisico**
- Veterinario
- Odontoiatra
- Psicologo
- Assistente Sanitario
- Dietista
- Fisioterapista
- Educatore Professionale
- Igienista Dentale
- Infermiere**
- Infermiere pediatrico
- Logopedista
- Ortottista/Assistente di oftalmologia
- Ostetrica/o
- Podologo
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico**
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica**
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- Tecnico Audioprotesista
- Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Tecnico Ortopedico
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Terapista Occupazionale
- Tutte le professioni

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Architetto
- Analista
- Assistente Amministrativo
- Assistente Religioso
- Assistente Tecnico
- Ausiliario Specializzato**
- Avvocato
- Coadiutore Amm.vo
- Collaboratore Amm.vo - Prof.le
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- Collaboratore Tecnico - Professionale
- Collaboratore Professionale – Sanitario Personale della Riabilitazione
- Collaboratore Professionale - Sanitario
- Commesso
- Direttore Amministrativo
- Direttore dei Servizi Sociali
- Direttore Generale
- Dirigente Amministrativo
- Geologo
- Infermiere Generico
- Infermiere Psichiatrico
- Ingegnere
- Massofisioterapista
- Odontotecnico
- Operatore Socio-Sanitario**
- Operatore Tecnico**
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)**
- Operatore Tecnico Specializzato
- Ottico
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- Programmatore
- Puericultrice
- Sociologo
- Statistico
- Tutte le professioni

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia Clinica | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input checked="" type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oncologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | |
| | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | |

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

Farmacia Ospedaliera

Farmacia Territoriale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati
- Sanità Animale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

Psicologia

Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

Area sicurezza luoghi di lavoro

Obiettivo formativo

Linee guida – protocolli – procedure – documentazione clinica

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Ottimizzazione nell'assistenza del paziente secondo i principi di radioprotezione, con particolare riguardo alla limitazione delle dosi per gli Operatori.

B - Acquisizione competenze di processo:

Procedure e protocolli inerenti la manipolazione del materiale radioattivo e dell'assistenza del paziente in Medicina Nucleare.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Normativa di riferimento in Radioprotezione.

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento*

Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome Giannoni Nome Maria Novella

Codice Fiscale GNNMNV55B54E281U Luogo di nascita IGLESIAS Data di nascita 14/02/1955

Telefono 0706095498 Cellulare _____ Fax 0706095274 e-mail marianovellagiannoni@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente Medico Nucleare Competenze Facente funzione responsabile struttura complessa di Medicina Nucleare

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Cuboni Nome Anna Maria

Codice Fiscale CBNNMR65R43E441A Telefono 0706092042 Cellulare [REDACTED] Fax 070/6092045 e-mail annamariacuboni@asl8cagliari.it

6

6

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 00 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>06</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>01</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- Questionario (allegare il modello) Prova orale (allegare le domande) Esame pratico (allegare la descrizione)
 Prova scritta (allegare la descrizione) Project work (allegare la descrizione)
 Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

- Videoproiettore Computer portatile Lavagna a fogli mobili Aula informatica
 Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Fisico Sanitario.

Cognome Meleddu. Nome Gianfranco.

Codice Fiscale MLAGFR52C24G153R

Luogo di nascita Oschiri. Data di nascita 24/03/1952.

Telefono 0706092021. Cellulare [REDACTED] Fax 0706092003. e-mail gianfrancomeleddu@asl8cagliari.it Qualifica

Dirigente Fisico Sanitario.

Inquadramento CCNL Formatori interni Dirigenza.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 Totale compenso € **164.00**

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio NO.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Fisico Sanitario.

Cognome Durzu. Nome Silvia.

Codice Fiscale DRZSLV77H61B354D. Luogo di nascita CAGLIARI. Data di nascita 21/06/1977.

Telefono 0706092004. Cellulare [REDACTED] Fax 0706092003. e-mail silviadurzu@asl8cagliair.it. Qualifica

Dirigente Fisico Sanitario.

Inquadramento CCNL Formatori interni Dirigenza.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 3 Totale compenso € 123.00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio NO.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

8

8

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Tecnico Sanitario Radiologia Medica.
 Cognome Gaviano. Nome Mario.
 Codice Fiscale GVMRA61L07B354F. Luogo di nascita CAGLIARI. Data di nascita 07/07/1961.
 Telefono 0706092004. Cellulare [REDACTED] Fax 0706092003. e-mail mariogaviano@asl8cagliari.it. Qualifica
 Collaboratore Professionale Tecnico Sanitario di radiologia Medica.
 Inquadramento CCNL Formatori interni Comparto.
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo D3.
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 07 Totale compenso € 180.74
 Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio NO.
 Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema Formazione specifica
 Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento).
 Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Sì No**Riepilogo voci di spesa del corso**

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 467,74
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 172,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 639,89

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 | <input type="checkbox"/> P.O. Marino |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza | <input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze | <input checked="" type="checkbox"/> P.O. Businco |

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

<p>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>F/F Maria Novella Giannoni</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>A.L. U.S.L. N° 8 - CAGLIARI "P. O. A. BUSINCO" MEDICINA NUCLEARE Dr.ssa <i>Maria Novella Giannoni</i> RESP. U.O.S. TERAPIA RADIOMETABOLICA Matr. 48807</p>

