ASLCagliari

Direzione generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
Area Formazione

Allegato "A"

683
16 GIU. 2015

Progetto Formativo

"L'impiego della TC 4D nella pianificazione del trattamento radioterapico: risultati clinici e prospettive future"

Il presente allegato è composto di n. 8 fogli,
di n. 8 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE F.F.
Dott.ssa Marisa Udella

ASLCagliari

Servizio Proponente

Struttura complessa di Fisica Sanitaria

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " L'impiego della TC 4D nella pianificazione del trattamento radioterapico risultati clinici e prospettive future. "

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

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

Numero di edizioni previste 1

	Data Inzio	Data fine
Prima edizione	18/06/2015	18/06/2015
Seconda edizione	/ /	/ /
Terza edizione	/ /	/ /

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.

Sede P.O BUSINCO servizio di TC e sala convegni Radioterapia.

Indirizzo Cagliari, via Jenner 09100.

ASL8
NP.2015/14595 del 28/04/2015 ore 10,50
Mitt.: Ospedale Businco
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 174 del 2015

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 12 Totale Partecipanti 0

☒ Riservato agli operatori del Servizio proponente - ☐ Aperto a n. 0 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:

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

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 Oncologica.

Obiettivo formativo

Valutazione dei risultati nella radioterapia nel trattamento dei pazienti con il contributo della Tc 4D.

*Finalità **

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Valutazione dei risultati nella radioterapia nel trattamento dei pazienti con il contributo della Tc 4D.

B - Acquisizione competenze di processo:

Definizione e validazione di procedure per il corretto utilizzo della tecnica Tc 4D.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Definizione di protocolli dei controlli di qualità sulla tecnica Tc 4D.

**** 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 Porru. Nome Sergio.
Codice Fiscale PRRSRG57R30B354K. Luogo di nascita MEANA SARDO (NU). Data di nascita 30/10/1957
Telefono 0706092004 Cellulare 3358255424 Fax 0706092003 e-mail sergioporru@asl8cagliari.it
Qualifica Dirigente Fisico Sanitario. Competenze Facenti funzione responsabile struttura complessa di Fisica Sanitaria

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Gaviano. Nome Mario.
Telefono 0706092004. Cellulare 3387717400. Fax 0706092003. e-mail mariogaviano@asl8cagliari.it.

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**	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	**LRP**	03	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	**TR**	00	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	**CD**	00	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	**DTSED**	00	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	**PPCC**	00	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	**LPG**	00	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	**ED**	02	00
Role - Playing	**RP**	00	00

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 Solla. Nome Ignazio.
Codice Fiscale SLLGNZ79AB354Q Luogo di nascita Cagliari. Data di nascita 7/01/1979.
Telefono 0706092004. Cellulare 3463685251. Fax 0706092003. e-mail ignaziosolla@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 005 Totale compenso € ***205.00***
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 Tecnico Sanitario Radiologia Medica.
Cognome Gaviano. Nome Mario.
Codice Fiscale GVNMRA61L07B354F. Luogo di nascita CAGLIARI. Data di nascita 07/07/1961.
Telefono 0706092004. Cellulare 3387717400. Fax 0706092003. e-mail mariogaviano@asl8cagliair.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 005 Totale compenso € 64.50
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)	€ ***269.50***
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) ***A cura dell'Area Formazione***	**€ 441,70**

7

Macrostruttura di appartenenza

- ☐ Coordinamento distretti
- ☐ D.A. Servizi amministrativi
- ☐ D.A. Servizi tecnico logistici
- ☐ Centrale Operativa 118
- ☐ Dipartimento Emergenza Urgenza
- ☐ Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
- ☐ D.G. Staff
- ☐ DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
- ☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
- ☐ Dipartimento Dipendenze
- ☐ Dipartimento Farmaco
- ☐ Dipartimento Prevenzione
- ☐ Dipartimento Salute Mentale
- ☐ P.O. Marino
- ☐ P.O. Microcitemico
- ☐ P.O. San Giuseppe
- ☐ P.O. San Marcellino
- ☐ P.O. Santissima Trinità
- ☐ P.O. Binaghi
- ☒ 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

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	F/F SERGIO PORRU
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Az. U.S.L. N.° 8 - C[illegible] OSPEDALE "A. BUS[illegible]" Dott. Sergio Porru Esperto in Fisica Medica