

## Allegato "A"

Preso d'atto autorizzazione partecipazione corso di perfezionamento fuori sede "Revisioni Sistematiche e metanalisi per la produzione di linee guida Evidenced-based in ambito sanitario" della dipendente dott.ssa M. Germana Orru' (matr. n. 52503).

Il presente allegato è composto di n. 5 fogli,  
di n. 5 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 659 DEL 26 MAG. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Sergio Sals)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Ugo Storelli)



IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Emilio Simeone)



*obbligatorio*

**Richiesta di aggiornamento facoltativo individuale**

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.**

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 4 comma 2 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"

**1. Limite di spesa rimborsabile**

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

Indicare il limite massimo delle spese rimborsabili: € 1500 (l'importo rientra nel budget assegnato alla struttura).

SPESA COPERTA DAL FONDO FINALIZZATO " FONDO CLINICA PSICHIATRICA FONDO SPERIMENTAZIONE CLINICA PSICHIATRICA

**2. Dati del partecipante**

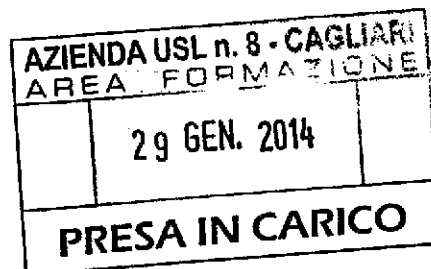
Il/la sottoscritto/a M. GERMANA ORRU'  
 Nato a ORISTANO il (gg/mm/aaaa) 21. 5. 1965  
 Residente in CAGLIARI VIA LEPANO 20  
 Matricola 58503  
 Dipartimento DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE  
 Struttura Complessa /Struttura Semplice Dipartimentale CS7 CLINICA PSICHIATRICA VIA LIGURIA 13 CA  
 Indirizzo di lavoro  
 Posizione funzionale PSICHIATRA  
 Qualifica DIRIGENTE MEDICO  
 Telefono 3471229444 e-mail monlogor.orrui@Tiscali.it  
 Luogo: Selargius Data (gg/mm/aaaa): 18. 11. 2013

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) M. GERMANA ORRU'

Firma (leggibile) (M. Germana Orru')

ASL8  
NP/2014/ 0003555 del 30/01/2014 ore 11,56  
Mittente DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPE  
Assegnatario Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo 1 del 2014



3. Dati dell'attività formativa

Titolo: CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN REVISIONI SISTEMATICHE E METANALISI PER LA PRODUZIONE DI LINEE GUIDA EVIDENCED-BASED IN AMBITO SANITARIO - METODO COCHRAN  
Sede: VERONA

Data: da (gg/mm/aaaa) 25.11.13 a (gg/mm/aaaa) 28.11.13

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 65 ore

Organizzatore: DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA E MEDICINA DI COMUNITA' SEZIONE DI PSICHIATRIA  
Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: OSPEDALE POLICLINICO GB ROSSI - VERONA

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: \_\_\_\_\_

Attività ECM?  Si |  No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: \_\_\_\_\_

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: \_\_\_\_\_

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:  Si |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

- Iscrizione: € 1030,00
  - Viaggio: € 184,73
  - Rimborso uso auto<sup>1</sup>: € (indicare i KM)
  - Albergo: € 200
  - Pasti: € 80
  - Altre spese: €
- Totale spesa presunta: € 1494,73

Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste: % 100

(Rimborso esferito dal fondo finalizzato "Fondo Unità Psichiatrica e Sperimentazione Unità Psichiatrica")

<sup>1</sup> L'uso dell'auto propria è consentito esclusivamente in ambito regionale.

**PARERE DEL RESPONSABILE DELLA MACROSTRUTTURA ORGANIZZATIVA**

**(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)**

**TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA**

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

Trattarsi di corso di formazione di rilevante importanza  
ai fini della acquisizione di competenze nella pratica applicativa  
avviata ai processi clinici - ambulatoriali

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa: spesa da quanton seli  
" FONDO SPERIMENTAZIONI CLINICHE " DELLA CLINICA PSICHIATRICA  
Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget ricevuta dal Servizio Area Formazione: n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:** non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: Cagliari

Data (gg/mm/aaaa): 18.11.2013

**Nome e cognome (in stampatello)**  
Il Responsabile della macrostruttura organizzativa (Dipartimento,  
Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

BERNARDO CARPINIELLO

**Timbro e firma (leggibile)**  
Il Responsabile della macrostruttura organizzativa (Dipartimento,  
Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)



CLINICA PSICHIATRICA  
UNIVERSITA' DEGLI STUDI  
Dipartimento Salute Mentale ASL8  
Via Liguria, 13 - 09127 Cagliari  
(dr. Prof. Bernardo Carpinello)

Bernardo Carpinello



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Medicina

**CORSO DI PERFEZIONAMENTO  
IN REVISIONI SISTEMATICHE E METAANALISI  
PER LA PRODUZIONE DI LINEE GUIDA  
EVIDENCE-BASED IN AMBITO SANITARIO  
METODO COCHRANE**

**Direttore: Prof. CORRADO BARBUI**



**DESTINATARI**

Operatori sanitari interessati ad acquisire le conoscenze metodologiche e le abilità pratiche per la realizzazione di revisioni sistematiche e meta-analisi secondo lo standard internazionale della Cochrane Collaboration e per la produzione di linee guida basate sulla evidenza secondo il metodo GRADE.

**OBIETTIVI**

Al termine del corso, nella sede di direzione, gli assistenti clinici e medici analizzeranno i dati di un'informazione che verranno forniti in un formato standardizzato e saranno in grado di valutare l'evidenza e di produrre autonomamente linee guida basate sulla evidenza secondo il metodo GRADE. In particolare, gli obiettivi del corso sono: