

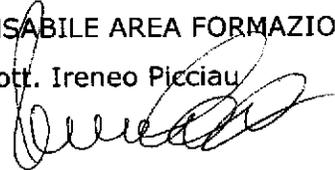
Allegato "A"

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

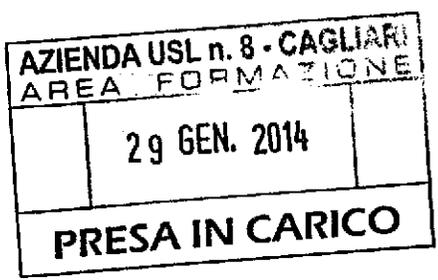
Il/la sottoscritto/a M. GERMANA ORRU'
 Nato a ORISTANO il (gg/mm/aaaa) 21. 5. 1965
 Residente in CAGLIARI VIA LEPANO 20
 Matricola 58503
 Dipartimento DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
 Struttura Complessa /Struttura Semplice Dipartimentale CS7 CLINICA PSICHIATRICA VIA LIGURIA 13 CA
 Indirizzo di lavoro
 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 si, 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 auto¹: € (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 F. Spaventatoe Unità Psichiatrica")

¹ 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



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA

Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Scienze Mediche

**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 una revisione sistematica e una meta-analisi, applicando le conoscenze acquisite durante il corso, e saranno in grado di realizzare revisioni sistematiche e meta-analisi, e di produrre linee guida basate sulla evidenza secondo il metodo GRADE.