ASLCagliari

Allegato "A"

Approvazione Evento Formativo Residenziale: "Legionella Pneumophila: ubiquitaria, poco conosciuta e pericolosa. Un approfondimento pratico e scientifico per gli operatori sanitari"

Il presente allegato è composto da n° 19 fogli di n° 19 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 1882 DEL 17 DIC. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Simeone)

Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte e consegnata almeno 45 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto formativo residenziale.

Titolo del Progetto Formativo Residenziale

Legionella Pneumophila: ubiquitaria, poco conosciuta e pericolosa. Un approfondimento pratico e scientifico per gli operatori sanitari.

Accreditamento ECM

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? [X] Sì | ☐ No

Tipologia

Barrare con una crocetta una sola casella:

☐ *Congresso/simposio/convegno/seminario*

☐ *Tavola rotonda*

☐ *Conferenze clinico – patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare*

☐ *Consensus meeting interaziendali finalizzati alla revisione delle statiche per la standardizzazione di protocolli e procedure operative ed alla pianificazione e svolgimento di attività legate a progetti di ricerca finalizzata*

☐ *Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale*

☐ *Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale*

☐ *Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo gestionali*

☐ *Frequenza clinica con assistenza di tutore e programma formativo presso una struttura assistenziale (specificare la struttura assistenziale)*

[X] *Corso di aggiornamento*

☐ *Corso di addestramento*

☐ *Tirocinio/frequenza presso strutture assistenziali o formative*

☐ *Tirocinio/frequenza con metodiche tutoriali presso una struttura assistenziale o formativa*

☐ *Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici*

☐ *Videoconferenza*

☐ *Attività formativa di aggiornamenti monotematici*

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?

☐ *Sì* [X] *No*

E' previsto l'uso della sola lingua italiana?

[X] *Sì* | ☐ *No*

ASL8
.2014/41815 del 12/11/2014 ore 08,05
tt.: Igiene degli Alimenti e della Nut..
s.: Area Formazione
ass.: 1 Fasc.: 222 del 2014

Numero Edizione/i del corso

Numero edizioni previste:___2____

Data inizio prima edizione: 18.12.2014

Data fine prima edizione: 18.12.2014

Nel caso di più edizioni, si prega di comunicare le date di svolgimento all'Area Formazione entro 20 giorni dalla data di inizio di ciascuna di esse, altrimenti non potranno essere accreditate.
Qualora si conoscano già le date, si prega di compilare la tabella sottostante

Edizione numero	*Data di inizio (gg/mm/aaaa)*	*Data di fine (gg/mm/aaaa)*
2	19.12.2014	19.12.2014
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Sede di svolgimento

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

☒ Sì | ☐ No

Se no, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione entro 30 giorni dall'inizio del corso.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Struttura	Servizio Igiene della Alimentazione e della Nutrizione		
Via	Via San Lucifero	*Num.*	75
Comune/Prov.	Cagliari (Ca)	*CAP*	09100

Trasmissione nominativi dei partecipanti al corso

L'elenco dei partecipanti deve essere trasmesso all'Area Formazione 10 giorni prima dell'inizio dell'attività formativa. Per ogni partecipante si deve indicare nome e cognome, matricola, struttura di appartenenza, luogo e data di nascita.

Dati del partecipanti

Numero partecipanti previsti per ciascuna edizione: 25

Numero partecipanti totali: 50

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- [X] ***Medico Chirurgo***
- [ ] ***Farmacista***
- [X] *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 della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare*
- [ ] *Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico*
- [ ] *Tecnico Sanitario di Radiologia Medica*
- [ ] *Tecnico Audiometrista*
- [ ] *Tecnico Audioprotesista*
- [X] *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*

N.B. : Per le professioni evidenziate in grassetto, consultare la pagina seguente e specificare le discipline

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- [ ] *Analista*
- [ ] *Architetto*
- [ ] *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 Pers. della Riabil.*
- [ ] *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*
- [ ] *Oper. Tecnico Addetto Assistenza (OTA)*
- [ ] *Operatore Tecnico Specializzato*
- [ ] *Ottico*
- [ ] *Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente*
- [ ] *Profilo Atipico Ruolo Amministrativo*
- [ ] *Profilo Atipico Ruolo Professionale*
- [ ] *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*
☐ *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*	☐ *Farmacologia e Tossicologia Clinica*	☐ *Gastroenterologia*	☐ *Genetica Medica*	☐ *Geriatria*
X☐ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione*	X *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*	☐ *Laboratorio di Genetica Medica*	X☐ *Malattie dell'apparato respiratorio*	X☐ *Malattie Infettive*
☐ *Medicina Aeronautica e Spaziale*	☐ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro*	☐ *Medicina dello Sport*	☐ *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*

5

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	
☐ *Psicologo*	☐ *Psicoterapia*

4

6

Obiettivo formativo

Barrare una sola casella:

☐ *Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebn – ebn – ebp)*

☐ *Linee guida – protocolli – procedure – documentazione clinica*

☐ *Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura*

☐ *Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia*

☐ *Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie*

☐ *La sicurezza del paziente*

☐ *La comunicazione efficace, la privacy ed il consenso informato*

☐ *Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale*

☐ *Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera*

☒ *Epidemiologia – prevenzione e promozione della salute*

☐ *Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali*

☐ *Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure*

☐ *Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute*

☐ *Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità*

☐ *Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria*

☐ *Etica, bioetica e deontologia*

☐ *Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn*

☐ *Contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica*

☐ *Medicine non convenzionali:valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà*

☐ *Tematiche speciali del ssn e ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla cn ecm per far fronte a specifiche emergenze sanitarie*

☐ *Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione*

☐ *Fragilità (minori, anziani, tossicodipendenti, salute mentale):tutela degli aspetti assistenziali e socio – assistenziali*

☐ *Sicurezza alimentare e/o patologie correlate*

☐ *Sanità veterinaria*

☐ *Farmacoepidemiologia, farmaco economia, farmacovigilanza*

☐ *Sicurezza ambientale e/o patologie correlate*

☐ *Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate*

☐ *Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione – trapianto*

☐ *Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Technology assesment*

Area tematica

Barrare una sola casella:

- ☐ *Area comunicazione e relazione*
- ☐ *Area cure primarie*
- ☐ *Area salute mentale*
- ☐ *Area materno infantile*
- ☐ *Area delle dipendenze*
- ☐ *Area riabilitazione*
- ☐ *Area oncologica*
- ☐ *Area farmaceutica*
- ☐*Area giuridico - normativa*
- ☐ *Area qualità e risk management*
- ☐ *Area metodologica*
- ☐ *Area etica e deontologica*
- ☐ *Area specialità chirurgiche*
- ☐ *Area specialità mediche*
- ☐ *Area prevenzione e promozione della salute*
- ☐ *Area informatica*
- ☐ *Area emergenza ed urgenza*
- ☒ *Area igiene e sanità pubblica*
- ☐ *Area sicurezza luoghi di lavoro*
- ☐ *Area salute immigrati*
- ☐ *Area cardiovascolare*
- ☐ *Area medicina veterinaria*
- ☐ *Area diagnostica di laboratorio*
- ☐ *Area diagnostica per immagini*
- ☐ *Area gestionale management organizzativa*
- ☐ *Area gestionale management economico finanziaria*

Finalità

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Incremento delle conoscenze tecnico-scientifiche nel ruolo della prevenzione e della sicurezza negli ambienti di vita.

B - Acquisizione competenze di processo:

Ampliamento delle relazioni tra gli istituti competenti a vantaggio delle metodologie operative da applicarsi nella casistica specifica.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Potenziamento dello stato operativo attrezzato di capacità ispettiva allargata di una ulteriore attività adattata per la prevenzione e promozione della salute sul territorio.

Programma del corso

Si allega il programma ? ☒ *Si* | ☐ *No*
Se no, non potrà essere accreditato il corso sul sistema regionale E.C.M. e sul sistema AGENAS.

Si prega di indicare i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma, coerentemente con quanto riportato al punto successivo (metodologia didattica).

Durata singola edizione (non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio): Ore: ***Sei***, Minuti: ***trenta***

Metodi didattici

Il totale complessivo deve corrispondere alla durata della singola edizione del corso; non si conteggiano la registrazione dei partecipanti, i saluti e le pause.

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	4	=
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	3	=
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED		
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC		
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	=	=
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED		
Role - Playing	RP		

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)*

10

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

[X] *Videoproiettore* | [X] *Computer portatile* | ☐ *Lavagna a fogli mobili* | ☐ *Aula informatica*

Responsabile scientifico nel progetto

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

Nome Ugo *Cognome* Storelli
Qualifica Direttore Sanitario Asl 8 Cagliari
Competenze
Telefono *Cellulare*
Fax *email*
Luogo di nascita Cagliari *Data di nascita* 02.04.1954

Al termine del corso, sarà sua cura consegnare all'Area Formazione:

1 – Dichiarazione Lista Partecipanti al Progetto Formativo (disponibile sul sito www.aslcagliari.it nella parte riservata all'Area Formazione)

n.b.: ai fini del riconoscimento dei crediti E.C.M., non sono consentite assenze al corso da parte dei partecipanti

n.b. 1 : nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere una nota per ciascuna edizione

2 – Nota di trasmissione materiale didattico post – corso che trasmetta (disponibile sul sito www.aslcagliari.it nella parte riservata all'Area Formazione):

- **Elenco dei questionari/prove di valutazione** (o una dichiarazione che attesti l'avvenuto superamento o non superamento del corso dal punto di vista didattico) **di apprendimento utilizzati/e dai partecipanti** specificando su ciascuno di essi se sia da considerarsi come "prova superata" o "non superata". Per l'E.C.M., sono da considerare validi i questionari di apprendimento per i quali si è risposto correttamente ad almeno il 60% delle domande.
- **Elenco dei questionari di gradimento del corso** (se il corso è accreditato E.C.M.)
- **Elenco dei questionari di gradimento di ogni singolo docente del corso** (se il corso è accreditato E.C.M.)

n.b.: nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere una nota per ciascuna edizione

3 – Dichiarazione di Prestazione Didattica Regolarmente Eseguita (disponibile sul sito www.aslcagliari.it nella parte riservata all'Area Formazione)

n.b.: nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere separatamente una nota per ciascuna edizione

4 – Modulo di Consegna Materiali Didattici a cura del/dei docente/i del corso (disponibile sul sito www.aslcagliari.it nella parte riservata all'Area Formazione)

11

5 – Dichiarazione Ricaduta Formativa a Distanza - da consegnare 6 MESI dopo la fine del corso

(disponibile sul sito www.aslcagliari.it nella parte riservata all'Area Formazione)

Massimali e retribuzione dei docenti
(delib. G.R. n. 32/79 del 24/07/2012):

Voce di spesa	Docente Interno	Docente Esterno
Pasti	come da disposizioni aziendali	I pasti saranno rimborsati fino ad un massimo di € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore, e € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 ore (art. 5, D.P.R. 395/88).
Mobilità	come da disposizioni aziendali	Aereo, nave, treno: rimborso in classe economica dietro presentazione delle ricevute di spesa e delle carte d'imbarco; Uso del mezzo proprio: è ammesso, se sussiste almeno una delle seguenti condizioni: a) maggiore convenienza economica rispetto ai servizi di linea; b) inconciliabilità degli orari; c) particolari comprovate esigenze – dovranno comunque essere indicati targa e tipo dell'automezzo utilizzato Autobus: è ammesso esclusivamente il rimborso delle corse extraurbane dietro presentazione del biglietto in originale regolarmente obliterato
Pernottamento	come da disposizioni aziendali	Max 110,00/notte
Compenso	In orario di servizio*: a - € 5,64/ora per il comparto; b - € 8,20/ora per la dirigenza; Fuori orario di servizio*: a - € 25,82/ora per il comparto; b - € 41,00/ora per la dirigenza; * = come da disposizioni aziendali	- Max € 100,00/ora se appartenenti alla Fascia A - Max € 80,00/ora se appartenenti alla Fascia B - Max € 50,00/ora se appartenenti alla Fascia C - Max € 30,00/ora se appartenenti alla Fascia D Per importi superiori ai € 100,00/ora e/o comunque superiori a quelli indicati nelle tabelle per i rispettivi professionisti, è necessaria l'autorizzazione della Direzione Aziendale

Spese non rimborsabili:

1 – Ricevute relative ai taxi
2 – Ricevute di parcheggio del mezzo proprio
3 - Le ricevute relative al noleggio di autovettura
4 - Gli scontrini fiscali privi della descrizione del bene e/o servizio acquistato
5 - Le ricevute pasti e/o alloggio non fiscali
6 - Le ricevute riferite a pasti consumati in data antecedente a quella di emissione
7 - I biglietti autofiloferrotranviari relativi a percorsi urbani

12

Fasce di competenza compensi docenza (delib. G.R. n. 32/79 del 24/07/2012):

Fascia	Requisiti professionali
A	▪ Docenti di ogni grado del sistema universitario e dirigenti della PA impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione ▪ Funzionari della PA impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale ▪ Ricercatori (dirigenti di ricerca, primi ricercatori) impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale ▪ Dirigenti d'azienda o imprenditori impegnati in attività del settore di appartenenza, rivolte ai propri dipendenti, con esperienza professionale almeno decennale nel profilo o categoria di riferimento ▪ Esperti di settore e professionisti con esperienza professionale almeno decennale nel profilo/materia oggetto della docenza ▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno decennale
B	▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno quinquennale ▪ Ricercatori universitari di I livello e funzionari della PA impegnati in attività propria del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno quinquennale ▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie del settore/materia, oggetto della docenza ▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie/materia oggetto della docenza
C	▪ Docenti del sistema scolastico non ricompresi nelle fasce A e B ▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore superiore a 2 anni ▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale superiore a 2 anni
D	▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore inferiore a 2 anni ▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale inferiore a 2 anni

4

13

Dati dei docenti
Docente nr. 1

Nome	Marco	*Cognome*	Crasta
Qualifica	Dirigente Medico		
Telefono		*Cellulare*	3665612851
Fax		*Email*	marcocrasta@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Nuoro	*Data di nascita*	27.11.1954
Docente interno ASL Cagliari	[X] *Si*	☐ *No*	
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	☐ *In orario di servizio - Nr. ore : ___*	[X] *Fuori orario di servizio - Nr. ore : 1 per Edizione*	
Docente esterno	☐ *Si*	[X] *No*	
Fascia di competenza	*X A ☐ B ☐ C ☐ D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: 1 per Edizione*		
Compenso orario docente esterno	*€41.00/h*	**Totale compenso**	**€ 41.00 x 2 = € 82.00**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 1 per Edizione - Totale spesa rimborso pasti: € 55.58_____*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€: _____*		

Docente nr. 2

Nome	Graziano	*Cognome*	Depau
Qualifica	Dirigente Medico		
Telefono		*Cellulare*	3292108543
Fax		*Email*	grazianodepau@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Ierzu	*Data di nascita*	11.11.1955
Docente interno ASL Cagliari	[X] *Si*	☐ *No*	
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	☐ *In orario di servizio - Nr. ore : ___*	[X] *Fuori orario di servizio - Nr. ore : 1 per Edizione*	
Docente esterno	☐ *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	*X A ☐ B ☐ C ☐ D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: 1 per Edizione*		
Compenso orario docente esterno	*€ 41.00/h*	**Totale compenso**	**€ 41.00 x 2 = € 82.00**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare:1 per Edizione - Totale spesa rimborso pasti: € 55.58_____*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno,	*€: _____*		

14

metro, bus)	

Dati dei docenti
Docente nr. 3

Nome	Ignazio	*Cognome*	Cois
Qualifica	Coordinatore Tecnici della Prevenzione		
Telefono		*Cellulare*	3346149520
Fax		*Email*	ignaziocois@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Cagliari	*Data di nascita*	07.08.1954
Docente interno ASL Cagliari	[X] *Si*	☐ *No*	
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	☐ *In orario di servizio - Nr. ore : ___*	[X] *Fuori orario di servizio - Nr. ore : 1*	
Docente esterno	☐ *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	*X A ☐ B ☐ C ☐ D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: 30 minuti per edizione*		
Compenso orario docente esterno	*€ 25.82/h*	**Totale compenso**	**€ 25.82**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 1 per Edizione - Totale spesa rimborso pasti: € 55.58*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€: _____*		

Docente nr. 4

Nome	Giorgio	*Cognome*	Frau
Qualifica	Dirigente Medico		
Telefono		*Cellulare*	3351589523
Fax		*Email*	
Luogo di nascita		*Data di nascita*	
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	[X] *No*	
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	☐ *In orario di servizio - Nr. ore : ___*	☐ *Fuori orario di servizio - Nr. ore :___*	
Docente esterno	[X] *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	[X] *A ☐ B ☐ C ☐ D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: 2 per Edizione*		
Compenso orario docente esterno	*€ 100.00/h*	**Totale compenso**	**€ 400.00**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 1 per Edizione - Totale spesa rimborso pasti: € 55.58*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare:=== - Totale spese pernottamenti: € ===*		

15

Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€: 70.00*

Dati dei docenti

Docente nr. 5

Nome		*Cognome*	
Qualifica			
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*Email*	
Luogo di nascita		*Data di nascita*	
Docente interno ASL Cagliari	*Si*	☐ *No*	
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	☐ *In orario di servizio - Nr. ore : ___*	*Fuori orario di servizio - Nr. ore :___*	
Docente esterno	☐ *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	☐ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ _____**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: _____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€: _____*		

Docente nr. 6

Nome		*Cognome*	
Qualifica			
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*Email*	
Luogo di nascita		*Data di nascita*	
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	☐ *No*	
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	☐ *In orario di servizio - Nr. ore : ___*	☐ *Fuori orario di servizio - Nr. ore :___*	
Docente esterno	☐ *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	☐ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ _____**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: _____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____*		

16

Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€:* _____

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

☐ *Formazione strategica* ☐ *Formazione di sistema* X *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)*	***€ 589.82***
B	*Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)*	*€* _____
C	*Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)*	***€ 222.32***
D	*Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)*	***€ 70.00***
E	*Stima costi accreditamento ECM*	***€ 172,15***
Totale spesa corso (A + B + C + D + E)		***€ 1.054.29***

Dati del referente della segreteria organizzativa

Nome	Franco	*Cognome*	Cabras
Telefono	070 6094836	*Cellulare*	334 6152472
Fax		*email*	francocabras@asl8cagliari.it
Indirizzo	Via San Lucifero 75		

Materiale informatici da inviare necessariamente per l'accreditamento E.C.M.
(entro 45 giorni prima della data di inizio del corso)

- **Curriculum del Responsabile Scientifico** (firmato, in formato europeo ed in versione word e pdf)
- **Curriculum di ogni singolo docente** coinvolto nel progetto formativo (firmato, in formato europeo ed in versione word e pdf)
- **Programma del corso** (formato word) col dettaglio delle metodologie didattiche utilizzate e con l'esatta indicazione sulla durata degli interventi dei docenti che intervengono in ciascuna fascia oraria del programma
- **Strumento di valutazione dell'apprendimento** (formato word)

Indicare il referente all'interno dell'Area Formazione

- ☐ *Coordinamento distretti (Tiziana Cotza)*
- ☐ *D.A. Servizi amministrativi (Laura Bernardini)*
- ☐ *D.A. Servizi tecnico logistici (Laura Bernardini)*
- ☐ *Centrale Operativa 118 (Alessandro Folleri)*
- ☐ *Dipartimento Emergenza Urgenza (Alessandro Folleri)*
- ☐ *Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari (Alessandro Folleri)*
- ☐ *D.G. Staff (Laura Bernardini)*
- ☐ *DASS Accreditamento Strutture Sanitarie (Giovanni Ballicu)*
- ☐ *Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari (Anna Paola Ibba)*
- ☐ *Dipartimento Dipendenze (Renata Casu)*
- ☐ *Dipartimento Farmaco (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. Binaghi (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. Businco (Tiziana Cotza)*
- ☐ *P.O. Marino (Anna Paola Ibba)*
- ☐ *P.O. Microcitemico (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. San Giuseppe (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. San Marcellino (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. Santissima Trinità (Paolo Nieddu)*
- ☒ *Dipartimento Prevenzione (Tiziana Cotza)*
- ☐ *Dipartimento Salute Mentale (Anna Paola Ibba)*

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	GIORGIO CARLO STERI
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)

18

ASLCagliari

Direzione Sanitaria

n° prot. NP/9030

Al Sig. Responsabile
Area Formazione

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
7 MAR. 2014
PRESA IN CARICO

Oggetto: Richiesta attivazione progetto formale residenziale.

Selargius, - 6 MAR. 2014

Con parere favorevole si trasmette la richiesta di attivazione del progetto formativo residenziale intitolato "Legionella Pneumophila: ubiquitaria, poco conosciuta e pericolosa. Un approfondimento pratico e scientifico per gli operatori sanitari".

Distinti saluti

Dott. Ugo Storelli
Direttore Sanitario

pg 18

ASL 8 Cagliari
Sede: Via Piero della Francesca 1 - 09047 selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

Direzione Sanitaria
via Piero della Francesca 1
Su Planu - Selargius
T. 0706093295
F. 0706093244