ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

**SERVIZIO SANITARIO**
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**
**ATS- AREA SOCIO SANITARIA LOCALE CAGLIARI**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° DTD8-2017-549 DEL 22/08/2017**

**STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE**

**OGGETTO:**
**Approvazione progetto formativo aziendale Lesioni cutanee acute e croniche. Dalla valutazione alla scelta del trattamento appropriato**

Con la presente sottoscrizione si dichiara che l'istruttoria è corretta, completa nonché conforme alle risultanze degli atti d'ufficio, per l'utilità e l'opportunità degli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.

Responsabile Struttura Proponente:
Dott. /Dott.ssa: TULLIO GARAU (firma digitale apposta)

La presente Determinazione:
è soggetta alla comunicazione al competente Assessorato regionale ai sensi dell'art. 29 della L. R. n° 10/ 2006 e ss.mm.ii.

Si attesta che la presente determinazione dirigenziale viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line dell'ASSL Cagliari, dal **22/08/2017** al **06/09/2017**

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

**Il Responsabile del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione**

**VISTA** la Legge Regionale n. 17 del 27.07.2016 di istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS);

**VISTA** la Deliberazione del Direttore Generale della ASSL di Sassari n. 143 del 29/12/2016 di nomina del dott. Paolo Tecleme Direttore dell'Area Socio Sanitaria di Cagliari;

**VISTO** la Deliberazione del Direttore Generale della ATS n. 11 del 18/01/2017 avente per oggetto l'individuazione delle funzioni/attività attribuite ai Direttori delle Aree Socio-Sanitarie e ai Dirigenti dell'Azienda per la Tutela della Salute;

**VISTA** la nota prot. n. 817 del 05.01.2017 con la quale il Direttore ASSL Cagliari, nelle more dell'adozione da parte dell'ATS del nuovo sistema di deleghe dirigenziali, al fine di garantire continuità nell'erogazione dei servizi, conferma i provvedimenti di attribuzione delle deleghe aziendali adottati dall'ex ASL 8;

**VISTA** la nota del Direttore ASSL Cagliari, prot. n. NP/2017/30358 del 04/04/2017, con la quale conferma che il dott. Tullio Garau, già nominato sostituto, prosegua nello svolgimento della funzione di Responsabile del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione;

**DATO ATTO** che il soggetto che propone il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

**RICHIAMATO** il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, (G.U. n. 80 del 05/04/2013), in materia di trattamento dei dati personali;

**VISTA** la Legge Regionale n.10 del 28.07.2006 sul "Riordino del servizio sanitario della Sardegna" e in particolare l'art.25 che stabilisce che "La Regione riconosce l'importanza della formazione tecnico-professionale e gestionale della dirigenza e del restante personale del SSR e a, tale scopo ne favorisce la formazione continua e promuove occasioni di formazione sulla programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, con particolare attenzione alla diffusione delle tecniche di monitoraggio e controllo sull'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni e dei servizi sanitari;

l'Accordo Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul "Riordino del Sistema di Formazione Continua in Medicina", del 1 agosto 2007 e il successivo Accordo del 2 febbraio 2017 sul documento "La formazione continua nel settore salute";

il D.P.C.M. 26 Luglio 2010 - Recepimento dell'Accordo tra lo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, stipulato in data 5 Novembre 2009, in materia di accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero e liberi professionisti;

l'art. 3 della L. 136/2010 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" e s.m.i.;

il D. lgs. 12 aprile 2006, n. 163 Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE;

l'art. 53, comma 6 lettera F bis del D. lgs. n. 165 del 30.03.2001 e successive modifiche ed integrazioni;

la DGR n. 72/23 del 19 dicembre 2008, "Riordino del sistema regionale della formazione continua in medicina";

la Delibera ASL Cagliari n. 401 del 16 aprile 2010, "Adozione, in via sperimentale, del Regolamento Aziendale in Materia di Formazione ed Aggiornamento Professionale";

**PRESO ATTO**

delle delibere ASL Cagliari n. 137 del 30/01/2013 " recepimento della deliberazione G.R. n. 52/94 del 23/12/2011, n. 138 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/74 del 24/07/2012, n. 139 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/79 del 24/07/2012 e n. 140 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/80 del 24/07/2012, relative agli indirizzi per il Nuovo Sistema ECM;

della delibera della Giunta Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n. 4/14 del 5 febbraio 2014 "Manuale di Accreditamento dei provider regionali ECM";

**ATTESO** che il costo per l'organizzazione del corso di formazione graverà sui fondi per la Formazione Aziendale definiti con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016 in quanto il progetto è incluso nel PFA 2017;

**VISTA** la richiesta di attivazione del Progetto Formativo, nota prot.n° NP.2017/60185 del 10/07/2017 (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A), con la quale il dott. Gavino Antonio Scarpa, responsabile f.f. delll'U.O.C. Anestesia e Rianimazione del presidio ospedaliero SS. Trinità di Cagliari, chiede che sia attivato il progetto formativo aziendale **"Lesioni cutanee acute e croniche. Dalla valutazione alla scelta del trattamento appropriato",** nella quale sono precisati gli obiettivi, il responsabile scientifico, la tipologia dei partecipanti, la docente individuata e i costi del progetto formativo;

**ACCERTATO** che:

- le attività di formazione proposte risultano articolate come segue:

**Sede, durata e docenti**

- Il corso sarà tenuto in n. 2 edizioni di una giornata della durata pari a n. 4 ore ciascuna;
- destinatari del progetto sono n. 25 partecipanti per edizione, i cui nominativi saranno individuati e comunicati dalla struttura proponente all'Area Formazione;
- le attività didattiche si svolgeranno nei giorni 10 e 17ottobre 2017 presso la Sala Urologia del presidio ospedaliero SS. Trinità di Cagliari;
- l' attività di docenza, come meglio di seguito precisato sarà affidata alla docente Maria Elena Abis;

**Modalità di partecipazione:**

La formazione in parola, ferme restando le esigenze di continuità del servizio, costituisce aggiornamento obbligatorio per i dipendenti ASSL di Cagliari individuati, per i quali le eventuali eccedenze orarie accumulate in occasione dell'attività formativa rispetto al debito settimanale daranno luogo, esclusa qualsivoglia forma di monetizzazione, al recupero della stessa previa intesa con il diretto responsabile gerarchico;

**Aspetti economici:**

La spesa massima prevista per la realizzazione del progetto è pari a € 812,15. Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docente e costo per l'accreditamento ECM), per un costo procapite previsto per partecipante di € 16,24 e un costo orario partecipante pari € 4,06 come specificato in dettaglio nella tabella costi previsti allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale (Allegato A).
La determinazione del compenso proposto è rispondente a quanto stabilito dalla deliberazione aziendale n° 401 del 16 aprile 2010 "Regolamento Aziendale in Materia di Formazione ed Aggiornamento Professionale", secondo le linee guida Regionali recepite dall'Azienda con Del. N. 139 del 31/01/2013.

**Preso atto che**:

- la docente è stata individuata e proposta dal Direttore della U.O.C. proponente con dichiarazione acquisita agli atti (prot. n° NP.2017/60185 del 10/07/2017) dalla quale risulta che la scelta è stata la più adeguata fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi anche in virtù del ruolo professionale svolto come risulta dal *curriculum* della stessa e dichiara, inoltre, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, che in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte sua conflitti di interesse, (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A);
- il Direttore della U.O.C. proponente ha fornito una dichiarazione acquisita agli atti (prot. n° NP.2017/60185 del 10/07/2017) da parte della docente relativa all'insussistenza di cause di inconferibilità, incompatibilità, o di conflitto di interessi all'assunzione dell'incarico di docenza (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A);

**DETERMINA**

per i motivi esposti in premessa:

1) di approvare il Progetto Formativo **"Lesioni cutanee acute e croniche. Dalla valutazione alla scelta del trattamento appropriato"**;
2) di definire che l'attività formativa si terrà come da data, articolazione oraria indicata nel programma e con la partecipazione della docente che risulta indicata nello stesso, per la quale il presente atto costituisce formale incarico;
3) di fissare a € 812,15 le spese complessive da sostenere per la realizzazione del progetto formativo in oggetto (dettagliati nella tabella contenuta nell'Allegato A). Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docente e costo accreditamento ECM);
4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 16,24 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 4,06;
5) che il costo per l'organizzazione del corso di formazione graverà sul fondo per la Formazione Aziendale definito con delibera n. 1534 del 15/12/2016;
6) di imputare le spese complessive di € 812,15 sul bilancio finanziario dell'anno 2017 come indicato nella tabella successiva:

| ANNO | UFF AUTORIZZ. | MACRO | COD. CONTO | DESCRIZIONE | IMPORTO (IVA INCL.) |
|---|---|---|---|---|---|
| 2017 | BS2 | Area Formazione | A506030201 | Compensi ai docenti esterni | € 640,00 |
| 2017 | BS2 | Area Formazione | A506030204 | Spese per formazione e aggiornamento professionale | € 172,15 |

7) di autorizzare il Servizio Bilancio al pagamento delle competenze dovute in favore di colui che erogherà servizi per la funzionalità del progetto formativo a seguito di presentazione di regolare documentazione contabile e previa liquidazione contenente l'attestazione di regolare esecuzione da parte del Direttore della UO proponente il Progetto formativo e al pagamento delle spese per la quota di accreditamento ECM;
8) di demandare all'Area Formazione del Servizio Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale, per quanto di competenza, gli adempimenti organizzativi ed amministrativi connessi con l'attuazione delle predette attività ECM regionale;
9) di comunicare la presente deliberazione all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, ai sensi dell'art. 29, comma 2, della L.R. n. 10/2006, come modificato dall'art. 3 della L.R. n° 21/2012

**Il Responsabile del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione**
dott. Tullio Garau
Firma apposta digitalmente

S.C. Sviluppo Organizzativo e
valutazione del Personale-Area Formazione: Tullio Garau
Estensore e responsabile del procedimento: Renata Casu

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

# Allegato "A"

Approvazione progetto formativo aziendale
**Lesioni cutanee acute e croniche. Dalla valutazione alla scelta del trattamento appropriato**

Il presente allegato è composto
di n. 14 fogli, di n. 14 pagine

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Prot. 157/17

P.O. SS. Trinità
U.O.C. Anestesia e Rianimazione

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/60185 del 10/07/2017 ore 08.59
Mitt.: ASSL Cagliari OSPEDALE SS.TRINIT...
Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 1764 del 2017

Al Responsabile della
Formazione

Cagliari 07/07/2017

Oggetto: Attivazione Progetto Formativo Aziendale _

Al fine di poter procedere all'attivazione del Progetto Formativo _
***Lesioni cutanee acute e croniche. Dalla valutazione alla scelta del trattamento appropriato***

si trasmette in allegato la seguente documentazione:

- Modulo "Richiesta di attivazione del progetto formativo
- Indicazione di scelta dei docenti/relatori e assenza di conflitto di interesse
- Moduli assenza di conflitto di interesse da parte dei docenti e accettazione incarico.
- Indicazione di scelta di responsabile scientifico
- Programma del corso per accreditamento

Distinti Saluti

ASL Cagliari
P.O. SS. TRINITÀ
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
RESPONSABILE F.F.
Dott. Gavino Antonio Scarpa
Matr. 48702

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
07 LUG. 2017
PRESA IN CARICO

**ATS Sardegna – ASSL Cagliari**
**Sede: Via Monte Grappa, 82**
**07100 Sassari**
P. IVA: 00935650903
C.F.: 92005870909

**U.O.C.Anestesia e Rianimazione**
**Responsabile: Dott. Antonio Gavino Scarpa**
**Via Is Mirrionis Cagliari**
**Tel 070/6095859 Fax 0706095854**

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

P.O. SS. Trinità
U.O.C. Anestesia e Rianimazione

**Cagliari 05.07.2017**

Al Responsabile Area Formazione
Dr.Tullio Garau
Via Caravaggio
Cagliari

Oggetto: Modifica Corso di formazione "Lesioni cutanee acute e croniche. Dalla valutazione alla scelta del trattamento appropriato"

A causa di un errore di trascrizione durante la predisposizione degli eventi formativi per il 2017, si chiede, per il corso dal titolo" **Lesioni cutanee acute e croniche. Dalla valutazione alla scelta del trattamento appropriato"**, approvato nel piano formativo per il 2017, un incremento di 434 euro rispetto ai 206 euro previsti, relativi al compenso del docente.

Per i costi aggiuntivi si chiede di poter utilizzare parte dei fondi preventivati per il corso " Gestione dell'accesso venoso centrale e periferico" riducendo le edizioni previste da quattro a tre.

Pertanto non ci sarà alcun aggravio economico alla somma dei costi dei due progetti, rispetto a quanto previsto dal PAF 2017

Distinti saluti

**Il Responsabile dell'U.O.C.**

**Dott. Antonio Scarpa**

ASLCagliari
P.O. SS. TRINITA'
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
RESPONSABILE F.F.
Dott. Gavino Antonio Scarpa
Matr. 48702

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

**Servizio Proponente** Anestesia Rianimazione

# Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

**Titolo del Progetto:** *" Lesioni cutanee acute e croniche. Dalla valutazione alla scelta del trattamento appropriato "*

**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 Inzio | Data fine | | Data Inzio | Data fine |
|---|---|---|---|---|---|
| 1ª Edizione | 10/10/2017 | 10/10/2017 | 6ª Edizione | / / | / / |
| 2ª Edizione | 17/10/2017 | 17/10/2017 | 7ª Edizione | / / | / / |
| 3ª Edizione | / / | / / | 8ª Edizione | / / | / / |
| 4ª Edizione | / / | / / | 9ª Edizione | / / | / / |
| 5ª Edizione | / / | / / | 10ª 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. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.***

## 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 urologia

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap)** P.O. SS.Trinità

## Partecipanti

**Numero di partecipanti per edizione** 25 **Totale Partecipanti** 50

☒ 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 prevenzione e promozione della salute

## *Obiettivo formativo*

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

## *Finalità **

**A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**

Il corso fornisce al partecipante le conosce specifiche rigurdo le LDD, relativamente alla valutazione del rischio, tecniche ed ausili di prevenzione , stadi azione e metodi di trattamento con medicazioni avanzate.

**B - Acquisizione competenze di processo:**

Il corso si prefige di fornire le necessarie competenze per la scelta di strumenti per attuare specifici interventi finalizzati alla prevenzione e al trattamento avanzato delle LDD.

**C - Acquisizione competenze di sistema:**

Applicazione nella pratica quotidiana dei principi, strategie e procedure delle evidence base practice ( EBM –EBN-EBP )idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia ed appropriatezza nel trattamento delle LDD.

**D – Previsione di ricaduta formativa** *(in termini di competenze e performance):*

Acquisizione di nuove competenze nella cura delle lesioni cute e croniche

**E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi:** 06 **dal corso**

**** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati***

## Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome Scarpa Nome Gavino Antonio
Codice Fiscale SCRNNG53C04B068O Luogo di nascita Bosa Data di nascita 04/03/1953
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3396560532 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail antoniogavinoscarpa@asl8cagliari.it
Qualifica Medico Competenze Medico Anestesista Rianimatore

## Referente della segreteria organizzativa

Cognome Abis Nome Patrizia
Codice Fiscale BSAPRZ63P51G207RTelefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3397897709 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail patriziaabis@asl8cagliari.it

**FORMATORE/TUTOR n.** 1

Ruolo Docente Esterno
Cognome Abis Nome Maria Elena
Codice Fiscale BSAMLN60E43B354B Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 03/05/1960
Professione ECM Infermiere Disciplina ECM Medicina Interna
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3481097654 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mariaelenaabis@aob.it Qualifica Infermiere
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia B € 80,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 008 Totale compenso € 640
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
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 Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.
Codice Fiscale _____ Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.
Professione ECM _ Disciplina ECM
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo._ Totale compenso Fare clic qui per immettere testo.
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
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.** 3

Ruolo Scegliere un elemento.
Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
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): Fare clic qui per immettere testo

☐ 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) | € 640,00 |
| **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* | € 812,15 |

## 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. San Giuseppe
☐ P.O. San Marcellino
☒ P.O. Santissima Trinità
☐ P.O. Binaghi

## 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)<br>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) | ANTONIO GAVINO SCARPA |
| **Timbro e Firma** (leggibile)<br>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) | ASLCagliari P.O. SS. TRINITA' U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE RESPONSABILE F.F. Dott. Gavino Antonio Scarpa Matr. 48702 |

ASLCagliari
P.O. SS. TRINITA'
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
RESPONSABILE F.F.
Gavino Antonio Scarpa
Matr. 48702

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Servizio

# Indicazione di scelta del docente
# e dichiarazione assenza di conflitto di interessi

*(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)*

Io sottoscritt_ ANTONIO GAVINO SCARPA Responsabile/Direttore della Struttura

ANESTESIA/RIANIMAZIONE ,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

LESIONI CUTANEE ACUTE E CRONICHE. Dalla valutazione alla scelta del Trattamento appropriato _

di prossima programmazione,

**1) indico quale docente dell'attività formativa in questione**
il/la Sig./Dr.
Dr.ssa ELENA ABIS
di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico.

**2) Dichiaro che**, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta **non sussistono** da parte mia **conflitti di interesse**.

Data, 07/07/2017

Firma e timbro

ASL Cagliari
P.O. SS. TRINITA'
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
RESPONSABILE F.F.
Dott. Gavino Antonio Scarpa
Matr. 48702

Servizio

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

# Dichiarazione

## Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

*(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)*

Io sottoscritto/a Abis Maria Elena nominato/a in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

LESIONI CUTANEE ACUTE E CRONICHE - DALLA VALUTAZIONE ALLA SCELTA DEL TRATTAMENTO

di prossima programmazione, dichiaro di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 07/07/2017

Firma e timbro

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

Anestesia/Rianimazione
Santissima Trinità

# Progetto Formativo

## Lesioni cutanee acute e croniche.
## Dalla valutazione alla scelta del trattamento appropriato.
## 10, 17 Ottobre 2017

# PROGRAMMA

| | Inizio | Fine | Programma | Docente | Sostituto |
|---|---|---|---|---|---|
| | 14.00 | 14.15 | Registrazione partecipanti | | |
| | 14.15 | 14.30 | Saluto ai partecipanti e Introduzione all'evento formativo | **Direttore U.O.C. Antonio Gavino Scarpa** | |
| | 14.30 | 15.15 | Valutazione del paziente portatore di lesione cutanea | Dr.ssa Elena Abis | |
| | 15.15 | 15.30 | Discussione | | |
| | 15.30 | 16:20 | Trattamento: medicazioni avanzate | Dr.ssa Elena Abis | |
| | 16.20 | 16.30 | Discussione | | |
| | 16.30 | 16.45 | Coffee Break | | |
| | 16.45 | 17.15 | Casi clinici | Dr.ssa Elena Abis | |
| | 17.15 | 17.30 | Discussione | | |
| | 17.30 | 18:45 | Role Plaining con griglia | Dr.ssa Elena Abis | |
| | 18.45 | 19.00 | Questionario apprendimento e chiusura dei lavori | | |

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

Direzione generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
Area Formazione

## Progetto Formativo Aziendale

# "Lesioni cutanee acute e croniche. Dalla valutazione alla scelta del trattamento appropriato"

**TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI**

| VOCE DI SPESA | TOTALE |
|---|---|
| Compenso docente | € 640,00 |
| Costi accreditamento ECM | € 172,15 |
| TOTALE | € 812,15 |

Costo medio per partecipante € 16,24
Costo medio x ora x partecipante € 4,06