

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

DETERMINAZIONE DIRETTORE ASSSL Cagliari N° DET8-2017-286 DEL 05/05/2017

Dott. Paolo Tecleme (firma digitale apposta)

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE

OGGETTO:

Approvazione progetto formativo aziendale: Corso Residenziale Inglese Scientifico

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'ASSSL Cagliari dal **08/05/2017** al **23/05/2017**

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;
- 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;
- il D.P.C.M. 26 Luglio 2010 - Recepimento dell'Accordo 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 con l'utilizzo del budget per la Formazione Specifica;

VISTA

- la nota prot. n° NP/2017/18951 del 02/03/2017 (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A) con la quale la dott.ssa Assunta Ferraraccio, Direttore del Servizio Assistenza Territoriale, chiede che sia attivato il progetto formativo aziendale extra PFA 2017 dal titolo "**Corso Residenziale Inglese Scientifico**", nel quale sono precisati gli obiettivi, il responsabile scientifico, la tipologia dei partecipanti e il docente individuato del progetto formativo;
- la nota prot. n. NP/2017/20999 del 08/03/2017 (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A) relativa all'autorizzazione del Direttore ASSL al corso richiesto;

ACCERTATO che:

- le attività di formazione proposte risultano articolate come segue:

Sede, durata e docenti

- Il corso sarà tenuto in n. 1 edizione della durata pari a 21 ore dal 03/05/2017 al 08/06/2017;
- Destinatari del progetto (15 partecipanti) saranno individuati e comunicati dalla struttura proponente all'Area Formazione;
- Le attività didattiche si svolgeranno dal 03/05/2017 al 08/06/2017 presso il Servizio Assistenza Territoriale – Via Tigellio, 21 - Cagliari
- L'attività di docenza, come meglio di seguito precisato sarà affidata al docente esterno d.ssa Marzia Gioia Ada Moretto;

Modalità di partecipazione:

La formazione in parola, ferme restando le esigenze di continuità del servizio, costituisce aggiornamento obbligatorio per i dipendenti ASL 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 € 1.300,00. Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docente), come specificato in dettaglio nella tabella costi previsti allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale (Allegato A).

Preso atto che:

- il docente è stato proposto ed individuato dal Responsabile della UO proponente con dichiarazione acquisita agli atti (nota prot. NP/2017/18951 del 02/03/2017) dalla quale risulta che la scelta risulta 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 Responsabile della U.O. proponente ha fornito una dichiarazione acquisita agli atti (nota prot. 2016/18951 del 02/03/2017) da parte del 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);

PROPONE L'ADOZIONE DELLA DETERMINAZIONE

per i motivi esposti in premessa:

- 1) di approvare il Progetto Formativo Aziendale extra PFA "**Corso Residenziale Inglese Scientifico**";
- 2) di definire che le attività formative si terranno come da data, articolazione oraria indicate nel programma;
- 3) di fissare in € 1.300,00 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);
- 4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 56,52 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 2,46;
- 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 con l'utilizzo del budget per la Formazione Specifica;
- 6) di imputare la spesa complessiva di € 1.300,00 nel bilancio d'esercizio dell'anno 2017 come di seguito specificato:

Anno	Autorizzazione di spesa	Conto economico	Descrizione Conto	Importo aggiudicato Iva Inclusa
2017	BS2_ Area Formazione	A506030201	Compensi ai docenti esterni	€ 1.300,00

- 7) di autorizzare il Servizio Bilancio al pagamento delle competenze dovute in favore di coloro che erogheranno 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 responsabile della UO proponente il Progetto formativo;
- 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 e l'eventuale utilizzo della cassa economale di competenza;
- 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 F.F. DEL SERVIZIO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE – AREA FORMAZIONE

Dott. Tullio Garau
(Firma digitale apposta)

S.C. Sviluppo Organizzativo e
valutazione del Personale-Area Formazione: TG
Estensore: RF

IL DIRETTORE DELL'AREA SOCIO-SANITARIA LOCALE DI CAGLIARI

VISTA la su estesa proposta, che si richiama integralmente;

DATO ATTO che il soggetto che adotta 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;

DETERMINA

- 1) di approvare il Progetto Formativo Aziendale extra PFA “**Corso Residenziale Inglese Scientifico**”;
- 2) di definire che le attività formative si terranno come da data, articolazione oraria indicate nel programma;
- 3) di fissare in € 1.300,00 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);
- 4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 56,52 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 2,46;
- 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 con l'utilizzo del budget per la Formazione Specifica;

- 6) di imputare la spesa complessiva di € 1.300,00 nel bilancio d'esercizio dell'anno 2017 come di seguito specificato:

Anno	Autorizzazione di spesa	Conto economico	Descrizione Conto	Importo aggiudicato Iva Inclusa
2017	BS2_ Area Formazione	A506030201	Compensi ai docenti esterni	€ 1.300,00

- 7) di autorizzare il Servizio Bilancio al pagamento delle competenze dovute in favore di coloro che erogheranno 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 responsabile della UO proponente il Progetto formativo;
- 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 e l'eventuale utilizzo della cassa economale di competenza;
- 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 DIRETTORE DELLA ASSL CAGLIARI

Dott. Paolo Tecleme
(Firma digitale apposta)

Allegato “A”

“CORSO RESIDENZIALE INGLESE SCIENTIFICO”

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

Il Responsabile f.f. dello Sviluppo Organizzativo
e Valutazione del Personale
Area Formazione
dott. Tullio Garau

ALLEGATO ALLA DETERMINA

N. _____ DEL _____

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/18951 del 02/03/2017 ore 10,43
Mitt.: ASL Cagliari Servizio Assistenza...
Ass.: ASL Cagliari Sistemi Informativi...
Class.: 2.4. Fasc.: 34 del 2017



Al Direttore ASL
e.pc Al Responsabile Area Formazione
Loro Sedi

Oggetto: Richiesta attivazione corso residenziale inglese scientifico da svolgersi nel corso del 2017.

Si chiede l'attivazione di un corso residenziale di inglese scientifico utilizzando il budget del Servizio per la formazione specifica del Servizio Assistenza Territoriale composto da tre dirigenti medici, sei infermieri, tre amministrativi, ed il budget parziale della Struttura Semplice Dipartimentale "Funzioni connesse alle autorizzazioni e accreditamento Erogatori Sanitari e Socio Sanitari" composto da tre Dirigenti medici e due infermieri, in quanto si ritiene che allo stato attuale una adeguata conoscenza della lingua inglese non possa essere considerato solo un plus, ma una concreta necessità per rimanere competitivi in qualunque ambito lavorativo, rappresentando ufficialmente la lingua universale, parlata utilizzata e capita in tutto il mondo.

Per coloro che lavorano in campo sanitario la conoscenza della lingua inglese consente di entrare più agevolmente nel mondo scientifico e sviluppare le abilità comunicative necessarie, attraverso la lettura di riviste, siti internet, computer, stesura di articoli e ricerche, partecipazione a congressi.

In questo Servizio più volte sia la Dirigenza che il comparto ha rappresentato l'esigenza di approfondire la conoscenza della lingua inglese, in quanto per lo svolgimento delle attività

quotidiane di controllo sull'appropriatezza prescrittiva è indispensabile un aggiornamento continuo sulle più recenti metodiche chirurgiche, tecniche e diagnostiche.

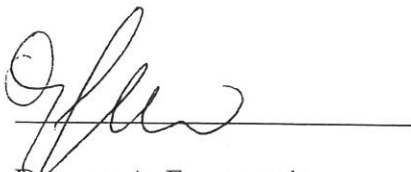
Il programma del corso di lingua inglese proposto da questo Servizio si adatta alle esigenze del personale tutto, in quanto è concentrato sull'acquisizione dei termini specifici del linguaggio specialistico scientifico e lavorativo ed è concepito per approfondire e sviluppare la capacità di comunicazione in ambito professionale sanitario e amministrativo.

Si chiede pertanto l'autorizzazione all'attivazione del corso proposto per il personale del Servizio, significando le ricadute dello stesso in termini di miglioramento formativo, di innovazione e valorizzazione professionale.

Il costo del corso è di € 1340,00, per il quale è previsto l'utilizzo del budget del Servizio Assistenza Territoriale di € 893,00. e della Struttura Semplice Dipartimentale funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie di € 452,00.

Si allega la richiesta di partecipazione al Corso del Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale. "Funzioni connesse alle autorizzazioni e accreditamento Erogatori Sanitari e Socio Sanitari"

Nell'attesa di un cortese riscontro si porgono distinti saluti.



Dott.ssa A. Ferraraccio
Il Direttore



Al Direttore UOC
Servizio Assistenza Territoriale

Oggetto: inserimento personale SSD nel corso residenziale "Inglese Scientifico" anno 2017

Si chiede la partecipazione al Corso residenziale "Inglese Scientifico" organizzato da codesta UOC per l'anno 2017 mediante l'inserimento di 3 dirigenti medici e 2 Infermieri in forza a questa SSD utilizzando la quota budget corrispondente assegnata alla struttura pari a 452 euro per l'anno 2017.

In attesa di cortese riscontro

Cordiali Saluti

Dott. Aldo Monni
Responsabile SSD

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *Corso Residenziale Inglese Scientifico* "

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? NO
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Scegliere un elemento.

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NO

È previsto l'uso della sola lingua italiana? NO

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 Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	<u>03/05/2017</u>	<u>08/06/2017</u>	6 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
2 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	7 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
3 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	8 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
4 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	9 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
5 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	10 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>

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 Servizio Assistenza Territoriale

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Tigellio 21° 09123 Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 15 Totale Partecipanti 15

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 5 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:

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

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 informatica

Obiettivo formativo

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

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisire abilità per trattare argomenti medico scientifici di rilevanza internazionale

B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisire la capacità tramite (speaking, listening, reading, writing) per organizzare e presentare una conferenza, presentare dati e statistiche

C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisire la capacità di presentare pubblicazioni in inglese e approfondire la conoscenza del linguaggio nel settore scientifico

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

Migliorare le capacità di comprensione dell'inglese scientifico ai fini dell'aggiornamento professionale sia in ambito clinico che strumentale

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 6 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 Ferraraccio Nome Assunta

Codice Fiscale FRRSNT56L66L842W Luogo di nascita Vico del Gargano (FG) Data di nascita 26/07/1956

Telefono 0706093649 Cellulare 3294105636 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail assunta.ferraraccio@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente Medico Competenze Responsabile Struttura Complessa

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Ferraraccio Nome Assunta

Codice Fiscale FRRSNT56L66L842W Telefono 0706093649 Cellulare 3294105636 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail assunta.ferraraccio@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: 21 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>00</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>21</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

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 Docente Esterno

Cognome Moretto Nome Marzia Gioi Ada

Codice Fiscale MRTMZG80767I441L Luogo di nascita Saronno Data di nascita 27/12/1980

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3490565083 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail marzi moretto@hotmail.com Qualifica laureata in lingue per mediazione linguistica

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 21 Totale compenso € 1345,00

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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

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 mobilità 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 mobilità 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 inserire i dati*
 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)	€ 1300,00
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)	€
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici
<input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118
<input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza
<input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
<input type="checkbox"/> D.G. Staff
<input checked="" type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
<input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze
<input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco
<input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> P.O. Marino
<input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe
<input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino
<input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità
<input type="checkbox"/> 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

<p style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello)</p> <p style="font-size: small;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: large; font-family: cursive;">ASSUNTA FERRARA CEO</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p style="font-size: small;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	

Servizio Assistenza Territoriale

Indicazione di scelta del Responsabile Scientifico 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 sottoscritta ASSUNTA FERRARACCIO Responsabile/Direttore della
Struttura SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE, committente del
Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: CORSO RESIDENZIALE INGLESE
SCIENTIFICO _____

di prossima programmazione,

1) **indico quale Responsabile Scientifico dell'attività formativa in questione**

il/la Sig./Dr. ASSUNTA FERRARACCIO
di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la
docenza sarà svolta a titolo gratuito.

- 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,

27 FEB. 2017

Firma e timbro



**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 sottoscritto/a Dot. ssa ASSUNTA FERRARREO Responsabile/Direttore della Struttura
SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

CONSO RESIDENZIALE INGLESE SCIENTIFICO

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il/la Sig./Dr.

MARZIA GIOI ANA MONETTO

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

- 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,

27 FEB. 2017

Firma e timbro



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE

3/2017/74177 del 27/02/2017 ore 13,52
 mitt.: ASL Cagliari Servizio Assistenza...

dest.: DOTT. SSA MARIA GRAZIA GIOI ADA MO...

class.: 2.4. Fasc.: 34 del 2017



Al Dr. /Prof. Marzia Moretto _____

Oggetto: Richiesta preventivo docenza progetto formativo

Gentile Dr./Prof. Marzia Moretto _____ essendo in corso
 a cura della struttura da me diretta la progettazione di un evento formativo dal titolo provvisorio:
 _Corso residenziale di Inglese scientifico _____

che dovrà incentrarsi sui seguenti contenuti:

- a) _presentazione della fattispecie lavorativa da simulare con riferimenti alle principali
 strutture grammaticali, forme attive e passive, terminologia scientifica di uso
 corrente _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

Le chiedo di indicare la Sua eventuale disponibilità a partecipare all'evento in qualità di docente e,
 in caso di indicazione positiva, di inviare a questa struttura il programma didattico ed un
 preventivo completo dei costi, tenendo presenti i limiti in termini di massimali, indicati nella
 tabella allegata e previsti dalle linee guida della Regione Sardegna per la formazione ecm.
 In attesa di un Suo gradito riscontro, si inviano i più cordiali saluti,

Data,

27 FEB. 2017

Il Responsabile/Direttore U.O.

Dr. 

Dott.ssa Marzia Gioi Ada Moretto

Via pineta,68 09048 Sinnai

MRTMZG80T67I441L

Alla Dr.ssa Assunta Ferraraccio

Oggetto: preventivo corso residenziale inglese scientifico

Sinnai, 2/03/2017

In riferimento alla Vostra richiesta n°prot PG/2017/72460 il preventivo per un corso di inglese scientifico di 21 ore ammonta a euro 1300.

Distinti Saluti

Dott.ssa Marzia Gioi Ada Moretto



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 sottoscrittA MARZIA GIOI ADA MORETTO nominatA in qualità di
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

INGLESE SCIENTIFICO

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, 02/03/2014

Firma e timbro


Corso residenziale di inglese scientifico da effettuare per il Servizio Assistenza Territoriale Asl 8di Cagliari

Il corso si svolgerà dal 24 aprile al 9 giugno per un totale di 21 ore.

Programma

Lettura e discussione in lingua inglese di testi scientifici (reading and comprehension);

stesura di un elaborato su argomenti trattati (writing);

role play : asserting oneself in medical and work situation; sharing opinions; interviewing a patient/family member/caretaker (speaking)

Scientific English for doctors:

review of present, past and future tenses;

word building (adjective and adverbs prefixes and suffixes);

expressing agreement and disagreement;

making polite requests and responding;

making suggestions;

asking for and giving advice;

asking about symptoms and pain.

Sinnai 02/03/2017

Dott.ssa Marzia Gioi Ada Moretto



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/20999 del 08/03/2017 ore 10,43
Mitt.: ASSL Cagliari Area Formazione

Ass.: ASSL Cagliari DIREZIONE ASSL
Class.: 1. Fasc.: 836 del 2017

Al Direttore ASSL Cagliari



Oggetto: Richiesta di attivazione corso residenziale "Inglese Scientifico" extra PFA 2017 con l'utilizzo del budget per l'aggiornamento individuale presentata dal Servizio Assistenza Territoriale.

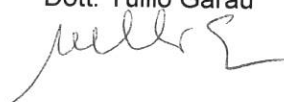
In riferimento alla richiesta indicata in oggetto , prot. n.18951 del 02/03/2017, nelle more dell'attuazione delle procedure concordate con la Direzione, verificata la disponibilità del budget indicato nella scheda di attivazione del progetto, si esprime parere di fattibilità per quanto di competenza dell' Area Formazione.


Si porgono distinti saluti.

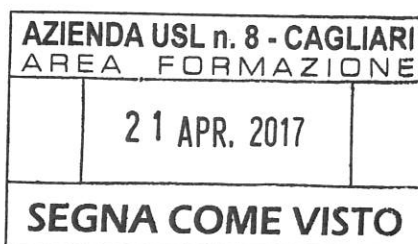
Il Responsabile f.f. Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale

Area Formazione

Dott. Tullio Garau



SI AUTORIZZA	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
IL DIRETTORE ASSL		
Dott. Paolo Tecleme		



Referente: Rossella Falbo 

Evento Formativo Residenziale

"Corso Residenziale Inglese scientifico"

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docente	€ 1.300,00
Alloggio e vitto docente	€ 0,00
Mobilità docente	€ 0,00
Materiali didattici	€ 0,00
Spese varie e/o impreviste	€ 0,00
Costi effettivi di accreditamento ECM	€ 0,00
TOTALE	€ 1.300,00

Costo medio per partecipante € 56,52
Costo medio x ora x partecipante € 2,46