

# Allegato "A"

Progetto Formativo Residenziale

## "Governo clinico dell'appropriatezza prescrittiva".

Il presente allegato è composto da n° 11 fogli  
di n°11 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE  
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 570 DEL 10 GIU. 2016

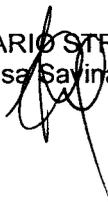
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Panj)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott.ssa Savina Ortu)



Prot. n°NP/2016/11771 del 04/05/2016

*Al Responsabile dell'Area Formazione  
ASL Cagliari*

**Oggetto: Richiesta di attivazione Progetto Formativo**

Il sottoscritto Paolo Sanna Responsabile del Dipartimento del Farmaco, committente del Progetto Formativo dal titolo:

**"GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA"**

chiede che venga attivato e accreditato ECM il progetto formativo succitato e a tal fine trasmette in allegato i seguenti documenti:

- Richieste di attivazione del progetto formativo con autorizzazione da parte del Direttore Sanitario ;
- Autorizzazione da parte della Direzione Aziendale a svolgere l'incarico di docenza per i docenti non iscritti all'albo Aziendale dei formatori;
- Programma del corso;
- Questionario ECM;
- Indicazione di scelta dei docenti e tutor;
- Auto Indicazione di scelta come docente e dichiarazione di assenza di conflitto di interessi;
- Dichiarazioni di accettazione di incarico da parte dei docenti e tutor;
- Accettazione di incarico come Responsabile Scientifico.

*Timbro e Firma del  
Responsabile del Servizio Committente*



**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: " GOVERNO CLINICO APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA "**

**Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI**  
**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? 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 8**

	Data inizio	Data fine		Data inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	08/06/2016	08/06/2016	6 <sup>a</sup> Edizione	21/06/2016	21/06/2016
2 <sup>a</sup> Edizione	08/06/2016	08/06/2016	7 <sup>a</sup> Edizione	28/06/2016	28/06/2016
3 <sup>a</sup> Edizione	15/06/2016	15/06/2016	8 <sup>a</sup> Edizione	28/06/2016	28/06/2016
4 <sup>a</sup> Edizione	15/06/2016	15/06/2016	9 <sup>a</sup> Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.
5 <sup>a</sup> Edizione	21/06/2016	21/06/2016	10 <sup>a</sup> 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**

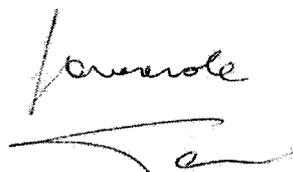
**Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? SI**

*N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.*

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede VIA PIERO DELLA FRANCESCA

Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) Selargius, Via Piero della Francesca n°1 09047



## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 70 Totale Partecipanti 560

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/Privati/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"/> Cardiocirurgia                           | <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 farmaceutica

Obiettivo formativo

Farmacoepidemiologia, farmaco economia, farmacovigilanza

Finalità \*

### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

La finalità del corso consiste nell'acquisizione di conoscenze e competenze per il governo clinico dell'appropriatezza prescrittiva, che consentirà l'attivazione di leve di intervento tese alla razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica, mediante valutazioni farmaco economiche relative alle differenti opzioni terapeutiche per il trattamento della medesima patologia.

### B - Acquisizione competenze di processo:

L'obiettivo del percorso di informazione/formazione prevede l'acquisizione di competenze specifiche nell'analisi delle differenti scelte terapeutiche per il trattamento di una determinata patologia in considerazione dei dati di efficacia sulla base delle Evidence Based Medicine, efficienza, ovvero il conseguimento dell'obiettivo terapeutico con il minor impiego di risorse economiche e tollerabilità secondo i dettami contenuti nelle Note AIFA, che sono da ritenersi strumenti di applicazione dell'appropriatezza prescrittiva.

### C - Acquisizione competenze di sistema:

L'obiettivo del percorso di informazione/formazione in termini di competenze di sistema prevede l'acquisizione di capacità nell'eseguire scelte terapeutiche, laddove vi sia sovrapposibilità, in funzione di una sostenibilità sociale di sistema, considerato l'incremento dei fabbisogni e la presenza di risorse economiche limitate, per cui allocare una terapia ad un paziente significa nel tempo sottrarla ad un altro.

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

Identificazione delle leve di intervento e di misure per una moderna applicazione dell'appropriatezza prescrittiva mediante due strumenti: l'attuazione delle Note AIFA e le Evidenze della letteratura clinica supportati da una valutazione farmaco economica, che possa consentire una razionalizzazione ed un contenimento della spesa farmaceutica

### E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 3 mesi 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 Paolo Nome Sanna

Codice Fiscale SNNPLA53S30B354O Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 30/11/1953

Telefono 0706096913 Cellulare 3346150746 Fax 0706096910 e-mail paolosanna@asl8cagliari.it

Qualifica Direttore del Dipartimento Competenze Fare clic qui per immettere testo.

**Referente della segreteria organizzativa**

Cognome Marcias Nome Maurizio

Codice Fiscale MRCMRZ68M27B354L Telefono 0706096913 Cellulare 3475082352 Fax 0706096910 e-mail

mauriziomarcias@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: 4 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>0</u>	<u>0</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>3</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>1</u>	<u>0</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>00</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 Interno in orario di servizio  
Cognome SANNA Nome PAOLO  
Codice Fiscale SNNPLA53S30B354Q Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 30/11/1953  
Professione ECM FARMACISTA Disciplina ECM DISCIPLINA FARMACIA OSPEDALIERA  
Telefono 070/6096913 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail paolosanna@asl8cagliari.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 2**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome MARCIAS Nome MAURIZIO  
Codice Fiscale MRCMRZ68M27B354L Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 27/08/1968  
Professione ECM FARMACISTA Disciplina ECM FARMACISTA OSPEDALIERO  
Telefono 070/6096007 Cellulare 3475082352 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mauriziomarcias@asl8cagliari.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 3**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome ALMERIGHI Nome GUIDO  
Codice Fiscale LMRGDU57E12B354K Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 12/05/1957  
Professione ECM DIRIGENTE MEDICO Disciplina ECM ENDOCRINOLOGIA  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail guidoalmerighi@asl8cagliari.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 4**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome CADDORI Nome ALDO  
Codice Fiscale CDDLDA55M10A454Q Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 10/08/1955\*  
Professione ECM DIRIGENTE MEDICO Disciplina ECM MEDICINA INTERNA  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail aldocaddori@asl8cagliari.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 5**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome CORDA Nome ANTONELLO  
Codice Fiscale CRDNNL56M29B354Z Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 29/08/1956  
Professione ECM DIRIGENTE MEDICO Disciplina ECM MEDICINA INTERNA  
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.  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n.6**Ruolo Co-Docente EsternoCognome DE PAU Nome EDOARDO GIUSEPPECodice Fiscale DPEDDG58M11B745S Luogo di nascita CARBONIA Data di nascita 11/08/1958Professione ECM MEDICO MEDICINA GENERALE 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.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 7**Ruolo Co-Docente EsternoCognome ECCA Nome ANNA RITACodice Fiscale CCENRT58P49E281S Luogo di nascita IGLESIAS Data di nascita 09/09/1958Professione ECM MEDICO MEDICINA GENERALE 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.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 8**Ruolo Co-Docente EsternoCognome FIORI Nome GIANMARCOCodice Fiscale FRIGMR64M31B354W Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 31/08/1964Professione ECM SPECIALISTA MABULATORIALE INTERNO Disciplina ECM CARDIOLOGIA

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.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 9**Ruolo Tutor Interno fuori orario di servizioCognome GORGONI Nome FABIOCodice Fiscale GRGFBA59T06L521Z Luogo di nascita UTA Data di nascita 06/12/1959

Professione ECM \_ 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 Operatore TecnicoInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTOFascia retributiva di competenza e relativo importo Tutor Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 16 Totale compenso € 413,12*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 10**Ruolo Co-Docente EsternoCognome NEVISCO Nome UMBERTO ANTONIO FERDINANDOCodice Fiscale NVSMRT57E23B745J Luogo di nascita CARBONIA Data di nascita 23/05/1957Professione ECM MEDICO MEDICINA GENERALE 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. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 11**Ruolo Co-Docente EsternoCognome NONNIS Nome CECILIACodice Fiscale NNNCLG54L70S979S Luogo di nascita NUORO Data di nascita 30/07/1954Professione ECM SPECIALISTA AMBULATORIALE INTERNO Disciplina ECM ENDOCRINOLOGIA

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.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 12**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome PUTZU Nome MARISACodice Fiscale PTZMRS56R42I271J Luogo di nascita S.ANDREA FRIUS Data di nascita 02/10/1956Professione ECM DIRIGENTE MEDICO Disciplina ECM IGIENE E SANITA' PUBBLICA

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.

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.

*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?  Si  No

**Riepilogo voci di spesa del corso**

<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<b>€ 413,12</b>
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	
<b>E</b>	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM ( a cura dell'Area Formazione)	<b>€ 172,15</b>
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<b>€ 585,27</b>

4

**Macrostruttura di appartenenza**

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

<b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	PAOLO SANNA
<b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	