

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

DETERMINAZIONE DIRETTORE ASSL Cagliari N° DET8-2017-253 DEL 12/04/2017

Dott. Paolo Tecleme (firma digitale apposta)

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE

OGGETTO:

Approvazione Progetto Formativo Aziendale "PNE e codifica SDO nei reparti coinvolti nella revisione dei percorsi clinici"

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 **14/04/2017** al **29/04/2017**

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, in quanto il predetto progetto è incluso nel PFA 2017;

VISTA

la scheda di attivazione del Progetto Formativo prot. n. NP/2017/21582 del 09/03/2017 (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A) con la quale il dott. Paolo Cannas, Responsabile del Servizio di Programmazione e Controllo, chiede che sia attivato il progetto formativo aziendale “**PNE e codifica SDO nei reparti coinvolti nella revisione dei percorsi clinici**”, nella quale sono precisati gli obiettivi, il responsabile scientifico, la tipologia dei partecipanti, i costi, i docenti e i tutor del progetto formativo;

ACCERTATO che:

- le attività di formazione proposte risultano articolate come segue:

Sede, durata e docenti

- Il corso sarà tenuto in n. 10 edizioni di una giornata ciascuna e della durata pari a 4 ore;
- Destinatari del progetto (40 partecipanti per edizione) saranno individuati e comunicati dalla struttura proponente all’Area Formazione;
- Le attività didattiche si svolgeranno a partire dal 7 aprile 2017 presso la sala riunioni della Direzione Generale;
- le attività di docenza, come meglio di seguito precisato saranno affidate ai docenti interni Maurizio Marcias, Rosella Sais, Anna Susnik e Francesca Aramu;
- le attività di tutoraggio, come meglio di seguito precisato saranno affidate al tutor interno Luciana Cauli;

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 € 1.596,95. Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docenti, tutor e costi di accreditamento), come specificato in dettaglio nella tabella costi previsti allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale (Allegato A).

Preso atto che:

- i docenti e i tutor sono stati proposti ed individuati dal Responsabile della UO proponente con dichiarazione acquisita agli atti (nota prot. NP/2017/21592 del 09/03/2017 e NP/2017/21598 del 09/03/2017) dalla quale risulta che le scelte sono state tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi anche in virtù dei ruoli professionali svolti come risulta dai *curricula* degli stessi 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 le dichiarazioni acquisite agli atti (note prot. n. PG/2017/90368 del 09/03/2017, PG/2017/90385 del 09/03/2017, PG/2017/90391 del 09/03/2017, PG/2017/90408 del 09/03/2017 e PG/2017/90415 del 09/03/2017) da parte dei docenti e dei tutor relative all'insussistenza di cause di inconferibilità, incompatibilità, o di conflitto di interessi all'assunzione dell'incarico conferito (che si allegano 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 "**PNE e codifica SDO nei reparti coinvolti nella revisione dei percorsi clinici**";
- 2) di definire che le attività formative si terranno come da data, articolazione oraria indicate nel programma;
- 3) di fissare in € 1.596,95 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 docenti, tutor e costi di accreditamento);
- 4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 39,92 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 9,98;
- 5) 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 predetto progetto è incluso nel PFA 2017;
- 6) di imputare i costi ai conti n° 0510010501, A506030201 e A506030204 del Bilancio aziendale;
- 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 autorizzare il Servizio Personale 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;
- 9) 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;
- 10) 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

S.C. Sviluppo Organizzativo e
valutazione del Personale-Area Formazione: TG
Estensore e responsabile del procedimento: LB

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 "**PNE e codifica SDO nei reparti coinvolti nella revisione dei percorsi clinici**";
- 2) di definire che le attività formative si terranno come da data, articolazione oraria indicate nel programma;
- 3) di fissare in € 1.596,95 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 docenti, tutor e costi di accreditamento);
- 4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 39,92 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 9,98;
- 5) 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 predetto progetto è incluso nel PFA 2017;
- 6) di imputare i costi ai conti n° 0510010501, A506030201 e A506030204 del Bilancio aziendale;
- 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 autorizzare il Servizio Personale 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;
- 9) 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;

10) 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 Teclème

Allegato “A”

Il presente allegato è composto
di n. 15 fogli, di n. 15 pagine

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

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. _____ DEL _____

IL DIRETTORE DELLA ASSL CAGLIARI
Dott. Paolo Tecleme



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: “ “PNE E CODIFICA SDO NEI REPARTI COINVOLTI NELLA REVISIONE DEI PERCORSI CLINICI ”

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

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

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 10

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	<u>07/04/2017</u>	<u>07/04/2017</u>	6 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.
2 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.	7 ^a Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
3 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.	8 ^a Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
4 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.	9 ^a Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
5 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.	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? Scegliere un elemento.

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 40 Totale Partecipanti 0

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

Progetto Formativo

Area tematica

Area qualità e risk management

Obiettivo formativo

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

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

fornire gli strumenti per migliorare l'accuratezza delle codifiche SDO e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni

B - Acquisizione competenze di processo:

ottenere informazioni e nozioni che permettono di analizzare le criticità dei processi e proporre azioni di miglioramento

C - Acquisizione competenze di sistema:

migliorare la competenza di valutazione critica, lettura e interpretazione delle informazioni

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

miglioramenti nell'area dell'appropriatezza, della qualità dei servizi e delle cure e della razionale allocazione delle risorse

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 00 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 CANNAS Nome PAOLO

Codice Fiscale CNNPLA73T26E742I Luogo di nascita LUNAMATRONA Data di nascita 26/12/1973

Telefono 0706093834 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo.

Qualifica DIRIGENTE ASL Competenze TECNICHE AMMINISTRATIVE MANAGERIALI

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.

Codice Fiscale 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.

FORMATORE/TUTOR n. 1

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

Telefono . Cellulare 3475082352. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mauriziomaricas@asl8cagliari.it

Qualifica FARMACISTA

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire _____ 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

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome SAIS Nome ROSELLA

Codice Fiscale SSARLL56L601182K Luogo di nascita SANTADI Data di nascita 20/07/1956

Professione ECM MEDICO Disciplina ECM IGIENE ORGANIZZAZIONE SERVIZI OSPEDALIERI

Telefono . Cellulare 3244104975. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail rosellasais@asl8cagliari.it

Qualifica dirigente medico

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire _____ 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

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome susnik Nome anna

Codice Fiscale SSNNA55C64B354N Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 24/11/1955

Professione ECM MEDICO Disciplina ECM IGIENE ORGANIZZAZIONE SERVIZI OSPEDALIERI

Telefono . Cellulare 3396619944. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail annasusnik@asl8cagliari.it

Qualifica dirigente medico

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire _____ 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)	€ 1.424,80
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) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 1.596,95

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 type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
<input 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>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: 1.2em; color: blue;">PAOLO CANNAJ</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	

Corso di formazione

“PNE E CODIFICA SDO NEI REPARTI COINVOLTI NELLA REVISIONE DEI PERCORSI CLINICI”

Programma di dettaglio

8.30-9.00

Registrazione partecipanti

9.00-10.00

Introduzione al governo clinico.

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) finalità e contenuto

Ricerca della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie

Ricerca dell'intervento principale e degli interventi secondari

DOCENTE: SAIS ROSSELLA

10.00-11.00

Errori di codifica SDO

Situazioni particolari: i codici “V”, “NIA”, “SAI”, ecc.

I sistemi di classificazione delle informazioni sanitarie: correlazioni tra ICD, DGR e tariffari territoriali

DOCENTE SUSNIK ANNA

11.00 PAUSA

11.15-12.15

Analisi dati sanitari di attività e correlazione con il PNE. Valutazione critica e lettura, interpretazione ragionata dei dati sanitari.

DOCENTE ARAMU FRANCESCA

12.15-13.15

L'importanza della corretta gestione dei flussi informativi. Presentazione di alcuni strumenti e metodi a supporto. Impatto economico delle scelte dei professionisti e riallocazione delle risorse a disposizione.

Analisi dei costi di reparto e consumo dei farmaci.

DOCENTE CANNAS PAOLO/MAURIZIO MARCIAS

13.15-13.30

Questionario di valutazione finale - ECM

Responsabile scientifico: Dott. Cannas Paolo

Docenti esperti: Dott.ssa Rosella Sais, Anna Susnik, Francesca Aramu, Paolo Cannas, Maurizio Marcias. I docenti si possono alternare nello sviluppo delle edizioni.

Materiale didattico:

Sarà fornito materiale didattico relativo a tutti gli argomenti trattati e le principali normative di riferimento.

Modalità di valutazione:

Sarà predisposto una test di valutazione finale al fine dell'attribuzione dei crediti come previsto dalla normativa.

Progetto Formativo Residenziale

"PNE E CODIFICA SDO NEI REPARTI COINVOLTI NELLA REVISIONE DEI PERCORSI CLINICI"

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti e tutor	€ 1.424,80
Alloggio e vitto docenti	€ 0,00
Mobilità docenti	€ 0,00
Materiali didattici	€ 0,00
Spese varie e/o impreviste	€ 0,00
Costi effettivi di accreditamento ECM	€ 172,15
TOTALE	€ 1.596,95

Costo medio per partecipante € 39,92
Costo medio x ora x partecipante € 9,98

Indicazione di scelta del Docente o Codocente 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 PAOLO CANNAS Responsabile/Direttore della Struttura PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO , committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "PNE E CODIFICA SDO NEI REPARTI COINVOLTI NELLA REVISIONE DEI PERCORSI CLINICI"

di prossima programmazione,

1) **indico quale docente/codocente dell'attività formativa in questione**

- il Sig./Dr SAIS ROSSELLA
- il Sig./Dr SUSNIK ANNA
- il Sig./Dr MARCIAS MAURIZIO
- il Sig./Dr ARAMU FRANCESCA

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale e valutato il preventivo di spesa (allegato) 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 e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi.

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 / 02 / 2017

Firma e timbro



Indicazione di scelta del tutor 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 PAOLO CANNAS Responsabile/Direttore della Struttura PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO , committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "PNE E CODIFICA SDO NEI REPARTI COINVOLTI NELLA REVISIONE DEI PERCORSI CLINICI"

di prossima programmazione,

1) **indico quale Tutor dell'attività formativa in questione**

il Sig./Dr. Luciana Cauli

di cui ho acquisito e stimato apposito 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 e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi.

- 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,

27/02/2017

Firma e timbro



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/21598 del 09/03/2017 ore 12,33
Mitt.: ASSL Cagliari Programmazione e Co...
Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 836 del 2017



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 MARCIAS MAURIZIO

nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

“PNE E CODIFICA SDO NEI REPARTI COINVOLTI NELLA REVISIONE DEI PERCORSI
CLINICI”

di prossima programmazione

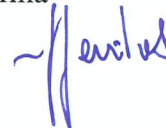
dichiaro

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,

27/02/17

Firma



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
PG/2017/90368 del 09/03/2017 ore 12:44
Mitt.: MARCIAS MAURIZIO

Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 836 del 2017





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 **SAIS ROSELLA**

nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

“PNE E CODIFICA SDO NEI REPARTI COINVOLTI NELLA REVISIONE DEI PERCORSI
CLINICI”

di prossima programmazione

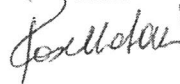
dichiaro

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,

27/2/2016

Firma



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE

PG/2017/90385 del 09/03/2017 ore 12,48

Mitt.: SAIS ROSELLA

Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 836 del 2017



Sede Postale Area Formazione

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione

via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

12

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 *ANNA SUSNIK*

nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

“PNE E CODIFICA SDO NEI REPARTI COINVOLTI NELLA REVISIONE DEI PERCORSI CLINICI”

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, *27/02/17*

Firma



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
PG/2017/90391 del 09/03/2017 ore 12.49
Mitt.: SUSNIK ANNA

Ass.: ASL Cagliari Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 836 del 2017



Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

13

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 ARAMU FRANCESCA

nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

“PNE E CODIFICA SDO NEI REPARTI COINVOLTI NELLA REVISIONE DEI PERCORSI
CLINICI”

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, 27/02/17

Firma



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
PG/2017/90408 del 09/03/2017 ore 12:52
Mitt.: ARAMU FRANCESCA

Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 836 del 2017



Dichiarazione

Accettazione incarico di Tutor 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 LUCIANA CAULI nominato in qualità di Tutor per l'Evento/Percorso
Formativo/Seminario dal titolo: "PNE E CODIFICA SDO NEI REPARTI COINVOLTI NELLA
REVISIONE DEI PERCORSI CLINICI"
di prossima programmazione

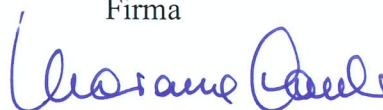
dichiaro

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,

27/02/2017

Firma



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
PG/2017/90415 del 09/03/2017 ore 12,53
Mitt.: CAULI LUCIANA

Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 836 del 2017

