

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

DETERMINAZIONE DIRETTORE ASSSL Cagliari N° DET8-2017-261 DEL 12/04/2017

Dott. Paolo Tecleme (firma digitale apposta)

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE

OGGETTO:

Approvazione PFA "Gestione del paziente con scompenso cardiaco e prevenzione delle recidive. L'integrazione ospedale-territorio"

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 **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 si sommerà ed integrerà la dotazione del fondo per la Formazione Aziendale definita con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016 (autorizzazione del Direttore ASSL di Cagliari, dott. Paolo Teclème, prot. n. 2017/31339 del 05/04/2017);

VISTA

la scheda di attivazione del Progetto Formativo prot. n. NP/2017/30745 del 04/03/2017 (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 **“Gestione del paziente con scompenso cardiaco e prevenzione delle recidive. L’integrazione ospedale-territorio”**, 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. 1 edizione articolata in tre giornate ciascuna della durata pari a 4 ore, per n. 12 ore complessive di formazione;
- 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 20 aprile e fino al 4 ottobre 2017 presso la sala riunioni della Direzione Generale;
- le attività di docenza, come meglio di seguito precisato, saranno affidate al docente esterno Andrea Mauric;
- le attività di tutoraggio, come meglio di seguito precisato, sarà affidata al tutor 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 € 1.638,62. Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docente e tutor, rimborsi mobilità, vitto, alloggio 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:

il docente e il tutor sono stati proposti ed individuati dal Responsabile della UO proponente con dichiarazione acquisita agli atti (note prot. NP/2017/31418 e 31419 del 05/04/2017) dalle quali 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/2017/135641 del 11/04/2017 e PG/2017/127626 del 05/04/2017) da parte del docente e del 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 **“Gestione del paziente con scompenso cardiaco e prevenzione delle recidive. L'integrazione ospedale-territorio”**;
- 2) di definire che le attività formative si terranno come da data, articolazione oraria indicate nel programma;
- 3) di fissare in € 1.638,62 le spese complessive da sostenere per la realizzazione del progetto formativo in oggetto (dettagliati nella tabella contenuta nell'Allegato A). Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docente e tutor, rimborsi mobilità, vitto, alloggio e costi di accreditamento);
- 4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 40,97 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 3,41;
- 5) che il costo per l'organizzazione del corso si sommerà ed integrerà la dotazione del fondo per la Formazione Aziendale definita con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016 (autorizzazione del Direttore ASSL di Cagliari, dott. Paolo Tecleme, prot. n. 2017/31339 del 05/04/2017);

- 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 "**Gestione del paziente con scompenso cardiaco e prevenzione delle recidive. L'integrazione ospedale-territorio**";
- 2) di definire che le attività formative si terranno come da data, articolazione oraria indicate nel programma;

- 3) di fissare in € 1.638,62 le spese complessive da sostenere per la realizzazione del progetto formativo in oggetto (dettagliati nella tabella contenuta nell'Allegato A). Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docente e tutor, rimborsi mobilità, vitto, alloggio e costi di accreditamento);
- 4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 40,97 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 3,41;
- 5) che il costo per l'organizzazione del corso si sommerà ed integrerà la dotazione del fondo per la Formazione Aziendale definita con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016 (autorizzazione del Direttore ASSL di Cagliari, dott. Paolo Teclème, prot. n. 2017/31339 del 05/04/2017);
- 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. 14 fogli, di n. 14 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 Teclème



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *GESTIONE DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE-L'INTEGRAZIONE OSPEDALE- TERRITORIO* "

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

Attività formativa di aggiornamenti monotematici

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 1

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	<u>20/04/2017</u>	<u>04/10/2017</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? **SI**

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

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/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 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

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: 12 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>12</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>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. 1Ruolo Docente EsternoCognome Mauric Nome Andrea

Codice Fiscale

Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita **29/08/1956**Professione ECM **Dirigente Medico** Disciplina ECM **Dirigente Medico**Telefono **0789552975**. Cellulare

. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail

andrea.mauric@aslolbia.it Qualifica medicoInquadramento 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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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.** Fare clic qui per immettere testo.Ruolo Tutor Interno fuori orario di servizioCognome CAULI Nome LUCIANACodice Fiscale CLALCN62A60L998B Luogo di nascita VILLAPUTZU Data di nascita 20/01/1962Professione ECM _____ INFERMIERE Disciplina ECM INFERMIERISTICATelefono 070609 3275 Cellulare _____ Fax _____ e-mail lucianacauli@asl8cagliari.itQualifica CPSIInquadramento 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 12 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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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)	€ 1.303,28
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)	83,37
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	54,00
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)	€ 197,97
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 1.638,62

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 checked="" 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>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; font-family: cursive;">PSOLO CANVAS</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">PSOLO</p>

Corso di formazione

“GESTIONE DEL PZ CON SCOMPENSO CARDIACO E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE. L’INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO ”

Obiettivo

Principale obiettivo del corso è quello di acquisire sia competenze di base sia competenze più elevate mediante un qualificato aggiornamento scientifico, clinico, strumentale in merito alla gestione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco.

Il corso di formazione intende quindi fornire strumenti per migliorare, aggiornare le conoscenze su una buona e corretta gestione del pz con scompenso cardiaco.

Una patologia frequente che si associa ad una mortalità e morbosità significativa e a costi elevati di gestione.

Vari studi hanno confermato che attraverso una gestione integrata e multidisciplinare della malattia si possono migliorare vari aspetti quali:

- una riduzione dei ricoveri (e re.ricoveri) ospedalieri
- una riduzione dei costi
- un miglioramento della qualità di vita del paziente.

Finalità

L’acquisizione di conoscenze e competenze in materia permetterà a medio-lungo termine di:

- migliorare l’efficacia, l’appropriatezza e l’equità delle prestazioni
- migliorare l’approccio integrato, per processi e con percorsi
- fornire informazioni sull’impatto economico di alcuni nuovi modelli organizzativi- gestionali

I destinatari

Il corso si rivolge in particolare a personale medico e a tutti gli operatori coinvolti nei percorsi di gestione del pz con scompenso cardiaco. Massimo 30 persone per edizione.

Articolazione del corso:

Una prima parte del corso prevede un approfondimento degli aspetti epidemiologici, clinici e farmaco terapeutici dello scompenso, una seconda parte prevede invece il trasferimento di informazioni e buone pratiche per la costruzione di strumenti per la continuità delle cure e la individuazione degli ambiti organizzativi di ogni figura professionale nella gestione del paziente con scompenso.

- Il corso è articolato in 3 giornate, ciascuna di 4 ore formative.
- I giorni previsti sono: giovedì **20 aprile** e giovedì **18 maggio** e **4 ottobre**.

Programma di dettaglio

8.30-9.00

Registrazione partecipanti

9.00-10.00

La prevenzione dello scompenso

10.00-11.00

Le comorbidità e il loro trattamento

11.00 PAUSA

11.30-12.30

La terapia farmacologica: linee guida e ultimi aggiornamenti terapeutici

12.30-13.30

La continuità assistenziale ospedale-territorio e funzioni del MMG

DOCENTE MAURICH ANDREA

13.30 -14.00

Questionario di valutazione finale - ECM

Responsabile scientifico: Dott. Cannas Paolo 
Docenti esperti: Dott. Maurich Andrea

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

**"Gestione del paziente con scompenso cardiaco e prevenzione delle recidive.
L'integrazione ospedale-territorio"**

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti e tutor	€ 1.303,28
Alloggio e vitto docenti	€ 83,37
Mobilità docenti	€ 54,00
Materiali didattici	€ 0,00
Spese varie e/o impreviste	€ 0,00
Costi effettivi di accreditamento ECM	€ 197,97
TOTALE	€ 1.638,62

Costo medio per partecipante € 40,97
 Costo medio x ora x partecipante € 3,41

**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 PAOLO CANNAS Responsabile/Direttore della Struttura PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO , committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

“GESTIONE DEL PZ CON SCOMPENSO CARDIACO E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE.
L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO ”

di prossima programmazione

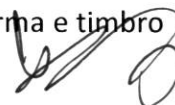
1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

- il Dott. MAURIC ANDREA

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,

Firma e timbro


ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/31418 del 05/04/2017 ore 16:00
Mitt.: ASSSL Cagliari Programmazione e Co...
Ass.: ASSSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1.



**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: "GESTIONE DEL PZ CON SCOMPENSO CARDIACO E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE. L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO "

indico quale Tutor dell'attività formativa in questione

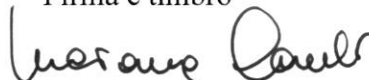
la Dott.ssa Luciana Cauli

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.

- 1) **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,

Firma e timbro



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/31419 del 05/04/2017 ore 16,01
Mitt.: ASSL Cagliari Programmazione e Co...
Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1.



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 **ANDREA MAURIC**

nominato in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo: "GESTIONE DEL PZ CON SCOMPENSO CARDIACO E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE. L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO " 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, 31.3.2017

Firma



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
PG/2017/135641 del 11/04/2017 ore 12,48
Mitt.: MAURIC ANDREA

Ass.: ASL Cagliari Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 1149 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: "GESTIONE DEL PZ CON SCOMPENSO CARDIACO E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE. L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO"

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,

Firma



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
PG/2017/127626 del 05/04/2017 ore 16.05
Mitt.: LUCIANA CAULI

Ass.: ASL Cagliari Area Formazione
Class.: 1.

