ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

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

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° DTD8-2017-249 DEL 17/05/2017

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE

OGGETTO:
Approvazione Progetto Aziendale "Corso di autoformazione - Embolia polmonare 2017

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 **18/05/2017** al **02/06/2017**

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

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

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

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

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

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

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

DATO ATTO che il soggetto che propone il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti ed 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;

VISTI 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 S.S.R . 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 2007e il successivo Accordo del 2 febbraio 2017 sul documento "La formazione continua nel settore salute";

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

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

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

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

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

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

PRESO ATTO

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

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

VISTA la richiesta di attivazione del progetto formativo residenziale prot.2017/33925 del 12 aprile 2017, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (Allegato A), con la quale il Responsabile f.f. della S.C. Cardiologia. del P.O. Marino, Dott.Luigi Lai, chiede che sia attivato il progetto formativo aziendale "Corso di autoformazione – Embolia Polmonare 2017", stabilendo contestualmente gli obiettivi, il Responsabile Scientifico, la tipologia dei partecipanti e i docenti**;**

ATTESO che il costo per l'organizzazione del corso in parola graverà sui fondi per la Formazione Aziendale definiti con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016;

ACCERTATO che l'attività di formativa proposta risulta articolata come segue:

- il corso sarà articolato in un'unica edizione di una sola giornata, per complessive cinque ore di formazione;
- destinatari del progetto sono n. 35 operatori sanitari, dipendenti del P.O. Marino, i cui nominativi saranno comunicata all'Area Formazione dal Servizio proponente il Progetto Formativo;
- le attività didattiche si svolgeranno il giorno 17 maggio 2017, come indicato nel programma, presso la sala riunioni della Direzione Sanitaria del P.O. Marino;
- la docenza sarà affidata sarà affidata ai docenti interni di seguito elencati:
  - il Dott. Luigi Lai
  - il Dott. Antonio Arru
  - il Dott. Paolo Isoni
  - la Dott.ssa Stefania Lai
  - la Dott.ssa Anna Elisabetta Porcella
  - la Dott.ssa Roberta Coroforo

  che svolgeranno l'attività durante l'orario di servizio;

Modalità di partecipazione

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

Aspetti economici

La spesa massima prevista per la realizzazione del progetto è pari a € 368,95 e si specifica che in tale importo rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docenti e costi per l'accreditamento ECM) per un costo procapite previsto pari a € 10,54 ed un costo orario pari a € 2,10 come specificato in dettaglio nella tabella costi previsti dell' Allegato A, parte integrante del presente atto;
I compensi previsti per i docenti rispondono a quanto stabilito dalla Deliberazione della ASL Cagliari n.401 del 16 aprile 2010 "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale" e secondo quanto indicato dalle Linee Guida Regionali in materia, recepite con delibera n. 139 del 30 gennaio 2013;

PRESO ATTO che:

i docenti sono stati individuati e proposti dal Responsabile dell'Unità Operativa proponente con dichiarazione del 15 marzo 2017 , allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (Allegato A) dalla quale risulta che la scelta è stata tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico e didattico, anche in virtù del ruolo professionale svolto, come risulta dal curriculum degli stessi, dichiarando altresì che, in merito a tale indicazione di scelta, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, non sussiste alcun conflitto di interesse;

ciascuno dei docenti individuati fornisce dichiarazione, parte integrante del presente atto (Allegato A), in merito all'insussistenza di conflitti di interesse rispetto all'attività di docenza in questione, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione;

DETERMINA

per i motivi esposti in premessa:

1) di approvare il Progetto Formativo Aziendale "Corso di autoformazione – Embolia Polmonare 2017";
2) di definire che l'attività formativa si terrà come da date e articolazione oraria indicate nel programma, con la partecipazione dei docenti che risultano indicati e per i quali il presente atto costituisce formale incarico;
3) di fissare in € 368,95 il limite massimo delle spese da sostenere per la realizzazione del progetto formativo in oggetto (dettagliate nella tabella costi previsti dell'Allegato A) e di precisare che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docenti interni e costi per l'accreditamento ECM);
4) di dare atto che l'importo di spesa stimato per ciascun partecipante sia pari a € 10,54 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 2,10;

5) che il costo per l'organizzazione di questo corso di formazione graverà su quanto già impegnato per la Formazione Aziendale con delibera n. 1534 del 15.12.2016;

6) di dare atto che la suindicata spesa complessiva graverà sull'esercizio finanziario corrente secondo la tabella di seguito riportata:

ANNO	UFF. AUTORIZZ.	MACRO	COD. CONTO	DESCRIZIONE	IMPORTO (IVA INCL.)
2017	BS2	Area Formazione	A506030204	Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale	€ 172,15
2017	BS2	Area Formazione	A510010501	Compensi ai docenti interni	€ 196,80

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 del Personale al pagamento dei compensi dovuti ai dipendenti che svolgeranno attività di docenza nell'ambito del progetto formativo in parola, previa liquidazione e dichiarazione a firma del Responsabile dell'Unità Operativa proponente, attestante la regolare esecuzione dell'attività didattica prevista e contenente l'indicazione, ai fini dell'esatta determinazione del compenso spettante, del numero delle ore di attività effettuata fuori e/o durante l'orario di servizio;

9) di attribuire 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;

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 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: API

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

Direzione generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
Area Formazione

Allegato "A"

Progetto Formativo

"Corso di autoformazione – Embolia polmonare 2017"

Il presente allegato è composto di n. 19 fogli,
di n. 19 pagine.

IL Responsabile f.f. dello Sviluppo
Organizzativo e Valutazione del Personale
AREA FORMAZIONE
Dott. Tullio Garau

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N._____DEL _____

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

Servizio Proponente
Cardioogia – POMarino

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: *" Corso di Autoformazione – EMBOLIA POLMONARE 2017 "*

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

Congresso/simposio/convegno/seminario

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

È previsto l'uso della sola lingua italiana? SI

È prevista una quota di partecipazione? NO

Se "SI" indicare l'importo **€** 000,00

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO

Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.

Numero di edizioni previste

	Data Inzio	Data fine		Data Inzio	Data fine
1ª Edizione	17/05/2017	17/05/2017	6ª Edizione	/ /	/ /
2ª	/ /	/ /	7ª	/ /	/ /
3ª	/ /	/ /	8ª	/ /	/ /
4ª	/ /	/ /	9ª	/ /	/ /
5ª	/ /	/ /	10ª	/ /	/ /

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

Sede di svolgimento

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

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

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede Sala riunioni direzione sanitaria PO Marino

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Lungomare Poetto, 09100 Cagliari

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP 2017/33925 del 12/04/2017 ore 13:36
Mitt : ASSL Cagliari Ospedale Marino
Ass : ASSL Cagliari Area Formazione
Class : 1. Fasc.: 1149 del 2017

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 35 **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.

- [x] **Medico Chirurgo**
- [x] **Farmacista**
- [ ] Biologo
- [ ] Chimico
- [ ] Fisico
- [ ] **Veterinario**
- [ ] Odontoiatra
- [ ] **Psicologo**
- [ ] Assistente Sanitario
- [ ] Dietista
- [ ] Fisioterapista
- [ ] Educatore Professionale
- [ ] Igienista Dentale
- [x] Infermiere
- [ ] Infermiere pediatrico
- [ ] Logopedista
- [ ] Ortottista/Assistente di oftalmologia
- [ ] Ostetrica/o
- [ ] Podologo
- [ ] Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- [x] Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico
- [x] Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- [ ] Tecnico Audiometrista
- [ ] Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- [ ] Tecnico Audioprotesista
- [ ] Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro
- [ ] Tecnico di Neurofisiopatologia
- [ ] Tecnico Ortopedico
- [ ] Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- [ ] Terapista Occupazionale
- [ ] Tutte le professioni

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- [ ] Architetto
- [ ] Analista
- [ ] Assistente Amministrativo
- [ ] Assistente Religioso
- [ ] Assistente Tecnico
- [ ] Ausiliario Specializzato
- [ ] Avvocato
- [ ] Coadiutore Amm.vo
- [ ] Collaboratore Amm.vo - Prof.le
- [ ] Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- [ ] Collaboratore Tecnico - Professionale
- [ ] Collaboratore Professionale – Sanitario Personale della Riabilitazione
- [ ] Collaboratore Professionale - Sanitario
- [ ] Commesso
- [ ] Direttore Amministrativo
- [ ] Direttore dei Servizi Sociali
- [ ] Direttore Generale
- [ ] Dirigente Amministrativo
- [ ] Geologo
- [ ] Infermiere Generico
- [ ] Infermiere Psichiatrico
- [ ] Ingegnere
- [ ] Massofisioterapista
- [ ] Odontotecnico
- [ ] Operatore Socio-Sanitario
- [ ] Operatore Tecnico
- [ ] Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- [ ] Operatore Tecnico Specializzato
- [ ] Ottico
- [ ] Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente
- [ ] Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- [ ] Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- [ ] Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- [ ] Programmatore
- [ ] Puericultrice
- [ ] Sociologo
- [ ] Statistico
- [ ] Tutte le professioni

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

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

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

X *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 cardiovascolare

Obiettivo formativo

Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Aggiornamento della letteratura e messa a punto delle conoscenze clinico strumentali, laboratoristiche e terapeutiche relative alla diagnosi e gestione dell'embolia polmonare in pronto soccorso e nei reparti di degenza e relative linee guida.

B - Acquisizione competenze di processo:

sviluppo della conoscenza e della competenza nella diagnosi e gestione dell'embolia polmonare in pronto soccorso e nei reparti di degenza: condivisione delle linee guida, valutazione clinica, attivazione delle consulenze specialistiche, gestione laboratoristica e strumentale, terapie, eventuale modalità di trasferimento a altri nosocomi. Aumento dell'efficacia delle azioni conseguenti in termini di riduzione del rischio clinico, appropriatezza degli interventi, ottimizzazione della prognosi.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Miglioramento della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi conseguenti nel sistema.

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

Miglioramento della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi conseguenti nel sistema.

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 LAI Nome LUIGI
Codice Fiscale LAI LGU 57R31 B354S Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 31/10/1957
Telefono 070 609 4393 Cellulare 3200840638 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail luigilai@asl8cagliari.it
Qualifica Responsabile UOC Cardiologia PO Marino Competenze Cardiologo

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.

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:** 005 **Minuti:** 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	**LM**	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	**LRP**	1	30
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	**TR**	00	0
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	**CD**	00	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	**DTSED**	00	30
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	**PPCC**	1	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	**LPG**	1	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	**ED**	00	00
Role - Playing	**RP**	1	00

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 LAI Nome LUIGI

Codice Fiscale LAILGU57R31B354S Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 31/10/1957

Telefono 0706094393 Cellulare 3200840638 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail LUIGILAI@GMAIL.COM

Qualifica Responsabile UOC Cardiologia –PO Marino

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 Totale compenso € 32,80

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 ARRU Nome ANTONIO

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

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

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 Totale compenso € 32,8

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 Lai Nome ISONI PAOLO

Codice Fiscale SNIPLA78C01B354L Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 01,03,1978

Telefono Cellulare 3489155919 e-mail paoloisoni@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente Medico I livello - Dirigente medico Anestesia e Rianimazione a tempo pieno e indeterminato - PO Marino Cagliari

Inquadramento CCNL Formatori interni Siscritto all'albo

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 Totale compenso € 32,80

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. 4

Ruolo Docente Interno in orario di servizio.
Cognome Lai Nome Stefania
Codice Fiscale LAISFN74T45B354L Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 5/12/1974
Telefono 0706094414 Cellulare 3282514335 e-mail dottslai@gmail.com Qualifica Dirigente Medico I livello
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 Totale compenso € 32,8
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. 5

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Porcella Nome Anna Elisabetta
Codice Fiscale PRCNLS56L49B745N Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 09/07/1956
Telefono Cellulare 3284176724 e-mail xrayanna7@gmail.com Qualifica Dirigente Medico I livello – UOC Radiologia PO Marino
Inquadramento CCNL Formatori interni non iscritta.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 Totale compenso € 32,8
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. 6

Ruolo Docente Interno in orario di servizio .
Cognome Coroforo Nome Roberta
Codice Fiscale CRFRRT59T43B354S Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 03/12/1959
Telefono Cellulare 3383921983 e-mail r.coroforo@gmail.com Qualifica Dirigente Medico I livello
Inquadramento CCNL Formatori interni iscritta all'albo
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 Totale compenso € 32,8
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)	€ 196,80
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) ***A cura dell'Area Formazione***	€ 368,95

Macrostruttura di appartenenza

☐ Coordinamento distretti
☐ D.A. Servizi amministrativi
☐ D.A. Servizi tecnico logistici
☐ Centrale Operativa 118
☐ Dipartimento Emergenza Urgenza
☐ Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
☐ D.G. Staff
☐ DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
☐ Dipartimento Dipendenze
☐ Dipartimento Farmaco
☐ Dipartimento Prevenzione
☐ Dipartimento Salute Mentale
☒ P.O. Marino
☐ P.O. Microcitemico
☐ P.O. San Giuseppe
☐ P.O. San Marcellino
☐ P.O. Santissima Trinità
☐ P.O. Binaghi
☐ P.O. Businco

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

X 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)	€ 196,80
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) € 368,95

A cura dell'Area Formazione

Macrostruttura di appartenenza

Asl n°8 P.O. Marino-Ca
Dott. Luigi Lai
Dirigente Medico
S.C. Cardiologia
Matr. 45181

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

Corso di autoformazione "EMBOLIA POLMONARE – le linee guida ESC 2014" - 2° EDIZIONE

Cagliari 17 maggio 2017

Docenti: Dott. Antonio Arru, Dott.ssa Stefania Lai (Cardiologia P.O. Marino)

Dott. ssa Roberta Coroforo (Unità Spinale P.O. Marino)

Dott.ssa Anna Elisabetta Porcella (Radiologia P.O. Marino)

Dott. Paolo Isoni (Rianimazione P.O. Marino)

Coord. Scientifico : Dott. Luigi Lai (Cardiologia P.O. Marino)

Programma

ore 8,30 Presentazione del corso. Le linee guida ESC 2014.

ore 9,10 Epidemiologia e fattori di rischio
Dott.ssa Stefania Lai

ore 9,30 Fisiopatologia, storia naturale e quadro clinico
Dott.ssa Roberta Coroforo

ore 9,50 Flow chart diagnostici e esami non radiologici
Dott. Antonio Arru

ore 10,10 Discussione

ore 11,00 Esami radiologici: quello che deve sapere il non radiologo
Dott.ssa A. Porcella

Ore11,20 Terapia
Dott. Paolo Isoni

Ore 11,40 Discussione.

Ore 12,00 Role Playing – Casi clinici
A cura di tutti i docenti

Ore 13,30 Fine corso

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 Dr LUIGI LAI Responsabile della Struttura UOC Cardiologia del PO Marino , responsabile scientifico del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Corso di Autoformazione – EMBOLIA POLMONARE 2017

Programmato per il 17 Maggio 2017,

indico quali docenti/codocenti dell'attività formativa in questione i medici Dr.

1. STEFANIA LAI
2. ANTONIO ARRU
3. PAOLO ISONI
4. ANNA ELISABETTAPORCELLA
5. ROBERTA COROFORO

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale; 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, 15/03/2017

Firma e timbro

Asl n°8 P.O. Marino-Ca
Dott. Luigi Lai
Dirigente Medico
S.C. Cardiologia
Matr. 45181

1/1

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 Dott.ssa COROFORO ROBERTA nominato in qualità di

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

Autoformazione "Embolia Polmonare 2017"

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, 17/03/17

Firma

Roberta Coro

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

ASST Cagliari
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

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 Dr. Pozzella Dssa. Elisabetta nominato in qualità di Docente/~~Codocente~~ per l'Evento/~~Percorso Formativo/Seminario~~ dal titolo: Corso di Autoformazione "Embolia Polmonare 2017"

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, 4/4/2017

Firma

Sede Postale Area Formazione
ASSL 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

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

ASST Cagliari
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

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 Dott. Isoni Paolo, nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/ Percorso Formativo/Seminario dal titolo: Corso di Autoformazione "Embolia Polmonare 2017", 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, 30.03.2017

Firma

16

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

ASST Cagliari
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

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 LAI STEFANIA nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: Corso di Autoformazione "Embolia Polmonare 2017"

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,
6/4/17

Firma
Stefania Lai

Sede Postale Area Formazione
ASSL 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

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

ASST Cagliari
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

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 ___Antonio Arru_____ nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: Corso di Autoformazione "Embolia Polmonare 2017"

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, 31-03-17

Firma Antonio Arru

Sede Postale Area Formazione
ASSL 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

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
Area Formazione

Progetto Formativo

"Corso di autoformazione - Embolia polmonare 2017"

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI (Oneri e IVA esclusi)

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti	€ 196,80
Alloggio e vitto docenti	€ 0,00
Mobilità docenti	€ 0,00
Materiali didattici	€ 0,00
Costi accreditamento ECM	€ 172,15
TOTALE	€ 368,95

Costo medio per partecipante € 10,54
Costo medio x ora x partecipante € 2,10