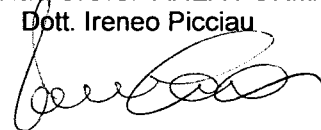


Allegato "A" ³⁸⁰
- 8 APR. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
**"Screening oncologici: analisi delle
problematiche e condivisione delle
soluzioni per il miglioramento della
performance".**

Il presente allegato è composto da n° 3 fogli
di n° 3 pagine

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



ASL8

NP/2016/ 0005241 del 25/02/2016 ore 09,14

Mittente : Promozione della Salute

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1.5.7.



YB

Al Responsabile Area Formazione

Sede

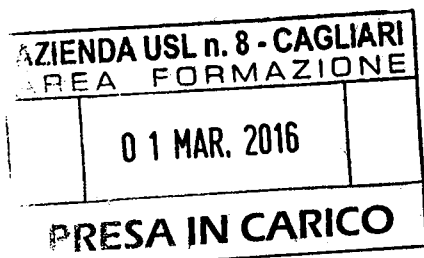
Oggetto: Richiesta attivazione corso: " Screening oncologici: analisi delle problematiche e condivisione delle soluzioni per il miglioramento della performance ".

In riferimento al corso indicato in oggetto, si trasmettono le schede relative allo stesso:

- allegato 1 Scheda di attivazione
 - allegato 2b Indicazione scelta del tutor
 - allegato 3 Indicazione di scelta per docenza gratuita
 - allegato 4 Autoindicazione di scelta come docente
 - allegato 5 Accettazione incarico responsabile scientifico
 - allegato 6 Accettazione incarico docente/codocente
 - allegato 7 Accettazione incarico di tutor
- Programma e descrizione esame pratico finale

d

Distinti saluti



Il Responsabile del Servizio
Dottoressa Silvana Tilocca

[Signature]

AB

2

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *Screening oncologici: analisi delle problematiche e condivisione delle soluzioni per il miglioramento della performance* "

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

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	30/03/2016	14/12/2016	6 ^a Edizione	/ /	/ /
2 ^a Edizione	/ /	/ /	7 ^a Edizione	/ /	/ /
3 ^a Edizione	/ /	/ /	8 ^a Edizione	/ /	/ /
4 ^a Edizione	/ /	/ /	9 ^a Edizione	/ /	/ /
5 ^a Edizione	/ /	/ /	10 ^a Edizione	/ /	/ /

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

Sede di svolgimento

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

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

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede Pad D aula Didattica 1 piano

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari Via Romagna 16 09127

3

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 12 Totale Partecipanti 12

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"/> Cardiocirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input 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 checked="" 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

f

5

Progetto Formativo

Area tematica

Area prevenzione e promozione della salute

Obiettivo formativo

Epidemiologia – prevenzione e promozione della salute

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

competenze comunicazione e gestione delle criticità in ambito di screening

B - Acquisizione competenze di processo:

gestione percorsi

C - Acquisizione competenze di sistema:

gestione interdisciplinare

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

maggior condivisione finalizzata alla risoluzione delle barriere intersettoriali e miglioramento della performance

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 6 dal corso

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*

Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome Tilocca Nome SILVANA

Codice Fiscale TCCSVN54B54A007Q Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita 14/02/1954

Telefono 07047443918 Cellulare 3294104978 Fax 07047443872 e-mail

PROMOZIONESALUTE@ASL8CAGLIARI.IT

Qualifica Direttore del S. Promozione della Salute Direttore Dipartimento di Prevenzione Competenze Spec. In Igiene e Medicina Preventiva

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Bertocchi Nome Alessandra

Codice Fiscale BRTLSN58A41E281G Telefono 07047443899 Cellulare 3484262386 Fax 07047443872 e-mail alessandrabertocchi@asl8cagliari.it

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 3 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>5</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>10</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>15</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- Questionario (allegare il modello) Prova orale (allegare le domande) Esame pratico (allegare la descrizione)
 Prova scritta (allegare la descrizione) Project work (allegare la descrizione)
 Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

- Videoproiettore Computer portatile Lavagna a fogli mobili Aula informatica
 Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Gorgoni Nome Maria Teresa
Codice Fiscale GRGMTR56R66I452J Luogo di nascita Sassari Data di nascita 26/10/1956
Professione ECM Medico Disciplina ECM igiene
Telefono 07047443822 Cellulare 3479584220 Fax 07047443872 e-mail promozione salute@asl8cagliari.it Qualifica Dir. Medico 2 Fascia S. Promozione della Salute
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 30 Totale compenso € 246,00
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 Scegliere un elemento.
Cognome Tilocca Nome Silvana
Codice Fiscale TCCSVN54B54A007Q Luogo di nascita Abbasanta Data di nascita 14/02/1954
Professione ECM medico Disciplina ECM igiene
Telefono 07047443918 Cellulare 3294104978 Fax 07047443872 e-mail promozione salute@asl8cagliari.it Qualifica Direttore S. Promozione della Salute
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 30 Totale compenso € 246,00
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 Tutor Esterno
Cognome Bertocchi Nome Alessandra
Codice Fiscale BRTLSN58A41E281G Luogo di nascita Iglesias Data di nascita 01/01/1958
Professione ECM educatore professionale Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono 3484262386 Cellulare 3484262386 Fax 07047443872 e-mail alessandrabertocchi@asl8cagliari.it Qualifica educatore professionale
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Tutor Esterno fascia unica € 30,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 15 Totale compenso € 450,00
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? Si No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€96,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€100,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 464,78
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 1.260,48

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 Accredimento Strutture Sanitarie
<input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze
<input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco
<input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> P.O. Marino
<input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe
<input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino
<input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità
<input type="checkbox"/> P.O. Binaghi |
|--|--|

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

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

<p style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello)</p> <p style="font-size: 0.8em;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: 1.5em; text-align: center;">SILVANA TILOCCA</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p style="font-size: 0.8em;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">IL DIRETTORE DEL SERVIZIO "PROMOZIONE DELLA SALUTE" Dott.ssa Silvana Tilocca</p>

9