

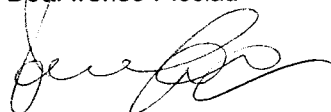
Allegato "A" - 637  
- 8 GIU. 2016

Progetto Formativo Residenziale

**"Home Automation Office: Microsoft  
Word® avanzato".**

Il presente allegato è composto da n° 9 fogli  
di n°9 pagine

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





ASL Ca

ASL 8  
NP. 2016/14178 del 25/05/2016 ore 13,22  
Mitt. Servizio Assistenza Territoriale  
Ass. Area Formazione  
Class.: 2.4. Fasc.: 20 del 2016



n° prot. \_

Cagliari 11.05.2016

Dipartimento Acquisti  
Servizi Sanitari

Al Responsabile dell'Area Formazione

Asi Cagliari

**Oggetto: Richiesta attivazione Progetti Formativi.**

La sottoscritta Dott.ssa Assunta Ferraraccio Direttore del Dipartimento Acquisti Servizi sanitari- Servizio assistenza Territoriale, committente dei Progetti Formativi dal titolo:

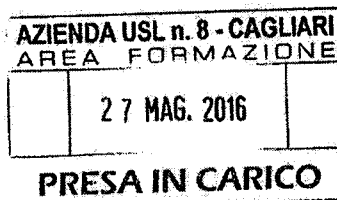
- 1) "Home Automation Office. Microsoft Word avanzato"
- 2) "Home Automation Office. Microsoft Excel avanzato"
- 3) "Home Automation Office. Microsoft Access base"

Chiede che vengano attivati e accreditati ECM per I progetti formative succitati e a tal fine trasmette in allegato i seguenti documenti:

- Richieste di attivazione dei progetti formativi;
- Programmi dei corsi;
- Modulo di indicazione docenti.

Distinti saluti

Dr.ssa Assunta Ferraraccio  
Responsabile del Servizio



ASL 8 Cagliari  
Sede Legale: via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius  
c.f. e p.i. 02261430926  
[www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it)

Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
Via Tigellio, 21 A - 09123 Cagliari  
T. 0706093649  
F. 0706093645

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

Titolo del Progetto: " Home Automation Office: Microsoft Word <sup>o</sup> avanzato "

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

Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale

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 2**

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	01/09/2016	13/09/2016	6 <sup>a</sup> Edizione	///	///
2 <sup>a</sup> Edizione	15/09/2016	27/09/2016	7 <sup>a</sup> Edizione	///	///
3 <sup>a</sup> Edizione	///	///	8 <sup>a</sup> Edizione	///	///
4 <sup>a</sup> Edizione	///	///	9 <sup>a</sup> Edizione	///	///
5 <sup>a</sup> Edizione	///	///	10 <sup>a</sup> Edizione	///	///

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

**Sede di svolgimento**

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

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

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede Laboratorio di Informatica Area Formazione ASL Cagliari c/o CRFP (ex CISAPI)

Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, Via Caravaggio sn - 09121

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 12 Totale Partecipanti 24

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 0 operatori di altre ASL -  Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Privati/Volontariato

## Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

### Aventi diritto ai crediti E.C.M.

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

### Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

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

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

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

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

- Farmacia Ospedaliera  Farmacia Territoriale

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario**

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche  
 Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati  
 Sanità Animale

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo**

- Psicologia  Psicoterapia

## Progetto Formativo

### Area tematica

Area informatica

### Obiettivo formativo

Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Fornire ai partecipanti le nozioni avanzate di uno strumento di videoscrittura al fine di consentirne un proficuo utilizzo nella specifica attività.

#### B - Acquisizione competenze di processo:

Fornire ai partecipanti le competenze e le soluzioni più avanzate per gestire con successo l'attività lavorativa quotidiana, aumentare la produttività e capacità di orientamento all'attività aziendale in dinamica sinergia con gli altri attori.

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

Focalizzare l'attenzione sul come fare (conoscenza delle funzionalità) e sul cosa fare (applicazione effettiva ai processi aziendali), spostando successivamente l'accento principalmente su quest'ultima fase al fine di sfruttare in modo ottimale lo strumento.

*\* I campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento*

### Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome Gaviano Nome Mauro

Codice Fiscale GVNMRA66E02B354D Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/05/1966

Telefono 070.47443601 Cellulare 366.5612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@asl8cagliari.it

Qualifica Collaboratore Tecnico Professionale Informatico Competenze Pluriennale esperienza nella formazione

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Ferraccio Nome Assunta

Codice Fiscale FRRSNT56L66L842W Telefono 070.6093660 Cellulare 329.4105636 Fax 070.6093645 e-mail assunta.ferraccio@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: 12 Minuti: 30

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>2</u>	<u>30</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>3</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>7</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 n. 1**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio  
Cognome Gaviano Nome Mauro  
Codice Fiscale GVNMRA66E02B354D Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/05/1966  
Telefono 070.47443601 Cellulare 366.5612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@asl8cagliari.it Qualifica Collaboratore Tecnico Professionale Informatico  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.  
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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 3**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio  
Cognome Fadda Nome Gianfranco  
Codice Fiscale FDDGFR70H04B354U Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 04/06/1970  
Telefono 070.47443729 Cellulare 360.1020662 Fax 070.47443694 e-mail gianfrancofadda@asl8cagliari.it Qualifica Assistente Tecnico  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.  
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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 4**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio  
Cognome Anedda Nome Serafino Antonio  
Codice Fiscale NDDSFN67A15G113V Luogo di nascita Oristano Data di nascita 15/01/1967  
Telefono 070.47443640 Cellulare 360.1019806 Fax 070.47443694 e-mail serafinoantonioanedda@asl8cagliari.it  
Qualifica Assistente Tecnico Programmatore  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.  
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 mobilità 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

<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<b>€ 645,50</b>
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<b>€ 0,00</b>
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<b>€ 0,00</b>
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<b>€ 0,00</b>
<b>E</b>	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<b>€ 0,00</b>
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM ( a cura dell'Area Formazione)	<b>€</b>
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b>		<b>€</b>
<i>A cura dell'Area Formazione</i>		

### Macrostruttura di appartenenza

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

<p><b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: 1.2em;">ASSUNIA FERRANACEO</p>
<p><b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari <b>Il Direttore</b></p> 