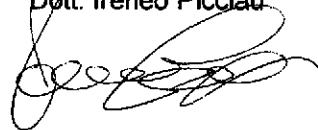


763
Allegato "A" - 5 LUG. 2016

**Approvazione Progetto Formativo Aziendale
"Procedimento amministrativo di scelta e revoca del Medico di
Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta –
gestione tecnica e operativa attraverso la procedura
ANAGS, anche alla luce delle nuove funzionalità –
2 edizioni"**

Il presente allegato è composto
di n. 9 fogli, di n. 9 pagine

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





U.O.C. Area Amministrativa
Territoriale

*Manca
10/6/16
966*

ASL 8
N°/2016/0016339 del 17/06/2016 ore 12.51

Mittente Direzione Amministrativa Area 1es

Assegnatario DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Al Direttore Amministrativo

Classifica: 1

e p.c. Al Responsabile Area Formazione



SEDE

OGGETTO: Richiesta autorizzazione per attivazione Corso Formativo destinato agli operatori degli uffici scelta e revoca del MMG e del PLS – 2ª edizione.

Precisato che tra gli obiettivi assegnati a questa U.O.C. per l'anno 2016 è previsto lo svolgimento di "un evento formativo destinato agli operatori degli uffici scelta e revoca della ASL 8 – 2ª edizione – 2 giornate per l'applicazione delle procedure definite come misura del precedente PTPT", si chiede l'autorizzazione ad attivare il Corso Formativo:

Procedimento amministrativo di scelta e revoca del Medico di Medicina generale e del Pediatra di libera scelta – gestione tecnica e operativa attraverso la procedura ANAGS, anche alla luce delle nuove funzionalità – 2ª edizione"

Responsabile Scientifico: Dott.ssa Marisa Udella

Docente: Rag. Piero Piras

Data: 1ª edizione 11 luglio 2016 (dalle 14:30 alle 18:30) – n° partecipanti 16

2ª edizione 13 luglio 2016 (dalle 14:30 alle 18:30) - n° partecipanti 16

Sede di svolgimento: Via Romagna 16, padiglione C, 09126 Cagliari

Spesa per realizzazione Corso: € 200, 56

Fonti di finanziamento: Budget per la Formazione Specifica assegnato alla U.O.C.

Si allega alla presente, in originale, la seguente modulistica debitamente compilata e sottoscritta:

1. Richiesta attivazione Progetto Formativo Residenziale
2. Accettazione incarico di responsabile Scientifico e assenza di conflitti d'interesse
3. Indicazione scelta del Docente e dichiarazione assenza di conflitti d'interesse
4. Accettazione incarico di Docente e assenza di conflitti d'interesse

Cordiali saluti

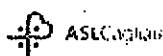
AZIENDA USL N. 8
Direzione Amministrativa
VIA PIERO DELLA FRANCESCA n. 1
09047 DELL'ARGIUS (CA)

La Responsabile
Dott.ssa Marisa Udella
Manca
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Antonella Carreras

*Manca
17.06.16*

ASL Cagliari Via Piero della Francesca 1 - 09047 Cagliari c.f. e p.i. 02261430926 www.asl8cagliari.it	AZIENDA USL N. 8 - CAGLIARI AREA FORMAZIONE 20 GIU. 2016	Area Amministrativa Territoriale Via Romagna Pad. C - Cagliari T. 07047443626 F. 07047443666
--	--	---

REGNA COME VISTO



Servizio Proponente
U.O.C. Area Amministrativa Territoriale

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *Procedimento amministrativo di scelta e revoca del medico di Medicina Generale e del Pediatra di libera scelta – gestione tecnica e operativa attraverso la procedura ANAGS, anche alla luce delle nuove funzionalità* "

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? **NO**
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Corso di aggiornamento

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 e l'indirizzo dell'altro fornitore

4

Numero di edizioni previste

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	11/07/2016	___/___/___	6 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___
2 ^a Edizione	13/07/2016	___/___/___	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 si, indicare l'indirizzo:

Sede Cagliari, viale Garibaldi

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, via Romagna 16, pad.C. 09126

?

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 16 Totale Partecipanti 32

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 22 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 Audioprofesta
- 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
- 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 Riab. Massag. Non Vedente
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- Programmatore
- Puericultrice
- Sociologo
- Statistico
- Tutte le professioni

Progetto Formativo

Area tematica

Area giuridico - normativa

Obiettivo formativo

Linee guida – protocolli – procedure – documentazione clinica

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

acquisizione competenze su procedimento scelta e revoca del medico

B - Acquisizione competenze di processo:

acquisizione competenze su nuove funzionalità ANAGS

C - Acquisizione competenze di sistema:

aggiornamento competenze su intero processo scelta e revoca del medico, scelta in deroga al massimale e assistenza sanitaria agli stranieri

D – Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenza o performance):

acquisizione maggiore professionalità/ competenze degli operatori addetti agli sportelli aziendali di scelta e revoca del medico anche in previsione delle nuove funzionalità di prossima introduzione da parte di Sardegna.it

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 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 Udella Nome Marisa

Codice Fiscale DLLMRS55L 54B354O Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 14/07/1955

Telefono 070 60947443623 Cellulare _____ Fax 070 6093715 e-mail marisaudella@asl8cagliari.it

Qualifica Responsabile UOC Area amm.va Territoriale Competenze Dirigente amministrativo

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Piero Nome Piras

Codice Fiscale PRSPR161B20B354A Telefono 070 47443617 Cellulare _____ Fax _____

07047443715 e-mail pieropiras@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 o le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 04 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>03</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperti guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>01</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) utilizzo computers presenti in sala

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
 Cognome Piras Nome Piero
 Codice Fiscale PRSPR161B208354A Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 20/02/1961
 Professione ECM Collaboratore Amministrativo Disciplina ECM Collaboratore Amministrativo
 Telefono 070_47443617 Cellulare 070_47443617 Fax 070_47443615 e-mail piropiras@aslscagliari.it
 Qualifica Collaboratore Amministrativo (titolare di Posizione Organizzativa)
 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 0,00
 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 fuori orario di servizio
 Cognome Piras Nome Piero
 Codice Fiscale PRSPR161B208354A Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 20/02/1961
 Professione ECM Collaboratore Amministrativo Disciplina ECM Collaboratore Amministrativo
 Telefono 070_47443617 Cellulare 070_47443617 Fax 070_47443615 e-mail piropiras@aslscagliari.it
 Qualifica Collaboratore Amministrativo (titolare di Posizione Organizzativa)
 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 0,00
 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

4

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
 Cognome Piras Nome Piero
 Codice Fiscale PRSPR161B208354A Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 20/02/1961
 Professione ECM Collaboratore Amministrativo Disciplina ECM Collaboratore Amministrativo
 Telefono 070_47443617 Cellulare 070_47443617 Fax 070_47443615 e-mail piropiras@aslscagliari.it
 Qualifica Collaboratore Amministrativo (titolare di Posizione Organizzativa)
 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 0,00
 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): _____
- 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)	206,56
B	Spese pernottamenti (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)	€
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 206,56

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze |
| <input checked="" type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza | <input type="checkbox"/> P.O. Marino |
| <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 type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <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) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>MARISA UDELLA</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>ASL Cagliari U.O.C. Area Amministrativa Territoriale IL RESPONSABILE <i>Udella</i></p>