

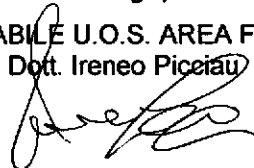
Allegato "A"

1048
10 OTT. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale ***"Novità diagnostiche in campo parassitologico"***

Il presente allegato è composto
di n. 8 fogli, di n. 8 pagine

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



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " Novità diagnostiche in campo parassitologico "

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

Scegliere un elemento.

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

È previsto l'uso della sola lingua italiana? NO

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
1ª Edizione	18/10/2016	20/10/2016	6ª Edizione	___/___/___	___/___/___
2ª Edizione	___/___/___	___/___/___	7ª Edizione	___/___/___	___/___/___
3ª Edizione	___/___/___	___/___/___	8ª Edizione	___/___/___	___/___/___
4ª Edizione	___/___/___	___/___/___	9ª Edizione	___/___/___	___/___/___
5ª Edizione	___/___/___	___/___/___	10ª 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 Aula Esercitazioni Laboratorio Analisi Centrale P.O. SS.Trinità

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Is Mirrionis, 92 Cagliari 09121

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 15 Totale Partecipanti Fare clic qui per immettere testo.0

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 9 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 4 operatori di altre ASL - Aperto a n. 1 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.

Non 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

- 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 checked="" type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input checked="" type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input checked="" 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 | |

A

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

- Farmacia Ospedaliera Farmacia Territoriale

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

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

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

- Psicologia Psicoterapia

Programma del Progetto Formativo

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

Durata singola edizione Ore: 21 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	3	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	00	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	6	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	1	00
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	8	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)

Attrezzature

(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 Esterno
Cognome CRINGOLI Nome GIUSEPPE
Codice Fiscale CRNGPP52R10A881M Luogo di nascita BISACCIA Data di nascita 10/10/1952
Professione ECM VETERINARIO Disciplina ECM PARASSITOLOGIA
Telefono 0812536283 Cellulare 8683347075 Fax Fare clic qui per immettere testo e-mail cringoli@unina.it
Qualifica professore universitario
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento
Fascia retributiva di competenza e relativo importo: Docente Esterno Fascia A € 100,00
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 6 Totale spesa rimborso pasti € 100,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notte da rimborsare 3 Totale spesa pernottamento € 150,00
Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 250,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/ n. 2

Ruolo Docente Esterno
Cognome IANNIELLO Nome DAVIDE
Codice Fiscale NNLDVD82H14A747G Luogo di nascita Battipaglia Data di nascita 14/06/1982
Professione ECM Biologo Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo
Telefono Fare clic qui per immettere testo Cellulare 3400744733 Fax Fare clic qui per immettere testo e-mail ianniello_d@yahoo.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento
Fascia retributiva di competenza e relativo importo: Docente Esterno Fascia B € 80,00
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 6 Totale spesa rimborso pasti € 100,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notte da rimborsare 3 Totale spesa pernottamento € 150,00
Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 250,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE sostituto / n. 3


Ruolo Docente Esterno
Cognome Fare clic qui per immettere testo Nome Fare clic qui per immettere testo
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 testo
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo Disciplina ECM 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 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 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 €
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notte da rimborsare Fare clic qui per immettere testo Totale spesa pernottamento €
Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali €
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

TUTOR n. 1

Ruolo Tutor Interno in orario di servizio
Cognome SATTA Nome FILEO
Codice Fiscale STTFLI80R07B354Y Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 07/10/1980
Professione ECM medico Disciplina ECM microbiologo
Telefono 0782820345 Cellulare 3395253101 Fax Fare clic qui per immettere testo e-mail fileosatta.spea@asl8cagliari.it Qualifica patologo clinico
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Tutor Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
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
Pernotteamento Max €110,00 a notte/ Notte 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

TUTOR sostituto n. 2

Ruolo Tutor Esterno
Cognome Fare clic qui per immettere testo Nome Fare clic qui per immettere testo
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo Data di nascita 16/01/1979
Professione ECM MEDICO Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo
Telefono Fare clic qui per immettere testo Cellulare 3493786329 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 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
Pernotteamento Max €110,00 a notte/ Notte 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



TUTOR sostituto n. 3

Ruolo Tutor Esterno
Cognome Fare clic qui per immettere testo Nome Fare clic qui per immettere testo
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 testo
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo Disciplina ECM 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 Qualifica
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 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
Pernotteamento Max €110,00 a notte/ Notte 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? Sì No

Riepilogo voci di spesa del corso


A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 300,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 200,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 500,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 610,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 340,00
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)		€ 1950,00
<i>A cura dell'Area Formazione</i>		

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 Accreditamento Strutture Sanitarie
<input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze
<input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco
<input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> P.O. Marino
<input checked="" 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>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;"><i>F. Angelantoni</i> DIRETTORE SANITARIO Dott. F. Angelantoni</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: right;"><i>F. Angelantoni</i></p>