

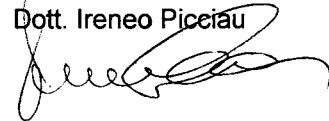
Allegato "A"

Preso d'atto Evento Formativo Residenziale:
**"Corso di formazione a cascata sulla
Valutazione di Impatto Sanitario: Linee
Guida e strumenti per valutatori e
proponenti".**

Il presente allegato è composto da n° 17 fogli di
n° 17 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE

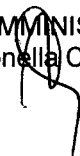
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1367 DEL - 4 NOV. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)



ASL8

NP/2016/ 0024876 del 07/10/2016 ore 09,46

Mittente : Salute e Ambiente

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1.5.7.




Responsabile
Area Formazione
Sede

Oggetto: Trasmissione materiale corso di formazione: " **Corso di formazione a cascata sulla Valutazione di Impatto Sanitario: Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti**"
CAGLIARI, 13-14 OTTOBRE

Si trasmette il seguente materiale del corso in oggetto:

- Scheda di attivazione del corso compilata e firmata
- Programma
- Moduli compilati e firmati di indicazione scelta docenti e del tutor e assenza di conflitto di interessi
- N.5 Moduli compilati e firmati di Accettazione di incarico docente
- 1 Modulo compilato e firmato di Accettazione di incarico tutor
- Prova di verifica
- Nota cambio responsabile scientifico
- Lista partecipanti

Il Responsabile


Grazia Serra



| | | |
|-----------------------------|--------------|--|
| AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI | | |
| AREA FORMAZIONE | | |
| | 19 OTT. 2016 | |
| PRESA IN CARICO | | |

Servizio Proponente

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

***Corso di formazione a cascata sulla Valutazione di Impatto Sanitario:
Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti"***
CAGLIARI
13-14- OTTOBRE

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

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?

NO

Se "SI" indicare la denominazione

Numero di edizioni previste ____

| | Data Inizio | Data fine |
|------------------|--------------------|------------------|
| Prima edizione | 13/10/16 | 14/10/16 |
| Seconda edizione | | |
| Terza 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.

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 arancio c/o SEDE ASL 8

Indirizzo: Selargius via P. della Francesca

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 45 Totale Partecipanti 45

- Aperto a n. 20 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 15 operatori di altre ASL -

Professioni dei partecipanti

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico
- Biologo
- Veterinario
- Tecnico della Prevenzione

Discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

- Tutte le discipline

Discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

Discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

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

Discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

Progetto Formativo

Area tematica

- *Area prevenzione e promozione della salute*

Obiettivo formativo

- *Sicurezza ambientale e/o patologie correlate*

l

5

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Approfondimento della metodologia per valutare gli effetti sulla salute di progetti e programmi territoriali che comportano impatti sanitari diretti o indiretti, come richiesto nel Piano di Prevenzione Regionale 2014-2018,

B - Acquisizione competenze di processo:

Perfezionamento delle abilità nell'utilizzo degli strumenti metodologici di VIS

C - Acquisizione competenze di sistema:

Adozione consapevole degli strumenti acquisiti per analisi degli impatti sulla salute relativi ad un progetto o programma

** 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 Serra Nome Grazia

Codice Fiscale SRRGRZ54R65A492N

Luogo di nascita Atzara Data di nascita 25/10/1954

Telefono 07047443890 Cellulare _____ FAX 07047443874

e-mail graziaserra@asl8cagliari.it

Qualifica e Competenze Medico del lavoro responsabile della SSD Salute e ambiente

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Fioretto Nome Daniela

Telefono 07047443890 Cellulare _____ FAX 07047443874

e-mail _____



| Metodologie | Sigla | Ore | Minuti |
|---|-------|-----|--------|
| Lezioni Magistrali | LM | | |
| Serie di relazioni su tema preordinato | LRP | | |
| Tavole rotonde con dibattito tra esperti | TR | 3 | |
| Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde") | CD | | |
| Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti | DTSED | | |
| Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi) | PPCC | 9 | |
| Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto | LPG | | |
| Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche | ED | | |
| Role - Playing | RP | | |

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: 0__

Metodologie didattiche

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti

- *Project work (allegare la descrizione)*

Attrezzatura

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

- *Vari Computer portatile*

- *Lavagna a fogli mobili*

- *Videoproiettore con possibilità di collegamento videoconferenza*

4

8

FORMATORE n.1

Ruolo: Docente Esterno

CognomeNatali _____ **Nome** Marinella _____

Codice Fiscale NTLMNL55I66A944H _____

Luogo di nascita Bologna **Data di nascita** 26/07/1955 **Telefono** 0515277329

Cellulare _____ **FAX** 0515277065 **e-mail** mnatali@regione.emilia-romagna.it

Qualifica Biologa **Competenze** Referente scientifico progetto CCM

Fascia retributiva di competenza e relativo importo

Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/ da retribuire 12 **Totale compenso €** 1200

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio: *(N.B. cancellare la voce che con interessa)*

Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88,

Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 Ore (D.P.R. 395/88

Numero Pasti 4 **Totale spesa rimborso pasti €** 120

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 **Totale spesa pernottamento** 220

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 500

FORMATORE n. 2

Ruolo: Docente Esterno.

Cognome Ballarini Nome Adele _____

Codice Fiscale BLLDLA80S67G337F

Luogo di nascita Parma Data di nascita 27/11/1980 Telefono _____

Cellulare 3296858479 FAX 0515277065 e-mail aballarini@regione.emilia-romagna.it

Qualifica laureata in scienza della comunicazione-master in ecologia Competenze Regione Emilia Romagna
Servizio Sanità Pubblica

Fascia retributiva di competenza e relativo importo

Docente Esterno Fascia B € 80,00

Ore di docenza/ da retribuire 9 Totale compenso € 720

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata



10

FORMATORE n. 3

Ruolo: Docente Esterno, Esterno.

Cognome Usai Nome Salvatore_Cosimo

Codice Fiscale SUACMS58P27E441B

Luogo di nascita Lanusei Data di nascita 27/9/1958

Telefono 0783 9111382

Cellulare 3687852437 FAX 0783 9111327

e-mail c.salvatore.usai@asloristano.it

Qualifica Dirigente medico di Igiene e sanità pubblica con competenze in valutazioni di impatti sanitari

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

4

11

FORMATORE n. 3

Ruolo: *Docente Esterno, Esterno.*

Cognome Usai **Nome** Salvatore_Cosimo

Codice Fiscale SUACMS58P27E441B

Luogo di nascita Lanusei **Data di nascita** 27/9/1958

Telefono 0783 9111382

Cellulare 3687852437 **FAX** 0783 9111327

e-mail c.salvatore.usai.@asloristano.it

Qualifica Dirigente medico di Igiene e sanità pubblica con competenze in valutazioni di impatti sanitari

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

f

FORMATORE n. 4

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio.

Cognome__ Matza **Nome** Osvaldo _____

Codice Fiscale MTZSLD54D12B354H _____

Luogo di nascita Cagliari _____ **Data di nascita** 12/04/1954 _____

Telefono 070 47443883 _____

Cellulare _____ **FAX** 070 47443874 _____

e-mail osvaldomatza@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente Biologo _____

Competenze specifiche competenze in valutazioni ambientali - sanitarie presso la SSD Salute e Ambiente

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata



FORMATORE n. 4

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio.

Cognome Matza Nome Oswaldo

Codice Fiscale MTZSLD54D12B354H

Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 12/04/1954

Telefono 070 47443883

Cellulare _____ FAX 070 47443874

e-mail osvaldomatza@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente Biologo

Competenze specifiche competenze in valutazioni ambientali - sanitarie presso la SSD Salute e Ambiente

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata



FORMATORE n. 5

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio,

Cognome Nurchis **Nome** Pierpaolo

Codice Fiscale NRCPPPL58H16B354R

Luogo di nascita Cagliari **Data di nascita** 16/06/1958

Telefono 070 47443876

Cellulare _____ **FAX** 070 47443874

e-mail

Qualifica Dirigente Medico Igienista

Competenze specifiche competenze in valutazioni ambientali - sanitarie presso la SSD Salute e Ambiente

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

TUTOR n. 1**Ruolo:** Tutor interno in e fuori orario di ServizioCognome **Locci** Nome **Stefano** Codice Fiscale **LCCSFN56H07B354A**Luogo di nascita **Cagliari** Data di nascita **07/06/1956** Telefono Cellulare **3332512037** e-mailQualifica **Collaboratore Amministrativo Professionale** con competenza di gestione d'aula, soluzione di problemi logistici ed organizzativiInquadramento CCNL Formatori interni: **Comparto**Fascia retributiva di competenza e relativo importo: **D3**Tutor interno Comparto in orario di Servizio **€5,64**Tutor interno Comparto fuori orario di Servizio **€ 25,82**Ore di Tutor da retribuire: 6 fuori orario di servizio Totale compenso **€ 154,92**È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata**Fonti di finanziamento****(N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)**Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): *nota RAS n.19023 del 7/7/2016 e nota Serv. Bilancio n.19527 del 21/07/2016 – codice progetto 201510***Riepilogo voci di spesa del corso**

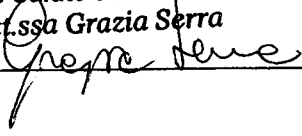
| | | |
|---|---|-----------------|
| A | Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti e tutor) | € 2074,00 |
| B | Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti e discenti) | € 1500,00 |
| C | Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti e discenti) | € 250,00 |
| 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) | € 0,00 |
| F | Stima costi accreditamento ECM | € 0,00 |
| Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) | | €4824,00 |

Macrostruttura di appartenenza

- Dipartimento Prevenzione

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) | Grazia Serra |
| Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) | Il Responsabile SSD Salute e Ambiente Dot.ssa Grazia Serra  |

