

Allegato "A"

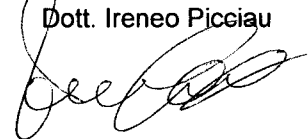
1268

- 6 DIC. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
**"L'esperienza della ASL di Cagliari nella
gestione dei problemi di salute della
popolazione immigrata"**.

Il presente allegato è composto da n° 13 fogli
di n° 13 pagine

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



ASL8
NP. 2016/26824 del 28/10/2016 ore 13.52
Mitt.: Promozione della Salute
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2016



Al Responsabile dell'Area Formazione

SEDE

Oggetto: Richiesta attivazione corso "L'esperienza della ASL di Cagliari nella gestione dei problemi di salute della popolazione immigrata".

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

- allegato 1 Scheda di attivazione
- allegato2b Indicazione scelta del tutor
- allegato 3 Indicazione di scelta per docenza gratuita (5 allegati)
- allegato 4 Autoindicazione di scelta come docente
- allegato 5 Accettazione incarico Responsabile scientifico
- allegato 6 Accettazione incarico docente/codocente (5 allegati)
- allegato 7 Accettazione incarico di tutor
- Programma e descrizione esame pratico finale



Distinti saluti

Il Direttore del Servizio

Dottoressa Silvana Tilocca



Servizio Proponente

Promozione della Salute

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**Titolo del Progetto: "L' esperienza della ASL di Cagliari nella gestione dei problemi di salute della popolazione immigrata"****Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? Si**
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante**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
1ª Edizione	02/12/2016	02/12/2016	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 Arancione.****Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Selargius, Via Piero della Francesca**

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 0 Totale Partecipanti **80**

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n.30 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n10 operatori di altre ASL - Aperto a n. 10 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"/> Laboratorio di Genetica
Medica | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi
Sanitari di Base |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato
respiratorio | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e
Spaziale | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio
di Analisi Chimico – Cliniche e
Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e
Sicurezza degli Ambienti di
Lavoro | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera
Scelta) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di
Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di
famiglia) | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e
Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e
Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e
Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio
Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia
Clinica | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della
Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | <input checked="" type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità
Pubblica | <input type="checkbox"/> Oncologia | |

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., transf., 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 Prevenzione e promozione della salute.

Obiettivo formativo

Epidemiologia -promozione della salute

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisizione capacità e competenze in tema di immigrazione

B - Acquisizione competenze di processo:

Gestione dei percorsi.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Gestione e condivisione multidisciplinare

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

Acquisizione consapevolezza finalizzata alla risoluzione delle barriere intersettoriali.

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 06 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 ABBASANTA Data di nascita 14/02/1954

Telefono 07047443918 Cellulare 3294104978 Fax070 47443872. e-mail silvanatilocca@asl8cagliari.it.

Qualifica Direttore Dipart. Di Prevenzione e Servizio Promozione della Salute. Competenze Specialista in Igiene e Med. Preventiva

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Bertocchi Nome Alessandra.

Codice Fiscale BRTLSN58A41E281G .Telefono 07047443899 Cellulare 3484262386. Fax 070474438899 r
immettere testo. e-mail alessandrabertocchi@asl8cagliari.it

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: 00 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>1</u>	<u>30</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>2</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>2</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>1</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>30</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 Direttore scientifico/Formatore
Cognome Tilocca Nome Silvana
Codice Fiscale TLCSVN58B54A007Q Luogo di nascita ABBASANTA . Data di nascita 14/02/1954
Professione ECM MEDICO Disciplina ECM IGIENISTA
Telefono 070 47443918 Cellulare 3294104978 Fax e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Direttore
Dipartimento di Prevenzione Fare clic qui per immettere testo.
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 2

Ruolo Formatore
Cognome Pirastu Nome Paola
Codice Fiscale PRS PLA 62E42B354E Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 2/05/1962
Professione ECM Medico Disciplina ECM Geriatra
Telefono 070 47443841. Cellulare 380 7362233 Fax 070 47443872. e-mail paolapirasu@asl8cagliari.it Qualifica Medico
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 3

Ruolo Formatore
Cognome Congiu Nome Luciana
Codice Fiscale Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 09/03/54
Professione ECM Medico Disciplina ECM Dermatologia
Telefono 070 6094554. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail
Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Medico
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 4

Ruolo Medico Formatore
Cognome De Stefano Nome Francesco
Codice Fiscale DST FNC 51H 15H 974W. Luogo di nascita MARSALA (TP) Data di nascita 15/06/1951
Professione ECM Medico Disciplina ECM Medicina Legale
Cellulare 335 472888 e-mail fdestefano@unige.it. Qualifica Professore Universitario
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 5

Ruolo Medico/Formatore
Cognome Delfino Nome Flora Donatella
Codice Fiscale DLFFRD54R51G924L Luogo di nascita Porto Torres . Data di nascita 11 /10/ 1954
Professione ECM Medico Disciplina ECM Ginecologo
Telefono Cellulare 349 8421405 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo.
Qualifica Medico
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 6

Ruolo Medico/Formatore
Cognome Lixia Nome Giuseppe
Codice Fiscale LXI GPT 57C09BB354I. Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 09/03/1957
Professione ECM Medico Disciplina ECM Pediatria
Telefono 070912041 Cellulare 3487380266 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Medico
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 7

Ruolo Medico/Formatore
Cognome Trogu Nome Emanuela
Codice Fiscale TRGMNL58P969B354G. Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 29/9/1958 Medico
Disciplina ECM PSICHIATRA
Telefono 0706096141 Cellulare

Fax 0706096151 e-mail emanuelatrogue@asl8cagliari.it Qualifica Medico

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

TUTOR n. 1

Ruolo Tutor

Cognome Bertocchi Nome Alessandra

Codice Fiscale BRTLSN58A41E281G Luogo di nascita Iglesias Data di nascita 01/01/1958

Professione ECM Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono 070 47443899 Cellulare 3484262386 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail
alessandrabertocchi@asl8cagliari.it Qualifica Tutor (esterno)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Fascia unica 30 euro l'ora_

Tutor da retribuire 5 ore_ Totale compenso € 150

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

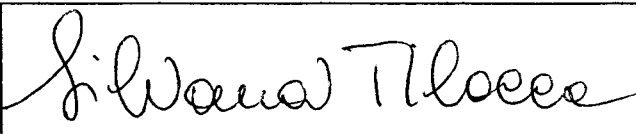
A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	150,00 TUTOR
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 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)	€ 0,12,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) A cura dell'Area Formazione		€ 322,15

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input checked="" 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>	
---	--

Timbro e Firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento,
Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)


IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
"PROMOZIONE DELLA SALUTE"
Dott.ssa Silvana Trocena

