

**SERVIZIO SANITARIO  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ATS- AREA SOCIO SANITARIA LOCALE CAGLIARI**

**DETERMINAZIONE DIRETTORE ASSL Cagliari N° DET8-2017-223 DEL 10/04/2017**

**Dott. Paolo Tecleme** (firma digitale apposta)

**STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE**

**OGGETTO:**

Approvazione Progetto Formativo Aziendale  
Ecografia di base con particolare riferimento al posizionamento di accessi venosi periferici

Con la presente sottoscrizione si dichiara che l'istruttoria è corretta, completa nonché conforme alle risultanze degli atti d'ufficio, per l'utilità e l'opportunità degli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.

Responsabile Struttura Proponente:  
**Dott./Dott.ssa TULLIO GARAU** (firma digitale apposta)

La presente Determinazione:

è soggetta alla comunicazione al competente Assessorato regionale ai sensi dell'art. 29 della L. R. n° 10/ 2006 e ss.mm.ii.

Si attesta che la presente determinazione dirigenziale viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line dell'ASSL Cagliari dal **12/04/2017** al **27/04/2017**

## **IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE – AREA FORMAZIONE**

- VISTA** la Legge Regionale n. 17 del 27.07.2016 di istituzione dell’Azienda per la tutela della salute (ATS);
- VISTA** la Deliberazione del Direttore Generale della ASSL di Sassari n. 143 del 29/12/2016 di nomina del dott. Paolo Tecleme Direttore dell’Area Socio Sanitaria di Cagliari;
- VISTO** la Deliberazione del Direttore Generale della ATS n. 11 del 18/01/2017 avente per oggetto l’individuazione delle funzioni/attività attribuite ai Direttori delle Aree Socio-Sanitarie e ai Dirigenti dell’Azienda per la Tutela della Salute;
- DATO ATTO** che il soggetto che propone il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all’oggetto dell’atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;
- RICHIAMATO** il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, (G.U. n. 80 del 05/04/2013), in materia di trattamento dei dati personali;
- VISTI** il D.lgs n. 502/92 e ss.mm.ii.;
- la Legge Regionale n.10 del 28.07.2006 sul "Riordino del servizio sanitario della Sardegna" e in particolare l’art.25 che stabilisce che "La Regione riconosce l’importanza della formazione tecnico-professionale e gestionale della dirigenza e del restante personale del SSR e a, tale scopo ne favorisce la formazione continua e promuove occasioni di formazione sulla programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, con particolare attenzione alla diffusione delle tecniche di monitoraggio e controllo sull’appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni e dei servizi sanitari;
- la DGR n. 72/23 del 19 dicembre 2008, "Riordino del sistema regionale della formazione continua in medicina";
- l’Accordo Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni Province Autonome ai sensi dell’articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul "Il nuovo sistema di Formazione Continua in Medicina", del 19 aprile 2012;
- il D.P.C.M. 26 Luglio 2010 - Recepimento dell’Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, stipulato in data 5 Novembre 2009, in materia di accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all’estero e liberi professionisti;
- l’art. 3 della L. 136/2010 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" e s.m.i.;
- il D. lgs. 12 aprile 2006, n. 163 Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE;
- l’art. 53, comma 6 lettera F bis del D. lgs. n. 165 del 30.03.2001 e successive modifiche ed integrazioni;

la Delibera ASL Cagliari n. 401 del 16 aprile 2010, "Adozione, in via sperimentale, del Regolamento Aziendale in Materia di Formazione ed Aggiornamento Professionale";

#### **PRESO ATTO**

delle delibere ASL Cagliari n. 137 del 30/01/2013 " recepimento della deliberazione G.R. n. 52/94 del 23/12/2011, n. 138 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/74 del 24/07/2012, n. 139 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/79 del 24/07/2012 e n. 140 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/80 del 24/07/2012, relative agli indirizzi per il Nuovo Sistema ECM;

della delibera della Giunta Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n. 4/14 del 5 febbraio 2014 "Manuale di Accreditamento dei provider regionali ECM";

#### **ATTESO**

che il costo per l'organizzazione del corso di formazione graverà sui fondi per la Formazione Aziendale definiti con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016;

#### **VISTA**

la scheda di attivazione del Progetto Formativo prot. n° NP.2017/28320 del 28/03/2017 (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A), con la quale il dott. Gavino Antonio Scarpa, responsabile f.f, dell'U.O.C. Anestesia e Rianimazione del presidio ospedaliero "SS Trinità", chiede che sia attivato il progetto formativo aziendale "**Ecografia di base con particolare riferimento al posizionamento di accessi venosi periferici**", nella quale sono precisati gli obiettivi, il responsabile scientifico, la tipologia dei partecipanti, i docenti individuati e i costi del progetto formativo;

#### **ACCERTATO** che:

- le attività di formazione proposte risultano articolate come segue:

##### **Sede, durata e docenti**

- Il corso sarà tenuto in n. 2 edizioni di una giornata della durata pari a 4 ore ognuna;
- Destinatari del progetto sono n. 17 partecipanti per edizione, i cui nominativi saranno individuati e comunicati dalla struttura proponente all'Area Formazione;
- Le attività didattiche si svolgeranno nei giorni 16 e 17 maggio 2017 presso la sala convegni Urologia presso il presidio ospedaliero "SS Trinità";
- le attività di docenza, come meglio di seguito precisato saranno affidate ai docenti interni Stefano Marini e Di Giuseppe Laura;

#### **Modalità di partecipazione:**

La formazione in parola, ferme restando le esigenze di continuità del servizio, costituisce aggiornamento obbligatorio per i dipendenti ASL Cagliari individuati, per i quali le eventuali eccedenze orarie accumulate in occasione dell'attività formativa rispetto al debito settimanale daranno luogo, esclusa qualsivoglia forma di monetizzazione, al recupero della stessa previa intesa con il diretto responsabile gerarchico;

#### **Aspetti economici:**

La spesa massima prevista per la realizzazione del progetto è pari a € 500,15. Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docenti e costo per l'accREDITAMENTO ECM), come specificato in dettaglio nella tabella costi previsti allegata al presente atto per costituire parte integrante e sostanziale (Allegato A).

La determinazione del compenso proposto è rispondente a quanto stabilito dalla deliberazione aziendale n° 401 del 16 aprile 2010 "Regolamento Aziendale in Materia di Formazione ed Aggiornamento Professionale", secondo le linee guida Regionali recepite dall'Azienda con Del. N. 139 del 31/01/2013.

**Preso atto che:**

- i docenti sono stati proposti ed individuati dal Responsabile f.f. della U.O.C. proponente con dichiarazione acquisita agli atti (prot. n° NP.2017/28320 del 28/03/2017) dalla quale risulta che le scelte sono state tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi anche in virtù dei ruoli professionali svolti come risulta dai *curricula* degli stessi e dichiara, inoltre, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, che in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte sua conflitti di interesse, (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A);
- il Responsabile f.f. della U.O.C. proponente ha fornito una dichiarazione acquisita agli atti (nota prot. n° NP.2017/28320 del 28/03/2017) da parte dei docenti relativa all'insussistenza di cause di inconferibilità, incompatibilità, o di conflitto di interessi all'assunzione dell'incarico di docenza (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A);

## **PROPONE L'ADOZIONE DELLA DETERMINAZIONE**

per i motivi esposti in premessa:

- 1) di approvare il Progetto Formativo Aziendale **“Ecografia di base con particolare riferimento al posizionamento di accessi venosi periferici”**;
- 2) di definire che l'attività formativa si terrà come da data, articolazione oraria indicata nel programma e con la partecipazione dei docenti che risultano indicati nello stesso, per il quale il presente atto costituisce formale incarico;
- 3) di fissare in € 500,15 le spese complessive da sostenere per la realizzazione del progetto formativo in oggetto (dettagliati nella tabella contenuta nell'Allegato A). Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docenti e costo per l'accreditamento ECM);
- 4) di stimare in € 172,15 le spese da sostenere per l'accreditamento ECM del progetto formativo (dettagliati nella tabella contenuta nell'Allegato A) e di imputare le stesse al conto n° A506030204 del bilancio aziendale;
- 5) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 14,71 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 3,68;
- 6) di imputare i costi ai conti n° 0506030201, 0506030202, 0506030203 e 0506030205 del Bilancio aziendale;
- 7) che il costo per l'organizzazione del corso di formazione graverà sul fondo per la Formazione Aziendale definito con delibera n. 1534 del 15/12/2016;
- 8) di autorizzare il Servizio Bilancio al pagamento delle spese per la quota di accreditamento ECM;
- 9) di autorizzare il Servizio Personale al pagamento delle competenze dovute in favore di coloro che erogheranno servizi per la funzionalità del progetto formativo a seguito di presentazione di regolare documentazione contabile e previa liquidazione contenente l'attestazione di regolare esecuzione da parte del responsabile della UO proponente il Progetto formativo;
- 10) di demandare all'Area Formazione del Servizio Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale, per quanto di competenza, gli adempimenti organizzativi ed amministrativi connessi con l'attuazione delle predette attività ECM regionale;

- 11) di comunicare la presente deliberazione all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, ai sensi dell'art. 29, comma 2, della L.R. n. 10/2006, come modificato dall'art. 3 della L.R. n° 21/2012

## **IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE – AREA FORMAZIONE**

f. f. Dott. Tullio Garau

S.C. Sviluppo Organizzativo e  
valutazione del Personale-Area Formazione: TG  
Estensore e responsabile del procedimento: RC

## **IL DIRETTORE DELL'AREA SOCIO-SANITARIA LOCALE DI CAGLIARI**

**VISTA** la su estesa proposta, che si richiama integralmente;

**DATO ATTO** che il soggetto che adotta il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

### **DETERMINA**

- 1) di approvare il Progetto Formativo Aziendale **“Ecografia di base con particolare riferimento al posizionamento di accessi venosi periferici”**;
- 2) di definire che l'attività formativa si terrà come da data, articolazione oraria indicata nel programma e con la partecipazione dei docenti che risultano indicati nello stesso, per il quale il presente atto costituisce formale incarico;
- 3) di fissare in € 500,15 le spese complessive da sostenere per la realizzazione del progetto formativo in oggetto (dettagliati nella tabella contenuta nell'Allegato A). Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docenti e costo per l'accreditamento ECM);
- 4) di stimare in € 172,15 le spese da sostenere per l'accreditamento ECM del progetto formativo (dettagliati nella tabella contenuta nell'Allegato A) e di imputare le stesse al conto n° A506030204 del bilancio aziendale;
- 5) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 14,71 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 3,68;
- 6) di imputare i costi ai conti n° 0506030201, 0506030202, 0506030203 e 0506030205 del Bilancio aziendale;
- 7) che il costo per l'organizzazione del corso di formazione graverà sul fondo per la Formazione Aziendale definito con delibera n. 1534 del 15/12/2016;
- 8) di autorizzare il Servizio Bilancio al pagamento delle spese per la quota di accreditamento ECM;
- 9) di autorizzare il Servizio Personale al pagamento delle competenze dovute in favore di coloro che erogheranno servizi per la funzionalità del progetto formativo a seguito di presentazione di regolare documentazione contabile e previa liquidazione contenente l'attestazione di regolare esecuzione da parte del responsabile della UO proponente il Progetto formativo;

- 10) di demandare all'Area Formazione del Servizio Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale, per quanto di competenza, gli adempimenti organizzativi ed amministrativi connessi con l'attuazione delle predette attività ECM regionale;
- 11) di comunicare la presente deliberazione all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, ai sensi dell'art. 29, comma 2, della L.R. n. 10/2006, come modificato dall'art. 3 della L.R. n° 21/2012

**IL DIRETTORE DELLA ASSL CAGLIARI**  
Dott. Paolo Tecleme

# Allegato “A”

## Approvazione Progetto Formativo Aziendale “**Ecografia di base con particolare riferimento al posizionamento di accessi venosi periferici**”

Il presente allegato è composto  
di n. 14 fogli, di n. 14 pagine

Il Responsabile dello Sviluppo Organizzativo  
e Valutazione del Personale  
Area Formazione  
f.f. dott. Tullio Garau

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE ASSSL CAGLIARI

N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE DELLA ASSSL CAGLIARI  
Dott. Paolo Teclème

Quod. 68/17

Al responsabile della  
Formazione

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE  
NP.2017/28320 del 28/03/2017 ore 14.10  
Mitt.: ASSL Cagliari OSPEDALE SS TRINIT...  
Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 836 del 2017

Cagliari 27/03/2017



Oggetto: Attivazione Progetto Formativo Aziendale \_

Al fine di poter procedere all'attivazione del Progetto Formativo \_  
**Corso di Ecografia di base, con particolare riferimento al posizionamento di accessi venosi periferici**

si trasmette in allegato la seguente documentazione:

- Modulo "Richiesta di attivazione del progetto formativo
- Indicazione di scelta dei docenti/relatori e assenza di conflitto di interesse
- Moduli assenza di conflitto di interesse da parte dei docenti e accettazione incarico.
- Indicazione di scelta di responsabile scientifico
- Programma del corso per accreditamento
- Questionario di valutazione per accreditamento ECM

Distinti Saluti

  
 **ASL Cagliari**  
P.O. SS. TRINITÀ  
**U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE**  
**RESPONSABILE F.F.**  
**Dott. Gavino Antonio Scarpa**  
Matr. 48702



Servizio Proponente Anestesia  
Rianimazione

## Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

**Titolo del Progetto:** " *Ecografia di base con particolare riferimento al reperimento degli accessi venosi periferici* "

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

Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale

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
1 <sup>a</sup> Edizione	<u>16/05/2017</u>	<u>16/05/2017</u>	6 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
2 <sup>a</sup> Edizione	<u>17/05/2017</u>	<u>17/05/2017</u>	7 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
3 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	8 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
4 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	9 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
5 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	10 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>

*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 sala urologia

Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) P.O. SS.Trinità

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 17 Totale Partecipanti 34

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/Provati/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 checked="" 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 checked="" 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 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 emergenza ed urgenza

### Obiettivo formativo

Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebn – ebn – ebp)

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Implementazione dei contenuti tecnici e professionali pertinenti all'argomento sulla scorta di evidenza della letteratura scientifica internazionale.

#### B - Acquisizione competenze di processo:

Sviluppo di attività e di procedure atte a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, appropriatezza

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

Introduzione di nuova metodica per il posizionamento di accessi venosi periferici a medio e lungo termine

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

Acquisizione di nuove competenze nel reperimento di accessi venosi periferici ecoguidati. Riduzione del numero di accessi venosi centrali e di conseguenza il rischio di infezioni ad essi correlati

#### 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 Marini Nome Stefano

Codice Fiscale MRNSFN76A23B354Y Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 23/01/1976

Telefono [Fare clic qui per immettere testo.](#) Cellulare 3335703322 Fax [Fare clic qui per immettere testo.](#) e-mail stefanomarini@asl8cagliari.it

Qualifica Medico Competenze Medico Radiologo

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Abis Nome Patrizia

Codice Fiscale BSAPRZ63P51G207R Telefono [Fare clic qui per immettere testo.](#) Cellulare 3397897709 Fax [Fare clic qui per immettere testo.](#) e-mail patriziaabis@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: 04 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>02</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>00</u>	<u>00</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>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>02</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/TUTOR n. 1**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio  
 Cognome Marini Nome Stefano  
 Codice Fiscale MRNSFN76A23B354Y Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 23/01/1976  
 Professione ECM Dirigente Medico Disciplina ECM Radiodiagnostica  
 Telefono [Fare clic qui per immettere testo.](#) Cellulare 3335703322 Fax [Fare clic qui per immettere testo.](#) e-mail stefanomarini@asl8cagliari.it Qualifica Medico Radiologo  
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza fuori orario di servizio € 41,00  
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 004 Totale compenso € 164  
 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 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 Di Giuseppe Nome Laura  
 Codice Fiscale DGSLRA67L52L103U Luogo di nascita TERAMO Data di nascita 12/07/1967  
 Professione ECM Dirigente Medico Disciplina ECM Anestesia Rianimazione  
 Telefono [Fare clic qui per immettere testo.](#) Cellulare 3479464259 Fax [Fare clic qui per immettere testo.](#) e-mail lauradigius@hotmail.com Qualifica Medico Anestesista Rianimatore  
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza fuori orario di servizio € 41,00  
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 004 Totale compenso € 164  
 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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00  
***È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***

**FORMATORE/TUTOR n. 3**

Ruolo [Scegliere un elemento.](#)  
 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 una data.](#)  
 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 € 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): *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

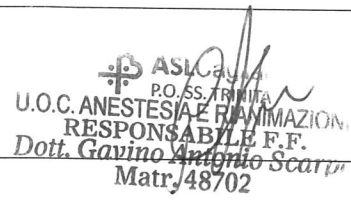
<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 328,00
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
<b>E</b>	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM ( a cura dell'Area Formazione)	€ 178,15
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 500,15

### Macrostruttura di appartenenza

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti<br><input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi<br><input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici<br><input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza<br><input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari<br><input type="checkbox"/> D.G. Staff<br><input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale<br><input type="checkbox"/> P.O. Marino<br><input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe<br><input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino<br><input checked="" type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità<br><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;"><b>Nome e cognome</b> (in stampatello)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: 1.2em; text-align: center;">ANTONIO GAVINO SCARPA</p>
<p style="text-align: center;"><b>Timbro e Firma</b> (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<div style="text-align: center;">  <p style="font-size: 0.8em;">           ASL Cagliari            P.O. SS. TRINITA'            U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE            RESPONSABILE F.F.            Dott. Gavino Antonio Scarpa            Matr./48702         </p> </div>

27/03/17

**Indicazione di scelta del docente  
e dichiarazione assenza di conflitto di interessi**

(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Scarpa Antonio Gavino Responsabile/Direttore della Struttura

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: \_

**Corso di Ecografia di base, con particolare riferimento al posizionamento di accessi venosi periferici**

di prossima programmazione,

**1) indico quale docente dell'attività formativa in questione**

il/la Sig./Dr. <sup>ssa</sup>

LAURA DI GIUSEPPE - Dr STEFANO MARINI

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

**2) Dichiaro che**, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta **non sussistono** da parte mia **conflitti di interesse**.

Data, 17.03.2017

Firma e timbro

  
 **ASL Cagliari**  
P.O. SS. TRINITA'  
**U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE**  
**RESPONSABILE F.F.**  
**Dott. Gavino Antonio Scarpa**  
Matr. 48702



## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto DI GIUSEPPE LAURA nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

ECOGRAFIA DI BASE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL  
POSIZIONAMENTO DI ACCESSI VASCOLARI VENOSI PERIFERICI

di prossima programmazione, dichiaro di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data,

17/3/17

Firma e timbro  
 **ASL Cagliari**  
P.O. SS. Trinità - Cagliari  
**S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE**  
Dr.ssa Laura Di Giuseppe  
Matr. 53859

## Dichiarazione

### **Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse**

*(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)*

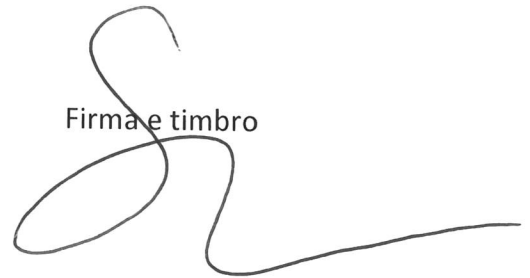
Io sottoscritto STEFANO BUCCHIERI nominato in qualità di  
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

**Corso di Ecografia di base, con particolare riferimento al posizionamento di accessi venosi periferici**

di prossima programmazione, dichiaro di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 12/3/17

Firma e timbro



---

## Progetto Formativo

**Ecografia di base con particolare  
riferimento al posizionamento di accessi venosi periferici**  
Cagliari, 16, 17 Maggio 2017 dalle 14.00 alle 19.00

### PROGRAMMA

Inizio	Fine	Programma	Metodologia	Docente	Sostituto
14.00	14.15	Registrazione partecipanti	/		
14.15	14.30	Saluto ai partecipanti e Introduzione all'evento formativo	/	<b>Direttore U.O.C. Antonio Gavino Scarpa</b>	
14.30	15.15	Accessi vascolari eco guidati : stato dell'arte		Laura Di Giuseppe	
15.15	15.30	Discussione			
15.30	16:20	Accessi vascolari: il radiologo		Stefano Marini	
16.20	16.30	Discussione			
16.30	16.45	Coffee Break			
16.45	17.15	Accessi vascolari : relazione tecnica		Di Giuseppe	
17.15	17.30	Discussione			
17.30	18:45	Accessi vascolari : seduta pratica		Di Giuseppe/ Marini /	
18.45	19.00	Chiusura dei lavori e test finale			

### Progetto Formativo Aziendale

### “Ecografia di base con particolare riferimento al posizionamento di accessi venosi periferici”

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti	€ 328,00
Costi accreditamento ECM	€ 172,15
<b>TOTALE</b>	<b>€ 500,15</b>

Costo medio per partecipante € 14,71  
Costo medio x ora x partecipante € 3,68

Il Responsabile dello Sviluppo Organizzativo  
e Valutazione del Personale  
Area Formazione  
f.f. dott. Tullio Garau