

## Allegato "A"

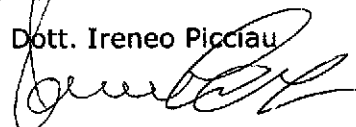
### Progetto Formativo

"Conosciamo l'emergenza. Dotazione e utilizzo  
ambulanza. Carrello per la gestione  
dell'emergenza. Conoscere Lifepak 12 e misure  
d'emergenza"

Il presente allegato è composto di n. <sup>18</sup>...fogli,  
di n. <sup>18</sup> pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 669 DEL 29 MAG. 2014

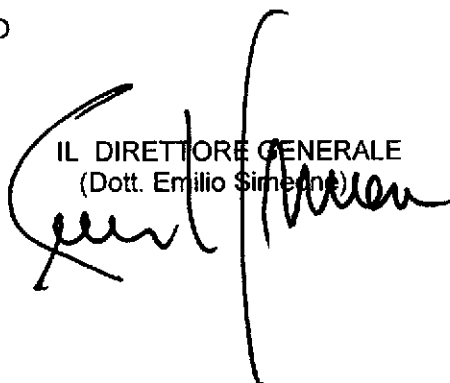
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Ugo Storelli)



IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Emilio Simeoni)



## Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte e consegnata almeno 45 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto formativo residenziale.

### Titolo del Progetto Formativo Residenziale

**Conosciamo l'emergenza. Dotazione e utilizzo ambulanza. Carrello per la gestione dell'emergenza. Conoscere Lifepak 12 e misure d'emergenza.**

### Accreditamento ECM

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?  Sì |  No

### Tipologia

Barrare con una crocetta una sola casella:

Congresso/simposio/convegno/seminario

- Tavola rotonda
- Conferenze clinico – patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare
- Consensus meeting interaziendali finalizzati alla revisione delle stative per la standardizzazione di protocolli e procedure operative ed alla pianificazione e svolgimento di attività legate a progetti di ricerca finalizzata
- Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale
- Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale
- Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo gestionali
- Frequenza clinica con assistenza di tutore e programma formativo presso una struttura assistenziale (specificare la struttura assistenziale)
- Corso di aggiornamento
- Corso di addestramento
- Tirocinio/frequenza presso strutture assistenziali o formative
- Tirocinio/frequenza con metodiche tutoriali presso una struttura assistenziale o formativa
- Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici
- Videoconferenza
- Attività formativa di aggiornamenti monotematici

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?

Sì |  No

ASL8

NP/2014/ 0015475

del 17/04/2014 ore 12,13

È previsto l'uso della sola lingua italiana?

Sì |  No

Attente Ospedale Marino

Assegnatario: Area Formazione

Classifica: 1 Fascicolo 138 del 2014



**Sede Postale Area Formazione**  
Direzione Generale  
via Pier della Francesca, 1  
09047 – Su Planu, Selargius (CA)

**Sede Operativa Area Formazione**  
Centro Regionale di Formazione Professionale  
via Caravaggio, s.n.  
09121 - Mulinu Becciu Cagliari (CA)

**Numero Edizioni/i del corso**

 Numero edizioni previste: 8

 Data inizio prima edizione: 28 Maggio 2014

 Data fine prima edizione: 29 Maggio 2014

Nel caso di più edizioni, si prega di comunicare le date di svolgimento all'Area Formazione entro 20 giorni dalla data di inizio di ciascuna di esse, altrimenti non potranno essere accreditate.

Qualora si conoscano già le date, si prega di compilare la tabella sottostante

<i>Edizione numero</i>	<i>Data di inizio (gg/mm/aaaa)</i>	<i>Data di fine (gg/mm/aaaa)</i>
2	18 - 19 Giugno 2014	
3	24 - 25 Settembre 2014	
4	8 - 9 Ottobre 2014	
5	22 - 23 Ottobre 2014	
6	5 - 6 Novembre 2014	
7	18 - 19 Novembre 2014	
8	3 - 4 Dicembre 2014	

**Sede di svolgimento**

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

Sì |  No

Se no, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione entro 30 giorni dall'inizio del corso.

Se sì, indicare l'indirizzo:

<i>Struttura</i>	<u>P.O. Marino Sala Riunioni Direzione Sanitaria</u>	<i>Num.</i>	<u>12</u>
<i>Via</i>	<u>Lungomare Poetto</u>	<i>CAP</i>	<u>09126</u>
<i>Comune/Prov.</i>	<u>Cagliari</u>		

**Trasmissione nominativi dei partecipanti al corso**

L'elenco dei partecipanti deve essere trasmesso all'Area Formazione 10 giorni prima dell'inizio dell'attività formativa. Per ogni partecipante si deve indicare nome e cognome, matricola, struttura di appartenenza, luogo e data di nascita.

**Dati del partecipanti**

Numero partecipanti previsti per ciascuna edizione: 25

Numero partecipanti totali: 200

**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 della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare**
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico**
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica**
- Tecnico Audiometrista**
- 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**

**N.B. : Per le professioni evidenziate in grassetto, consultare la pagina seguente e specificare le discipline**

**Non aventi diritto ai crediti E.C.M.**

- Analista**
- Architetto**
- 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 Pers. della Riabil.**
- 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**
- Oper. Tecnico Addetto Assistenza (OTA)**
- Operatore Tecnico Specializzato**
- Ottico**
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente**
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo**
- Profilo Atipico Ruolo Professionale**
- 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"/> Anatomia Patologica	<input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione	<input type="checkbox"/> Angiologia	<input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	<input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale	<input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica
<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	<input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare	<input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale	<input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia	<input type="checkbox"/> Ematologia
<input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Genetica Medica	<input type="checkbox"/> Geriatria
<input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	<input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	<input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica	<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> Malattie Infettive
<input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale	<input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport	<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport	<input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia)	<input type="checkbox"/> Medicina Interna	<input type="checkbox"/> Medicina Legale	<input type="checkbox"/> Medicina Nucleare	<input type="checkbox"/> Medicina Termale
<input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Neonatologia	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile	<input type="checkbox"/> Neuroradiologia	<input type="checkbox"/> Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Oncologia
<input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base	<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico - Cliniche e Microbiologia)	<input type="checkbox"/> Pediatria
<input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)	<input type="checkbox"/> Psichiatria	<input type="checkbox"/> Psicoterapia	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Reumatologia	<input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica	<input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia	<input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia
<input type="checkbox"/> Biochimica Clinica	<input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica	<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione	<input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale

**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** Psicologo Psicoterapia

**Obiettivo formativo**Barrare una sola casella:

- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebn – ebn – ebp)*
- Linee guida – protocolli – procedure – documentazione clinica*
- Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura*
- Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia*
- Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie*
- La sicurezza del paziente*
- La comunicazione efficace, la privacy ed il consenso informato*
- Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale*
- Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera*
- Epidemiologia – prevenzione e promozione della salute*
- Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali*
- Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure*
- Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute*
- Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità*
- Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria*
- Etica, bioetica e deontologia*
- Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn*
- Contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica*
- Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarità*
- Tematiche speciali del ssn e ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla cn ecm per far fronte a specifiche emergenze sanitarie*
- Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione*
- Fragilità (minori, anziani, tossicodipendenti, salute mentale): tutela degli aspetti assistenziali e socio – assistenziali*
- Sicurezza alimentare e/o patologie correlate*
- Sanità veterinaria*
- Farmacoepidemiologia, farmaco economia, farmacovigilanza*
- Sicurezza ambientale e/o patologie correlate*
- Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate*
- Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione – trapianto*
- Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Technology assesment*

**Area tematica**Barrare una sola casella:

- Area comunicazione e relazione
- Area cure primarie
- Area salute mentale
- Area materno infantile
- Area delle dipendenze
- Area riabilitazione
- Area oncologica
- Area farmaceutica
- Area giuridico - normativa
- Area qualità e risk management
- Area metodologica
- Area etica e deontologica
- Area specialità chirurgiche
- Area specialità mediche
- Area prevenzione e promozione della salute
- Area informatica
- Area emergenza ed urgenza
- Area igiene e sanità pubblica
- Area sicurezza luoghi di lavoro
- Area salute immigrati
- Area cardiovascolare
- Area medicina veterinaria
- Area diagnostica di laboratorio
- Area diagnostica per immagini
- Area gestionale management organizzativa
- Area gestionale management economico finanziaria





## Finalità

### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Il corso di formazione è rivolto al personale infermieristico e tecnico ed ha lo scopo di colmare il gap formativo relativo all'argomento trattato.

Obiettivo del corso è fornire le opportune conoscenze sulla dotazione e l'utilizzo del carrello per le emergenze e sulla strumentazione e le apparecchiature di cui è dotata l'ambulanza allo scopo di favorire il loro utilizzo corretto tempestivo e consapevole in caso di necessità, nell'ambito delle competenze specifiche delle figure professionali e di quelle generali per il personale afferente all'area tecnica.

### B - Acquisizione competenze di processo:

Il corso prevede esercitazioni pratiche sulle specifiche dotazioni dell'ambulanza e del carrello per le emergenze.

Tale formazione permanente di area non intensiva dovrà costituire parte essenziale del bagaglio di conoscenze del personale sanitario al fine di garantire una risposta tempestiva, adeguata ed omogenea in caso si verificano, nell'ambito della Struttura organizzativa, eventuali emergenze.

Per quanto riguarda le figure relative al ruolo tecnico, il corso si pone l'obiettivo, di fornire una conoscenza generale sulla strumentazione di cui sono dotate le ambulanze assegnate al Presidio.

Il corso prevede la redazione di protocolli e istruzioni operative.

### C - Acquisizione competenze di sistema:

L'acquisizione di tali competenze, da parte del gruppo professionale genera una consapevolezza nell'agire in caso di situazioni d'emergenza, la definizione dei ruoli determina la presa di coscienza del ruolo e di quali azioni devono essere eseguite con sequenzialità.

**Pertanto l'attività di formazione permanente in tema di emergenza del personale sanitario di area non intensiva deve diventare uno strumento essenziale al fine di garantire una risposta adeguata ed omogenea alle emergenze.**

Le emergenze non sempre sono confinate all'area critica ma si possono verificare in qualsiasi Unità Operativa o Servizio del Presidio, per questo motivo le figure che vi operano devono essere opportunamente preparate a gestirle.

L'emergenza è un evento drammatico la cui gestione richiede il massimo rendimento pratico, e l'adozione nel più breve tempo possibile di **un comportamento efficace per la prognosi del paziente**, nonostante per la sua stessa natura, sia in grado di generare una certa tensione emotiva negli operatori coinvolti.

**Programma del corso**

 Si allega il programma ?  *Si* |  *No*

Se no, non potrà essere accreditato il corso sul sistema regionale E.C.M. e sul sistema AGENAS.

Si prega di indicare i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma, coerentemente con quanto riportato al punto successivo (metodologia didattica).

Durata singola edizione (non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio): Ore: 12 Minuti: \_\_\_\_\_

**Metodi didattici**

Il totale complessivo deve corrispondere alla durata della singola edizione del corso; non si conteggiano la registrazione dei partecipanti, i saluti e le pause.

<b>Metodologie</b>	<b>Sigla</b>	<b>Ore</b>	<b>Minuti</b>
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	5	
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD		30
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	2	15
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC		
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	4	15
Role - Playing	RP		

**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)**

X Videoproiettore | X Computer portatile | X Lavagna a fogli mobili |  Aula informatica

**Responsabile scientifico nel progetto**

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Nome	<u>Graziella</u>	Cognome	<u>Pintus</u>
Qualifica	<u>Direttore Struttura Complessa Direzione Sanitaria</u>		
Competenze	<u>Organizzazione Servizi Sanitari</u>		
Telefono	<u>070/6094394</u>	Cellulare	<u>3386570825</u>
Fax	<u>070/6094461</u>	email	<u>graziellapintus@asl8cagliari.it</u>
Luogo di nascita	<u>Cagliari</u>	Data di nascita	<u>01/02/1956</u>

Al termine del corso, sarà sua cura consegnare all'Area Formazione:

**1 – Dichiarazione Lista Partecipanti al Progetto Formativo** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione)

n.b.: ai fini del riconoscimento dei crediti E.C.M., non sono consentite assenze al corso da parte dei partecipanti

n.b. 1 : nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere una nota per ciascuna edizione

**2 – Nota di trasmissione materiale didattico post – corso che trasmetta** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione):

- **Elenco dei questionari/prove di valutazione** (o una dichiarazione che attesti l'avvenuto superamento o non superamento del corso dal punto di vista didattico) di **apprendimento utilizzati/e dai partecipanti** specificando su ciascuno di essi se sia da considerarsi come "prova superata" o "non superata". Per l'E.C.M., sono da considerare validi i questionari di apprendimento per i quali si è risposto correttamente ad almeno il 60% delle domande.
- **Elenco dei questionari di gradimento del corso** (se il corso è accreditato E.C.M.)
- **Elenco dei questionari di gradimento di ogni singolo docente del corso** (se il corso è accreditato E.C.M.)

n.b.: nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere una nota per ciascuna edizione

**3 – Dichiarazione di Prestazione Didattica Regolarmente Eseguita** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione)

n.b.: nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere separatamente una nota per ciascuna edizione

**4 – Modulo di Consegna Materiali Didattici a cura del/dei docente/i del corso** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione)

**5 – Dichiarazione Ricaduta Formativa a Distanza - da consegnare 6 MESI dopo la fine del corso**  
(disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione)



**Dati dei docenti**
**Docente nr. 1**

Nome	Isabella	Cognome	Serra
Qualifica	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere		
Telefono		Cellulare	3427837610
Fax		Email	ninnicats7@gmail.com
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	30/10/1987
Docente interno ASL Cagliari	<input checked="" type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____		<input checked="" type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore :32
Docente esterno	<input type="checkbox"/> Si		<input checked="" type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ____		
Compenso orario docente esterno	€ ____/h	Totale compenso	€ ____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: ____ - Totale spesa rimborso pasti: € ____		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: ____ - Totale spese pernottamenti: € ____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: ____		

**Docente nr. 2**

Nome	Chiara	Cognome	Montonati
Qualifica	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere		
Telefono		Cellulare	(389/0864757)
Fax		Email	chiarasandunguera@yahoo.it
Luogo di nascita	Roma	Data di nascita	01/07/1977
Docente interno ASL Cagliari	<input checked="" type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____		<input checked="" type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : 32
Docente esterno	<input type="checkbox"/> Si		<input checked="" type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ____		
Compenso orario docente esterno	€ ____/h	Totale compenso	€ ____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: ____ - Totale spesa rimborso pasti: € ____		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: ____ - Totale spese pernottamenti: € ____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: ____		

metro, bus)			
Nome	Luigi	Cognome	Lai
Qualifica	Dirigente Medico		
Telefono	070/6094393	Cellulare	
Fax	070/6094390	Email	luigilai@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	31/10/1957
Docente interno ASL Cagliari	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Si</b>		<input type="checkbox"/> <b>No</b>
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> <b>In orario di servizio - Nr. ore : ____</b>		<input type="checkbox"/> <b>Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____</b>
Docente esterno	<input type="checkbox"/> <b>Si</b>		<input type="checkbox"/> <b>No</b>
Fascia di competenza	<input type="checkbox"/> <b>A</b> <input type="checkbox"/> <b>B</b> <input type="checkbox"/> <b>C</b> <input type="checkbox"/> <b>D</b>		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ____		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	<b>Totale compenso</b>	€ _____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: ____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: ____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		

Nome	Pierpaolo	Cognome	Siddi
Qualifica	Dirigente Medico		
Telefono		Cellulare	3932021206
Fax	070/6094390	Email	piersid@alice.it
Luogo di nascita	Villamar	Data di nascita	29/12/1955
Docente interno ASL Cagliari	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Si</b>		<input type="checkbox"/> <b>No</b>
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> <b>In orario di servizio - Nr. ore : ____</b>		<input type="checkbox"/> <b>Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____</b>
Docente esterno	<input type="checkbox"/> <b>Si</b>		<input type="checkbox"/> <b>No</b>
Fascia di competenza	<input type="checkbox"/> <b>A</b> <input type="checkbox"/> <b>B</b> <input type="checkbox"/> <b>C</b> <input type="checkbox"/> <b>D</b>		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ____		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	<b>Totale compenso</b>	€ _____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: ____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: ____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		

**Docente nr.**

Nome	Antonio	Cognome	Arru
Qualifica	Dirigente Medico		
Telefono	070/41047	Cellulare	
Fax		Email	antonio.arru@libero.it
Luogo di nascita	Alghero	Data di nascita	23/12/1963
Docente interno ASL Cagliari	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____	<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____	
Docente esterno	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Fascia di competenza	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ____		
Compenso orario docente esterno	€ ____/h	Totale compenso	€ ____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: ____ - Totale spesa rimborso pasti: € ____		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: ____ - Totale spese pernottamenti: € ____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: ____		

**Docente nr.**

Nome	Ornella	Cognome	Mura
Qualifica	Dirigente Medico		
Telefono	070/6094414	Cellulare	
Fax	070/6094390	Email	ornellamura@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Oristano	Data di nascita	12/01/1963
Docente interno ASL Cagliari	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____	<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____	
Docente esterno	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Fascia di competenza	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ____		
Compenso orario docente esterno	€ ____/h	Totale compenso	€ ____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: ____ - Totale spesa rimborso pasti: € ____		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: ____ - Totale spese pernottamenti: € ____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: ____		

**Docente nr.**

Nome	Pietro	Cognome	Lai
Qualifica	Dirigente Medico		
Telefono	070/6094414	Cellulare	
Fax	070/6094390	Email	pietrolai@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	26/09/1960
Docente interno ASL Cagliari	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Si</i>		<input type="checkbox"/> <i>No</i>
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> <i>In orario di servizio - Nr. ore : ____</i>		<input checked="" type="checkbox"/> <i>Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____</i>
Docente esterno	<input type="checkbox"/> <i>Si</i>		<input type="checkbox"/> <i>No</i>
Fascia di competenza	<input type="checkbox"/> <i>A</i> <input type="checkbox"/> <i>B</i> <input type="checkbox"/> <i>C</i> <input type="checkbox"/> <i>D</i>		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ____		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	Totale compenso	€ _____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: ____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: ____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		

### Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica*     *Formazione di sistema*     *Formazione specifica*  
 *Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): no*  
 *Sponsor Commerciali*     *Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterno: no)*

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi?  *Si* |  *No*

### Riepilogo voci di spesa del corso

<b>A</b>	<i>Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)</i>	<b>€ 2.964,48</b>
<b>B</b>	<i>Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)</i>	<b>€ 0,00</b>
<b>C</b>	<i>Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)</i>	<b>€ 0,00</b>
<b>D</b>	<i>Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)</i>	<b>€ 0,00</b>
<b>E</b>	<i>Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)</i>	<b>€ 0,00</b>
<b>F</b>	<i>Stima costi accreditamento ECM</i>	<b>€ 215,19</b>
<b>Totale spesa corso (A + B + C + D + E + F)</b>		<b>€ 3.179,67</b>



**Dati del referente della segreteria organizzativa**

<b>Nome</b>	Maria Loreta	<b>Cognome</b>	Galliu
<b>Telefono</b>	070/6094451	<b>Cellulare</b>	3299835434
<b>Fax</b>	070/6094461	<b>email</b>	marialoretagalliu@asl8cagliari.it
<b>Indirizzo</b>	Via Lungomare Poetto, 12		Cagliari 09126


**Materiale informatici da inviare necessariamente per l'accreditamento E.C.M.**  
 (entro 45 giorni prima della data di inizio del corso)

- **Curriculum del Responsabile Scientifico** (firmato, in formato europeo ed in versione word e pdf)
- **Curriculum di ogni singolo docente** coinvolto nel progetto formativo (firmato, in formato europeo ed in versione word e pdf)
- **Programma del corso** (formato word) col dettaglio delle metodologie didattiche utilizzate e con l'esatta indicazione sulla durata degli interventi dei docenti che intervengono in ciascuna fascia oraria del programma
- **Strumento di valutazione dell'apprendimento** (formato word)

**Indicare il referente all'interno dell'Area Formazione**

- Coordinamento distretti (Tiziana Cotza)*
- D.A. Servizi amministrativi (Laura Bernardini)*
- D.A. Servizi tecnico logistici (Laura Bernardini)*
- Centrale Operativa 118 (Alessandro Folleri)*
- Dipartimento Emergenza Urgenza (Alessandro Folleri)*
- Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari (Alessandro Folleri)*
- D.G. Staff (Laura Bernardini)*
- DASS Accreditamento Strutture Sanitarie (Giovanni Ballicu)*
- Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari (Anna Paola Ibba)*
- Dipartimento Dipendenze (Renata Casu)*
- Dipartimento Farmaco (Paolo Nieddu)*
- P.O. Binaghi (Paolo Nieddu)*
- P.O. Businco (Tiziana Cotza)*
- P.O. Marino (Anna Paola Ibba)*
- P.O. Microcitemico (Paolo Nieddu)*
- P.O. San Giuseppe (Paolo Nieddu)*
- P.O. San Marcellino (Paolo Nieddu)*
- P.O. Santissima Trinità (Paolo Nieddu)*
- Dipartimento Prevenzione (Tiziana Cotza)*
- Dipartimento Salute Mentale (Anna Paola Ibba)*



<b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Dott.ssa Graziella Pintus	
<b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Dott.ssa Graziella Pintus 	

**Il Direttore Sanitario**  
**P.O. Marino**  
*Dott.ssa Graziella Pintus*

