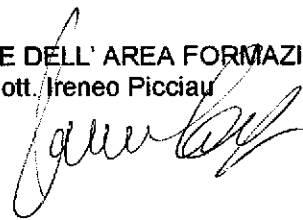


Allegato "A"

Approvazione Evento Formativo Residenziale
"Le Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie.
Il contributo dell'organizzazione per migliorare
ed implementare le buone pratiche assistenziali
coinvolgendo operatori e cittadini"

Il presente allegato è composto da n° ¹⁶ fogli di
n° ¹⁶ pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Irene Picciau



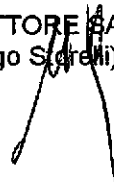
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 780 DEL 16 GIU. 2014

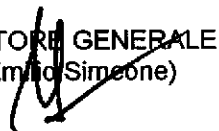
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Sirelli)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Simeone)



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

Le Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie. Il contributo dell'organizzazione per migliorare ed implementare le buone pratiche assistenziali coinvolgendo operatori e cittadini.

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

E' previsto l'uso della sola lingua italiana?

SÌ | No

ASL8

NP/2014/ 0013019

del 02/04/2014 ore 10,00

Mittente: Ospedale Businco

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 Edizione/i del corso

Numero edizioni previste: 1

Data inizio prima edizione: 5 maggio 2014

Data fine prima edizione: 5 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 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |

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>Sala Conferenze Ospedale Oncologico</u> | <i>Num.</i> | <u>sn</u> |
| <i>Via</i> | <u>Jenner</u> | <i>CAP</i> | <u>09121</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 dei partecipanti

Numero partecipanti previsti per ciascuna edizione: 100

Numero partecipanti totali: 100

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.
 Medico Chirurgo
Non aventi diritto ai crediti E.C.M.
 Analista

3

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Farmacista <input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Chimico <input type="checkbox"/> Fisico <input type="checkbox"/> Veterinario <input type="checkbox"/> Odontoiatra <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Assistente Sanitario <input type="checkbox"/> Dietista <input type="checkbox"/> Fisioterapista <input type="checkbox"/> Educatore Professionale <input type="checkbox"/> Igienista Dentale <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Infermiere pediatrico <input type="checkbox"/> Logopedista <input type="checkbox"/> Ortottista/Assistente di oftalmologia <input type="checkbox"/> Ostetrica/o <input type="checkbox"/> Podologo <input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica <input type="checkbox"/> Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica <input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista <input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista <input type="checkbox"/> Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro <input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia <input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico <input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva <input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale <input checked="" type="checkbox"/> Tutte le professioni | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Architetto <input type="checkbox"/> Assistente Amministrativo <input type="checkbox"/> Assistente Religioso <input type="checkbox"/> Assistente Tecnico <input type="checkbox"/> Ausiliario Specializzato <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Coadiutore Amm.vo <input type="checkbox"/> Collaboratore Amm.vo - Prof.le <input type="checkbox"/> Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale <input type="checkbox"/> Collaboratore Tecnico - Professionale <input type="checkbox"/> Collaboratore Professionale – Sanitario Pers. della Riabil. <input type="checkbox"/> Collaboratore Professionale - Sanitario <input type="checkbox"/> Commesso <input type="checkbox"/> Direttore Amministrativo <input type="checkbox"/> Direttore dei Servizi Sociali <input type="checkbox"/> Direttore Generale <input type="checkbox"/> Dirigente Amministrativo <input type="checkbox"/> Geologo <input type="checkbox"/> Infermiere Generico <input type="checkbox"/> Infermiere Psichiatrico <input type="checkbox"/> Ingegnere <input type="checkbox"/> Massofisioterapista <input type="checkbox"/> Odontotecnico <input type="checkbox"/> Operatore Socio - Sanitario <input type="checkbox"/> Operatore Tecnico <input type="checkbox"/> Oper. Tecnico Addetto Assistenza (OTA) <input type="checkbox"/> Operatore Tecnico Specializzato <input type="checkbox"/> Ottico <input type="checkbox"/> Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente <input type="checkbox"/> Profilo Atipico Ruolo Amministrativo <input type="checkbox"/> Profilo Atipico Ruolo Professionale <input type="checkbox"/> Profilo Atipico Ruolo Sanitario <input type="checkbox"/> Profilo Atipico Ruolo Tecnico <input type="checkbox"/> Programmatore <input type="checkbox"/> Puericultrice <input type="checkbox"/> Sociologo <input type="checkbox"/> Statistico <input checked="" type="checkbox"/> Tutte le professioni |
|---|---|

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

| Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo: | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Allergologia ed Immunologia Clinica | <input checked="" type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input checked="" type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiologia | <input checked="" type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input checked="" type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input checked="" type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input checked="" type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input checked="" type="checkbox"/> Ematologia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input checked="" type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Geriatria |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input checked="" type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input checked="" type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input checked="" type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Medicina Termale |
| <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | <input checked="" type="checkbox"/> Oncologia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | <input checked="" type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico - Cliniche e Microbiologia) | <input checked="" type="checkbox"/> Pediatria |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) | <input type="checkbox"/> Psichiatria | <input checked="" type="checkbox"/> Psicoterapia | <input checked="" type="checkbox"/> Radiodiagnostica | <input checked="" type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Reumatologia | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica | <input type="checkbox"/> Urologia | <input checked="" type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Biochimica Clinica | <input checked="" type="checkbox"/> Chirurgia Toracica | <input type="checkbox"/> Endocrinologia | <input checked="" type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |

| Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Farmacia Ospedaliera | <input checked="" type="checkbox"/> Farmacia territoriale |

| Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Igiene degli allevamenti e delle | <input type="checkbox"/> Igiene prod., trasf., commercial., | <input type="checkbox"/> Sanità Animale |

| | | |
|------------------------|---|--|
| produzioni zootecniche | conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati | |
|------------------------|---|--|

| | |
|---|-----------------------|
| 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 ssn 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*

6

- 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:

B - Acquisizione competenze di processo:

Effettuazione efficace della tecnica corretta di igiene delle mani nei momenti previsti dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

Conoscenza e messa in atto delle misure precauzionali per evitare il diffondersi di microrganismi durante le pratiche assistenziali.

C - Acquisizione competenze di sistema:
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: 4

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.

| Metodologie | Sigla | Ore | Minuti |
|---|-------|-----|--------|
| Lezioni Magistrali | LM | | |
| Serie di relazioni su tema preordinato | LRP | 2 | 15 |
| 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 | | |
| 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 | 1 | |
| Role - Playing | RP | | 15 |

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

Responsabile scientifico nel progetto

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

| | | | |
|------------------|---|-----------------|----------------------------------|
| Nome | Federico | Cognome | Argiolas |
| Qualifica | Medico | | |
| Competenze | Direzione Sanitaria con particolare esperienza in ambito oncologico | | |
| Telefono | 0706092076 | Cellulare | |
| Fax | 070521350 | email | federicoargiolas@asl8cagliari.it |
| Luogo di nascita | Cagliari | Data di nascita | 9/06/1969 |

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

1 – Dichiarazione Lista Partecipanti al Progetto Formativo (disponibile sul sito 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 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 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 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 nella parte riservata all'Area Formazione)

**Massimali e retribuzione dei docenti
 (delib. G.R. n. 32/79 del 24/07/2012):**

| Voce di spesa | Docente Interno | Docente Esterno |
|---------------|---|---|
| Pasti | come da disposizioni aziendali | I pasti saranno rimborsati fino ad un massimo di € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore, e € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 ore (art. 5, D.P.R. 395/88). |
| Mobilità | come da disposizioni aziendali | Aereo, nave, treno: rimborso in classe economica dietro presentazione delle ricevute di spesa e delle carte d'imbarco; Uso del mezzo proprio: è ammesso, se sussiste almeno una delle seguenti condizioni: a) maggiore convenienza economica rispetto ai servizi di linea; b) inconciliabilità degli orari; c) particolari comprovate esigenze – dovranno comunque essere indicati targa e tipo dell'automezzo utilizzato Autobus: è ammesso esclusivamente il rimborso delle corse extraurbane dietro presentazione del biglietto in originale regolarmente obliterato |
| Pernottamento | come da disposizioni aziendali | Max 110,00/notte |
| Compenso | In orario di servizio*: a - € 5,64/ora per il comparto; b - € 8,20/ora per la dirigenza; Fuori orario di servizio*: a - € 25,82/ora per il comparto; b - € 41,00/ora per la dirigenza; * = come da disposizioni aziendali | - Max € 100,00/ora se appartenenti alla Fascia A - Max € 80,00/ora se appartenenti alla Fascia B - Max € 50,00/ora se appartenenti alla Fascia C - Max € 30,00/ora se appartenenti alla Fascia D Per importi superiori ai € 100,00/ora e/o comunque superiori a quelli indicati nelle tabelle per i rispettivi professionisti, è necessaria l'autorizzazione della Direzione Aziendale |

Spese non rimborsabili:

- 1 – Ricevute relative ai taxi
- 2 – Ricevute di parcheggio del mezzo proprio
- 3 - Le ricevute relative al noleggio di autovettura
- 4 - Gli scontrini fiscali privi della descrizione del bene e/o servizio acquistato
- 5 - Le ricevute pasti e/o alloggio non fiscali
- 6 - Le ricevute riferite a pasti consumati in data antecedente a quella di emissione
- 7 - I biglietti autofilferrotranviari relativi a percorsi urbani

10

Fasce di competenza compensi docenza (delib. G.R. n. 32/79 del 24/07/2012):

| Fascia | Requisiti professionali |
|--------|---|
| A | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Docenti di ogni grado del sistema universitario e dirigenti della PA impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione ▪ Funzionari della PA impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale ▪ Ricercatori (dirigenti di ricerca, primi ricercatori) impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale ▪ Dirigenti d'azienda o imprenditori impegnati in attività del settore di appartenenza, rivolte ai propri dipendenti, con esperienza professionale almeno decennale nel profilo o categoria di riferimento ▪ Esperti di settore e professionisti con esperienza professionale almeno decennale nel profilo/materia oggetto della docenza ▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno decennale |
| B | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno quinquennale ▪ Ricercatori universitari di I livello e funzionari della PA impegnati in attività propria del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno quinquennale ▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie del settore/materia, oggetto della docenza ▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie/materia oggetto della docenza |
| C | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Docenti del sistema scolastico non ricompresi nelle fasce A e B ▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore superiore a 2 anni ▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale superiore a 2 anni |
| D | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore inferiore a 2 anni ▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale inferiore a 2 anni |

Dati dei docenti


Docente nr. 1

| | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| Nome | Maria Teresa | Cognome | Addis |
| Qualifica | Medico Direttore SC Direttore Sanitario | | |
| Telefono | 0706095365 | Cellulare | |
| Fax | 070521350 | Email | mariateresaaddis@asl8cagliari.it |
| Luogo di nascita | Arzachena | Data di nascita | 10/11/1954 |
| 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? | 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 checked="" 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 | Giancarlo | Cognome | Angioni |
| Qualifica | Medico | | |
| Telefono | 0706095486 | Cellulare | |
| Fax | | Email | giancarloangioni@asl8cagliari.it |
| Luogo di nascita | Sestu | Data di nascita | 26/10/1958 |
| 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 checked="" 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. 3

| | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| Nome | Federico | Cognome | Argiolas |
| Qualifica | Medico | | |
| Telefono | 0706092076 | Cellulare | |
| Fax | 070521350 | Email | federicoargiolas@asl8cagliari.it |
| Luogo di nascita | Cagliari | Data di nascita | 6 giugno 1969 |
| 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? | 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 checked="" 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. 4

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------|
| Nome | Grazia | Cognome | Borghero |
| Qualifica | Medico Malattie Infettive | | |
| Telefono | | Cellulare | 3331291414/5799 |
| Fax | 6022 | Email | graziaborgh@yahoo.it |
| Luogo di nascita | | Data di nascita | 29/11/1963 |
| 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 checked="" 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. 5

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| Nome | Maria Rosa | Cognome | Faedda |
| Qualifica | Infermiere | | |
| Telefono | 0706095445 | Cellulare | 3393551858 |
| Fax | 070521350 | Email | mariarosafaedda@asl8cagliari.it |
| Luogo di nascita | Oristano | Data di nascita | 31/12/1965 |
| Docente interno ASL Cagliari | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <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"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Fascia di competenza | <input type="checkbox"/> A <input checked="" 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. 6

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------|
| Nome | Paola | Cognome | Marini |
| Qualifica | Farmacista | | |
| Telefono | 0706095439 | Cellulare | |
| Fax | | Email | paolamarini@asl8cagliari.it |
| Luogo di nascita | Carbonia | Data di nascita | 12/04/1958 |
| Docente interno ASL Cagliari | <input checked="" type="checkbox"/> Sì | <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"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Fascia di competenza | <input checked="" 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. 7

| | | | |
|--|--|-----------------|---|
| Nome | Franca | Cognome | Predda |
| Qualifica | Coordinatrice Regionale della rete del "Tribunale per i diritti del malato- di Cittadinanzattiva" | | |
| Telefono | 070 380672 | Cellulare | |
| Fax | 070 4522861 | Email | |
| Luogo di nascita | | Data di nascita | 08/11/1944 |
| Docente interno ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> Si | | <input checked="" 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 checked="" 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) | €: _____ | | |

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 esterni):* NO

 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) | € _____ |
| B | Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti) | € _____ |
| C | Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti) | € _____ |
| D | Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti) | € _____ |
| E | Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti) | € 500 |
| F | Stima costi accreditamento ECM | € 172,15 |
| Totale spesa corso (A + B + C + D + E + F) | | € 672,15 |

Dati del referente della segreteria organizzativa

| | | | |
|-----------|------------|-----------|---------------------------------|
| Nome | Maria Rosa | Cognome | Faedda |
| Telefono | 0706095445 | Cellulare | 3393551858 |
| Fax | 070521350 | email | mariarosafaedda@asl8cagliari.it |
| Indirizzo | | | |


15

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 Accredimento 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)*

| | |
|---|--|
| <p>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p> | <p>MARIA TERESA ADDIS</p> |
| <p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p> | <p> AZIENDA U.S.L. N° 8 - CAGLIARI P.O. "A. BUSINCO" DIRIGENTE SANITARIO Dott.ssa M. TERESA ADDIS</p> |

16