


Allegato "A"

Preso d'atto Evento Formativo Residenziale: "ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento della disabilità e della salute: uno strumento per l'integrazione socio-sanitaria"

Il presente allegato è composto da n°11 fogli di
n°11 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 788 DEL 15 GIU. 2014

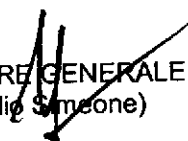
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)



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

I.C.F. Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute: uno strumento per l'integrazione sociosanitaria

Accreditamento ECM

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

Tipologia

Barrare con una crocetta una sola casella:

Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale

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

Sì | No

E' previsto l'uso della sola lingua italiana?

Sì | No

Numero Edizione/i del corso

Numero edizioni previste: 01

Data inizio prima edizione: **22 Maggio 2014**

Data fine prima edizione: **30 Maggio 2014**

ASL8

NP/2014/ 0010971 del 19/03/2014 ore 09,32

Mittente DISTRETTO 2 - Area Ovest

Assegnatario Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo 111 del 2014



[Handwritten signature]

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

Edizione numero	Data di inizio (gg/mm/aaaa)	Data di fine (gg/mm/aaaa)
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Sede di svolgimento

[Handwritten mark]

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:

Struttura	Centro di Riabilitazione "Ausonia"	Num.	
Via	Via Ausonia	CAP	
Comune/Prov.	Cagliari		

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: 30, con priorità per il personale sanitario dipendente o comunque operante all'interno del territorio del Distretto Area Ovest, e Assistenti Sociali o altri operatori designati dai Comuni dello stesso. Qualora vi fosse la disponibilità verranno ammesse anche richieste esterne.

Numero partecipanti totali: 30

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M. da definire
Non aventi diritto ai crediti E.C.M. da definire

- | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Medico Chirurgo | <input type="checkbox"/> Analista |
| <input type="checkbox"/> Farmacista | <input type="checkbox"/> Architetto |
| <input type="checkbox"/> Biologo | <input type="checkbox"/> Assistente Amministrativo |
| <input type="checkbox"/> Chimico | <input type="checkbox"/> Assistente Religioso |
| <input type="checkbox"/> Fisico | <input type="checkbox"/> Assistente Tecnico |
| <input type="checkbox"/> Veterinario | <input type="checkbox"/> Ausiliario Specializzato |
| <input type="checkbox"/> Odontoiatra | <input type="checkbox"/> Avvocato |
| <input checked="" type="checkbox"/> Psicologo | <input type="checkbox"/> Coadiutore Amm.vo |
| <input type="checkbox"/> Assistente Sanitario | <input type="checkbox"/> Collaboratore Amm.vo - Prof.le |
| <input type="checkbox"/> Dietista | <input checked="" type="checkbox"/> Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fisioterapista | <input type="checkbox"/> Collaboratore Tecnico - Professionale |
| <input type="checkbox"/> Educatore Professionale | <input type="checkbox"/> Collaboratore Professionale - Sanitario
Pers. della Riabil. |
| <input type="checkbox"/> Igienista Dentale | <input type="checkbox"/> Collaboratore Professionale - Sanitario |
| <input checked="" type="checkbox"/> Infermiere | <input type="checkbox"/> Commesso |
| <input type="checkbox"/> Infermiere pediatrico | <input type="checkbox"/> Direttore Amministrativo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Logopedista | <input type="checkbox"/> Direttore dei Servizi Sociali |

- 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

- 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 (Pedagogista)**

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"/> Cardiochirurgia	<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 checked="" type="checkbox"/> Geriatría
<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 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"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nefrologia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Neonatologia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Neurologia</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Neuropsichiatria Infantile</i>	<input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>	<input type="checkbox"/> <i> Oftalmologia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i>
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>	<input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>	<input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>	<input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>
<input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Scienza dell’Alimentazione e Dietetica</i>	<input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i>	<input type="checkbox"/> <i>Malattie Metaboliche e Diabetologia</i>
<input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>	<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i>	<input type="checkbox"/> <i>Endocrinologia</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Medicina fisica e riabilitazione</i>	<input type="checkbox"/> <i>Medicina Trasfusionale</i>

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

 Psicologo
 Psicoterapia

Obiettivo formativo

 Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale

Area tematica

 Area metodologica

Finalità

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

La “Classificazione Internazionale del Funzionamento” (**I.C.F.**) è stata approvata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità per condividere un linguaggio universale in merito al funzionamento e alla disabilità di una persona. Questo strumento fa riferimento ad un paradigma basato sull’approccio olistico e multidimensionale che permette di rispondere efficacemente all’esigenza di utilizzare un uniforme criterio valutativo che consenta di formulare, con un linguaggio e una metodologia condivisa, il profilo di funzionamento di una persona, sia in condizioni di salute che di disabilità. Il primo obiettivo pertanto è rivolto all’acquisizione della conoscenza della struttura di ICF, e del suo sistema di classificazione, accrescendo le competenze dei professionisti coinvolti

B - Acquisizione competenze di processo:

Accettare il “ **Modello della classificazione ICF**” significa accettare che il problema che riguarda la salute di una persona sia inquadrato non solo come menomazione che riguarda quel singolo individuo, ma che il problema “*non salute*” sia visto in un’ottica bio-psico-sociale , che definisce il

funzionamento/disfunzionamento della persona nella sua multidimensionalità, comprendendo fattori contestuali ambientali e socio-familiari che vengono anch'essi classificati in maniera sistematica, definendo cioè la "disabilità come condizione di salute in un ambiente sfavorevole".

L'uso del linguaggio ICF diventa pertanto esigenza primaria nell'integrazione, alla luce delle interazioni di soggetti e professionalità diverse (soggetti istituzionali sanitari, sociali, apporti di altre competenze professionali) che dovranno operare nel costruire percorsi sociosanitari in rete in risposta ai bisogni delle persone.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Il percorso formativo, rivolto a tutti gli operatori del Sistema, consentirà di:
 rendere più efficace il processo di valutazione e presa in carico della persona;
favorire lo scambio di informazioni e quindi una più precisa raccolta dati sui i problemi di salute della cittadinanza, con l'obiettivo strategico di:
 Implementare e sperimentare il modello all'interno delle equipe di lavoro integrate del Distretto Sociosanitario Area Ovest

Programma del corso

Si allega il programma ? Sì | 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: 24

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	X LRP	09	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	X CD	03	00
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	X LPG	09	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	X ED	03	00
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):

Esame pratico (allegare la descrizione)

La prova consisterà nella verifica degli apprendimenti sia teorici che pratici attraverso l'attività di decodifica di una multistringa redatta con linguaggio ICF.
 Si allega prova e prova corretta.

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	<u>Agnese</u>	Cognome	<u>Lussu</u>
Qualifica	<u>Dirigente Medico- Fisiatra</u>		
Competenze	<u>Direttore Struttura Complessa della Riabilitazione Sanitaria e Sociosanitaria Territoriale del Distretto di Cagliari Area Vasta</u>		
Telefono	<u>070372843</u>	Cellulare	<u>3331750470</u>
Fax	<u>070372843</u>	email	
Luogo di nascita	<u>Cagliari</u>	Data di nascita	<u>22/08/1953</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 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
X 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).
X Compenso	In orario di servizio*: X a - € 5,64/ora per il comparto X b - € 8,20/ora per la dirigenza; Fuori orario di servizio*: X a - € 25,82/ora per il comparto; X 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

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 ▪ X 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

Dati dei docenti
Docente nr. 1

Nome	Agnese	Cognome	Lussu
Qualifica	Dirigente Medico- Fisiatra Direttore Struttura Complessa della Riabilitazione Sanitaria e Sociosanitaria Territoriale del Distretto di Cagliari Area Vasta		
Telefono	070372843	Cellulare	3331750470
Fax	070/372843	Email	agneselussu@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	22/08/1953
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 checked="" type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : 24		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore

Docente nr. 2

Nome	Simonetta	Cognome	Vinci
Qualifica	Assistente Sociale PUA Distretto di Cagliari Area Vasta		
Telefono		Cellulare	3391875940
Fax		Email	vinci.sim@tiscali.it
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	06/03/1953
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 :24

Docente nr. 3

Nome	Paola	Cognome	Damasco
Qualifica	Assistente Sociale – Referente Area Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Area Ovest		
Telefono	07094854238	Cellulare	3478918231
Fax		Email	paoladamasco@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	27/09/1956
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 checked="" type="checkbox"/> In orario di servizio -Nr. ore : 24		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore

Docente nr. 4

Nome	Rossana	Cognome	Guiso
Qualifica	Dirigente Medico Fisiatra PUA Cagliari Area Vasta		
Telefono	070/861283	Cellulare	3398775416
Fax		Email	rossanaguiso@tiscali.it
Luogo di nascita	Nuoro	Data di nascita	28/09/1961
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 checked="" type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore :24	

NB: E' prevista la compresenza dei docenti per tutte le ore previste dal progetto formativo

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

Formazione di sistema

Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni): € 100 compreso costo del manuale

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1.935,74
B	Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 1.110,00
C	Stima costi accreditamento ECM	€ 309,86
Totale spesa corso (A+B+C)		€ 3.355,60

Dati del referente della segreteria organizzativa

Nome	Paola	Cognome	Damasco
Telefono	07094854238	Cellulare	3478918231
Fax	07094854242	email	paoladamasco@asl8cagliari.it
Indirizzo	Via Raffaello 5 - Assemmini - c/o sede Distretto		

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

40

- **Strumento di valutazione dell'apprendimento** (formato word)

Indicare il referente all'interno dell'Area Formazione

Coordinamento distretti (Tiziana Cotza)

<p>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>Distretto Sociosanitario Area Ovest Responsabile Dott.ssa Luisa Casu</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	 <p>ASL Cagliari Distretto Area Ovest <i>Il Responsabile</i></p>