

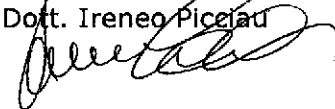
Allegato "A"

Progetto Formativo "Aggiornamento in tema di infezioni correlate all'assistenza"

Il presente allegato è composto di n. 17 fogli,
di n. 17 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Piccolau



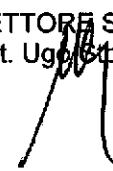
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 735 DEL 10 GIU. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Strelli)



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

Aggiornamento in tema di Infezioni correlate all'assistenza (ICA)

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/ 0015427 del 17/04/2014 ore 11,05

Mittente Ospedale Marino

Assegnatario Area Formazione

Classifica : Fascicolo 136 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:4

Data inizio prima edizione:4 Giugno 2014

Data fine prima edizione:4 Giugno 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	26 Giugno 2014	
3	29 Ottobre 2014	
4	26 Novembre 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 si, indicare l'indirizzo:

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

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:25

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

Farmacista

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

Analista

Architetto

- | | |
|--|--|
| <p><input checked="" type="checkbox"/> Biologo</p> <p><input type="checkbox"/> Chimico</p> <p><input type="checkbox"/> Fisico</p> <p><input type="checkbox"/> Veterinario</p> <p><input type="checkbox"/> Odontoiatra</p> <p><input type="checkbox"/> Psicologo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Assistente Sanitario</p> <p><input type="checkbox"/> Dietista</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapista</p> <p><input type="checkbox"/> Educatore Professionale</p>
<p><input type="checkbox"/> Igienista Dentale</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Infermiere</p> <p><input type="checkbox"/> Infermiere pediatrico</p> <p><input type="checkbox"/> Logopedista</p> <p><input type="checkbox"/> Ortottista/Assistente di oftalmologia</p> <p><input type="checkbox"/> Ostetrica/o</p> <p><input type="checkbox"/> Podologo</p> <p><input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica</p> <p><input type="checkbox"/> Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare</p> <p><input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico</p> <p><input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica</p> <p><input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista</p> <p><input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista</p> <p><input type="checkbox"/> Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro</p> <p><input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia</p> <p><input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico</p> <p><input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva</p> <p><input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale</p> <p><input type="checkbox"/> Tutte le professioni</p>
<p>N.B. : Per le professioni evidenziate in grassetto, consultare la pagina seguente e specificare le discipline</p> | <p><input type="checkbox"/> Assistente Amministrativo</p> <p><input type="checkbox"/> Assistente Religioso</p> <p><input type="checkbox"/> Assistente Tecnico</p> <p><input type="checkbox"/> Ausiliario Specializzato</p> <p><input type="checkbox"/> Avvocato</p> <p><input type="checkbox"/> Coadiutore Amm.vo</p> <p><input type="checkbox"/> Collaboratore Amm.vo - Prof.le</p> <p><input type="checkbox"/> Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Collaboratore Tecnico - Professionale</p> <p><input type="checkbox"/> Collaboratore Professionale – Sanitario Pers. della Riabil.</p> <p><input type="checkbox"/> Collaboratore Professionale - Sanitario</p> <p><input type="checkbox"/> Commesso</p> <p><input type="checkbox"/> Direttore Amministrativo</p> <p><input type="checkbox"/> Direttore dei Servizi Sociali</p> <p><input type="checkbox"/> Direttore Generale</p> <p><input type="checkbox"/> Dirigente Amministrativo</p> <p><input type="checkbox"/> Geologo</p> <p><input type="checkbox"/> Infermiere Generico</p> <p><input type="checkbox"/> Infermiere Psichiatrico</p> <p><input type="checkbox"/> Ingegnere</p> <p><input type="checkbox"/> Massofisioterapista</p> <p><input type="checkbox"/> Odontotecnico</p> <p><input type="checkbox"/> Operatore Socio - Sanitario</p> <p><input type="checkbox"/> Operatore Tecnico</p> <p><input type="checkbox"/> Oper. Tecnico Addetto Assistenza (OTA)</p> <p><input type="checkbox"/> Operatore Tecnico Specializzato</p> <p><input type="checkbox"/> Ottico</p> <p><input type="checkbox"/> Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente</p> <p><input type="checkbox"/> Profilo Atipico Ruolo Amministrativo</p> <p><input type="checkbox"/> Profilo Atipico Ruolo Professionale</p> <p><input type="checkbox"/> Profilo Atipico Ruolo Sanitario</p> <p><input type="checkbox"/> Profilo Atipico Ruolo Tecnico</p> <p><input type="checkbox"/> Programmatore</p> <p><input type="checkbox"/> Puericultrice</p> <p><input type="checkbox"/> Sociologo</p> <p><input type="checkbox"/> Statistico</p> <p><input type="checkbox"/> Tutte le professioni</p> |
|--|--|

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 formativoBarrare 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 complementarietà*
- 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 tematicaBarrare 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:

Sviluppare conoscenze e competenze individuali per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

B - Acquisizione competenze di processo:

L'obiettivo di un programma di controllo del rischio infettivo è di assicurare che vengano adottate, a tutti i livelli e da tutti gli operatori, le pratiche assistenziali con dimostrata efficacia nel ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi durante l'assistenza e che venga promosso in qualsiasi ambito l'uso responsabile di antibiotici (limitazione dell'uso inappropriato, selezione dell'antibiotico appropriato, del dosaggio e della durata di trattamento in grado di raggiungere l'efficacia ottimale nella gestione delle infezioni).

Il controllo delle ICA e il governo dell'uso responsabile di antibiotici richiedono un approccio integrato, di ampio respiro e coerente, a livello della singola struttura sanitaria e di tutto il sistema sanitario.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisire consapevolezza delle problematiche relative alle ICA e competenze specifiche al fine di garantire la corretta applicazione di tutte le misure di prevenzione e controllo nella gestione del paziente e collaborare alla definizione/gestione di programmi aziendali per il monitoraggio e il contenimento delle infezioni ospedaliere e per l'adozione di pratiche per il corretto utilizzo degli antibiotici in ambito ospedaliero. Piano annuale di formazione: infermieri (prevenzione e controllo delle infezioni, linee guida per le precauzioni per l'isolamento in ospedale e smaltimento dei rifiuti).

Formazione ed indicazioni sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e, per i medici, sul corretto uso di antibiotici.



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: 08.00

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	5	30
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	1	
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	30
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	Sergio	Cognome	Laconi
Qualifica	Dirigente Struttura Complessa Direzione Sanitaria		
Competenze	Organizzazione Servizi Sanitari		
Telefono	070/6094455	Cellulare	3402258800
Fax	070/6094461	email	sergiolaconi@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Nurri	Data di nascita	10/01/1961

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)



Dati dei docenti
Docente nr. 1

Nome	Graziella	Cognome	Pintus
Qualifica	Direttore Struttura Complessa Direzione Sanitaria		
Telefono	070/6094394	Cellulare	3386570825
Fax	070/6094461	Email	graziellapintus@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	01/02/1956
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 : 8 a <u>titolo gratuito</u>	<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. 2

Nome	Sergio	Cognome	Laconi
Qualifica	Dirigente Medico Struttura Complessa Direzione Sanitaria		
Telefono	070/6094455	Cellulare	3402258800
Fax	070/6094461	Email	sergiolaconi@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Nurri	Data di nascita	10/01/1961
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 : 8	<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)	€: _____		

metro, bus)	
-------------	--

Docente nr. 3

Nome	Francesca	Cognome	Aramu
Qualifica	Dirigente Medico Struttura Complessa Direzione Sanitaria		
Telefono	070/6094455	Cellulare	3492383240
Fax	070/6094461	Email	
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	31/05/1972
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 checked="" type="checkbox"/> <i>In orario di servizio - Nr. ore :8</i>		<input 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)	€: _____		

Docente nr. 4

Nome	Ornella	Cognome	Flumini
Qualifica	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere		
Telefono	070/6094464	Cellulare	
Fax		Email	ornellaflumini@asl8cagliari.it
Luogo di nascita		Data di nascita	
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 :8</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)	€: _____		

metro, bus)			
Docente nr. 5			
Nome	Maria Loreta	Cognome	Galliu
Qualifica	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere		
Telefono	070/851558	Cellulare	3299835434
Fax		Email	marialoretagalliu@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	03/03/1965
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 :8</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)	€: _____		

Docente n° 6			
Nome	Claudia	Cognome	Calanca
Qualifica	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere		
Telefono	070/6094451	Cellulare	
Fax		Email	claudiacalanca@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Bologna	Data di nascita	24/05/1965
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 :8</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)	€: _____		

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): _____ / _____

Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni): _____ / _____

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

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 3.003,52
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
E	Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 172,15
Totale spesa corso (A + B + C + D + E + F)		€ 3.175,67

Dati del referente della segreteria organizzativa

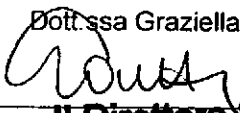
Nome	Maria Loreta	Cognome	Galliu
Telefono	070/851558	Cellulare	3299835434
Fax		email	marialoretagalliu@asl8cagliari.it
Indirizzo	Via Lungomare Poetto, 12		09126 Cagliari

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)

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

