

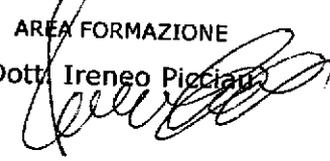
Allegato "A"

Progetto Formativo "Le Demenze Presenili"

Il presente allegato è composto di n° 19 fogli,
e di n.°19 pagine

IL RESPONSABILE DELLA S.S.
AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciari



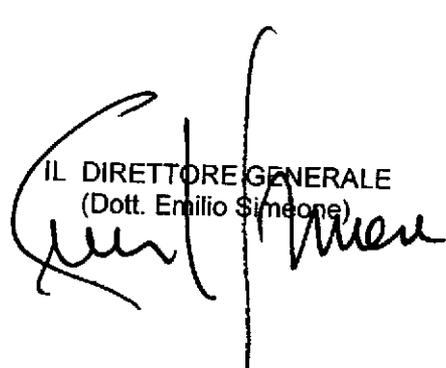
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 890 DEL 30 GIU. 2014

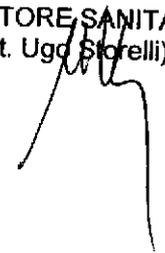
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Simeone)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)





Presidio Ospedaliero
Santissima Trinità

Neurologia Riabilitativa
Responsabile: Dott. Antonio Milia

AZIENDA - U.S.L. n. 8 CAGLIARI	
10 MAG. 2014	
ENTRATA PROTOCOLLO GENERALE	

Alla cortese attenzione
Sig. Direttore Sanitario
ASL Cagliari
SEDE

ASL8

NP/2014/ 0021946 del 10/06/2014 ore 11,43

Mittente: OSPEDALE SS. TRINITA'

Assegnatario: DIREZIONE SANITARIA

Classifica 3 1.2



Prot. 91/14

Cagliari, 10 giugno 2014

Oggetto: richiesta patrocinio e contributo spese accreditamento ECM Corso "Demenze Presenili"

giugno

Per il giorno 28 ~~giugno~~ *giugno* pv è in programma a Cagliari, presso l'Hotel regina Margherita, il Corso di Aggiornamento professionale "Le Demenze Presenili", evento organizzato nell'ambito della Prima Riunione Regionale SINDEM (Associazione autonoma delle Demenze aderente alla Società Italiana di Neurologia), di cui lo scrivente, Antonio Milia, sostituto del Direttore di questa UOC, è Referente unico per la Regione Sardegna. Il corso è riservato a medici specialisti in Neurologia ma è prevista la partecipazione anche di 15 tra psicologi e logopedisti.

Il corso si prospetta come di grande interesse in quanto, probabilmente per la prima volta in Sardegna, esso affronterà, in modo organico, il tema delle "Demenze Presenili", argomento quanto mai attuale in quanto riguarda una parte consistente di pazienti affetti da demenza (oltre il 40% delle demenze non sono Alzheimer), la gran parte dei quali appartenenti a fasce ancor giovani di popolazione (sotto i 60 anni).

In aderenza a quanto sottolineato anche nell'ormai imminente nuovo Piano Sanitario Nazionale per le Demenze, il rationale del Corso nasce dall'esigenza di sensibilizzare i vari operatori (neurologi, ma anche psicologi e logopedisti) sull'esistenza di una patologia grave, a tutt'oggi - a dispetto della sua diffusione - scarsamente conosciuta, e sui complessi percorsi diagnostico-terapeutici che la stessa impone. L'interesse del corso è d'altra parte dimostrata dall'elevato numero di adesioni raggiunto nel giro di pochi giorni.

1

Asl Cagliari
Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI DIREZIONE SANITARIA
10 GIU. 2014
ARRIVATA

Neurologia Riabilitativa
Via Is Mirrionis, 92 09121 Cagliari
Tel 070/6096143 Fax 070/6096146
Responsabile: Dr. Antonio Milia

Data l'importanza dell'evento, ideato e interamente organizzato da questa UOC, sarebbe grandemente auspicabile che allo stesso venisse riconosciuto l'accREDITAMENTO ECM per 60 neurologi (dei quali, 56 già regolarmente e gratuitamente iscritti). Pertanto con la presente lo scrivente chiede cortesemente alla SV che codesta Direzione voglia autorizzare e accordare il proprio autorevole patrocinio all'evento, al fine di sostenere le spese per l'accREDITAMENTO, quantificabili - secondo quanto comunicato dal referente della formazione per il P.O. SS Trinità - in € 172,15.

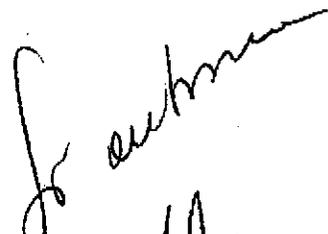
Confidando in un positivo riscontro, porgo i miei più distinti saluti

Dott. Antonio Milia



ASL Cagliari
 P.O. SS. Trinità - Cagliari
 STRUTTURA COMPLESSA
 DI NEURORIABILITAZIONE
 Il Primario: Dr. ANTONIO MILIA

IL DIRETTORE SANITARIO
 (Dott. Ugo Storelli)





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 DEMENZE PRESENILI

Accreditamento ECM

Si richiede l'accREDITamento ECM del progetto formativo residenziale? x **Si** | 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?

Si x **No**

E' previsto l'uso della sola lingua italiana?

x **Si** | No

Numero Edizione/i del corso

Numero edizioni previste: 1

 Data inizio prima edizione: **28 GIUGNO 2014**

 Data fine prima edizione: **28 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		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Sede di svolgimento

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

 x SI | 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>	<u>Hotel Regina Margherita</u>	<i>Num.</i>	<u>44</u>
<i>Via</i>	<u>Regina Margherita</u>	<i>CAP</i>	<u></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: 60

Numero partecipanti totali: 60

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.**X Medico Chirurgo**

- Farmacista**
- Biologo**
- Chimico**
- Fisico**
- Veterinario**
- Odontoiatra**
- Psicologo**
- Assistente Sanitario**
- Dietista**
- Fisioterapista**
- Educatore Professionale**

- Igienista Dentale**
- Infermiere**
- Infermiere pediatrico**
- Logopedista**
- Ortottista/Assistente di oftalmologia**
- Ostetrica/o**
- Podologo**
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica**
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare**
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico**
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica**
- Tecnico Audiometrista**
- Tecnico Audioprotesista**
- Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro**
- Tecnico di Neurofisiopatologia**
- Tecnico Ortopedico**
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva**
- Terapista Occupazionale**
- Tutte le professioni**

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

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Analista**
- Architetto**
- Assistente Amministrativo**
- Assistente Religioso**
- Assistente Tecnico**
- Ausiliario Specializzato**
- Avvocato**
- Coadiutore Amm.vo**
- Collaboratore Amm.vo - Prof.le**
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale**
- Collaboratore Tecnico - Professionale**
- Collaboratore Professionale – Sanitario Pers. della Riabil.**
- Collaboratore Professionale - Sanitario**
- Commesso**
- Direttore Amministrativo**
- Direttore dei Servizi Sociali**
- Direttore Generale**
- Dirigente Amministrativo**
- Geologo**
- Infermiere Generico**
- Infermiere Psichiatrico**
- Ingegnere**
- Massofisioterapista**
- Odontotecnico**
- Operatore Socio - Sanitario**
- Operatore Tecnico**
- Oper. Tecnico Addetto Assistenza (OTA)**
- Operatore Tecnico Specializzato**
- Ottico**
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente**
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo**
- Profilo Atipico Ruolo Professionale**
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario**
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico**
- Programmatore**
- Puericultrice**
- Sociologo**
- Statistico**
- Tutte le professioni**



Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

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



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

Farmacia Ospedaliera

Farmacia territoriale

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

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati

Sanità Animale

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

Psicologo

Psicoterapia



Obiettivo 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**
- Appropriately 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
- Accreditemento 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 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

A

Finalità
A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

- **Diagnosi differenziale demenze presenili**
- **Presa in carico del paziente affetto da demenza presenile**
- **Management clinico-terapeutico e riabilitativo del paziente affetto da demenza presenile**

B - Acquisizione competenze di processo:

- **Standardizzazione di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA)**

C - Acquisizione competenze di sistema:

Interazione/Integrazione Rete Ospedaliera/Rete territoriale nel percorso del paziente affetto da Demenza presenile

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		150
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP		
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		45
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD		45
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		
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

(concordare 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 Antonio Cognome Milia
 Qualifica Neurologo-Psichiatra
 Competenze Direttore SC Neuroriabilitazione
 Telefono _____ Cellulare 3341958986
 Fax _____ email antoniomilia55@gmail.com
 Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 5.06.1955

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	<p>In orario di servizio*: a - € 5,64/ora per il comparto; b - € 8,20/ora per la dirigenza;</p> <p>Fuori orario di servizio*: a - € 25,82/ora per il comparto; b - € 41,00/ora per la dirigenza;</p> <p>* = come da disposizioni aziendali</p>	<p>- Max € 100,00/ora se appartenenti alla Fascia A</p> <p>- Max € 80,00/ora se appartenenti alla Fascia B</p> <p>- Max € 50,00/ora se appartenenti alla Fascia C</p> <p>- Max € 30,00/ora se appartenenti alla Fascia D</p> <p>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</p>

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



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 Giuseppina	Cognome	Mascia
Qualifica	Dirigente Medico Neurologia		
Telefono		Cellulare	3404912440
Fax		Email	mgmascia@gmail.com
Luogo di nascita	Nuoro	Data di nascita	1.05.1970
Docente interno ASL Cagliari	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Si</i>		<input type="checkbox"/> <i>No</i>
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> <i>In orario di servizio - Nr. ore : ___</i>		<input checked="" type="checkbox"/> <i>Fuori orario di servizio - Nr. ore : ___</i>
Docente esterno	<input type="checkbox"/> <i>Si</i>		<input type="checkbox"/> <i>No</i>
Fascia di competenza	<input type="checkbox"/> <i>A</i> <input type="checkbox"/> <i>B</i> <input type="checkbox"/> <i>C</i> <input type="checkbox"/> <i>D</i>		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: ___		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	Totale compenso	€ _____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: _____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		

Docente nr. 2

Nome	Camillo	Cognome	Marra
Qualifica	Dirigente Medico Neurologia		
Telefono		Cellulare	3473363324
Fax		Email	cmarra@rm.unicatt.it
Luogo di nascita		Data di nascita	26.05.1962
Docente interno ASL Cagliari	<input 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 type="checkbox"/> <i>Fuori orario di servizio - Nr. ore : ___</i>
Docente esterno	<input checked="" 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: NO		
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)	€: _____		

Nome	Alessandro	Cognome	Padovani
Qualifica	Professore Ordinario MED 26-Neurologo		
Telefono	030-2010239	Cellulare	
Fax		Email	padovani@med.unibs.it
Luogo di nascita	Verona	Data di nascita	05/01/1961
Docente interno ASL Cagliari	<input 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 checked="" 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: NO		
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)	€: _____		

Nome	Gianluca	Cognome	Floris
Qualifica	Dirigente Medico Neurologo		
Telefono		Cellulare	3494932435
Fax		Email	lgr.floris@tiscali.it
Luogo di nascita	Q.S.ELENA	Data di nascita	1.1.1968
Docente interno ASL Cagliari	<input 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 checked="" 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: NO		
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): _____

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	<i>Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)</i>	€ _____
B	<i>Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)</i>	€ _____
C	<i>Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)</i>	€ _____
D	<i>Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)</i>	€ _____
E	<i>Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)</i>	€ _____
Totale spesa corso (A + B + C + D + E)		€ _____

Dati del referente della segreteria organizzativa

<i>Nome</i>	Maria Giuseppina	<i>Cognome</i>	Mascia
<i>Telefono</i>		<i>Cellulare</i>	3404912440
<i>Fax</i>	0706096195	<i>email</i>	mgmascia@gmail.com
<i>Indirizzo</i>			

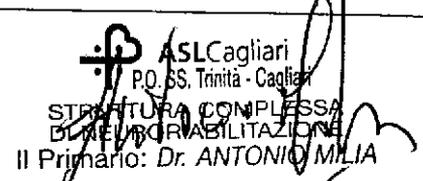
Materiale informatici da inviare necessariamente per l'accreditamento E.C.M. (entro 45 giorni prima della data di inizio del corso)

- **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)*



<p align="center">Nome e cognome (in stampatello)</p> <p><small>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</small></p>	<p align="center">Dott. Antonio Milia</p>
<p align="center">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p><small>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</small></p>	 <p align="center"> ASL Cagliari P.O. SS. Trinità - Cagliari STRUTTURA COMPLESSA DI NEURO-RIABILITAZIONE Il Primario: Dr. ANTONIO MILIA </p>

