

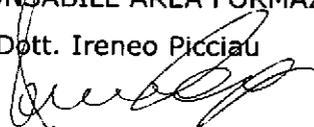
## Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale  
"Corso di aggiornamento destinato agli  
operatori degli Uffici scelta e revoca del medico  
della ASL 8".

Il presente allegato è composto di n. 6... fogli,  
di n. 6... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



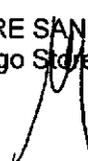
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 895 DEL 30 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

### Titolo del Progetto Formativo Residenziale

Corso di aggiornamento destinato agli Operatori degli Uffici scelta e revoca del medico della ASL 8

<input type="checkbox"/> <i>Attività formativa di aggiornamento</i>	<b>Tipologia</b>	ASL8 NP/2014/ 0022370 del 12/06/2014 ore 12,27 Mittente Direzione Amministrativa Area Terr Assegnatario : Area Formazione Classifica : 1 Fascicolo : 181 del 2014
Sono previste n. 2 edizioni	<b>Numero Edizioni del Corso</b>	
1) Data inizio prima edizione: 25/06/2014 Data fine prima edizione 25/06/2014		
2) Data inizio seconda edizione: 26/06/2014 Data fine seconda edizione: 26/06/2014		

### Sede di svolgimento

<b>Struttura</b>	Sala Conferenze Distretto Area Vasta – Padiglione F Cittadella della Salute		
<b>Via</b>	Romagna	<b>Num.</b>	16
<b>Comune/Prov.</b>	Cagliari	<b>CAP</b>	09100

### Nominativi dei partecipanti al corso

Si allega l'elenco dei partecipanti.

### Dati dei partecipanti

Numero partecipanti previsti per ciascuna edizione: 14/15

Numero partecipanti totali: 29

### Professioni dei partecipanti

#### Non aventi diritto ai crediti E.C.M.:

- Assistente Amministrativo
- Coadiutore Amministrativo
- Collaboratore Amministrativo

### Obiettivo formativo

Linee guida – protocolli – procedure –

### Area tematica

*Area giuridico - normativa*

#### Finalità

Corretta applicazione delle norme e disposizioni in materia di scelta e revoca del medico, scelta in deroga al massimale e assistenza sanitaria agli stranieri.  
 Corretto utilizzo della procedura informatica per la gestione dell'anagrafe assistiti.

#### Programma del corso

- Norme ACN Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, relative alla scelta del medico;
- Massimali di scelta;
- Scelta in deroga;
- Comitato Consultivo Aziendale;
- Assistenza sanitaria alla popolazione straniera;
- Assistenza ai cittadini extracomunitari obbligatoria e volontaria;
- Assistenza ai cittadini U.E. obbligatoria e volontaria;
- Assistenza agli stranieri senza permesso di soggiorno (codice STP);
- Soggiornanti appartenenti alla U.E. senza TEAM e senza diritto all'iscrizione al SSN (Codice ENI);
- Indicazioni per il corretto utilizzo della procedura ANAGS per la gestione dell'Anagrafe Assistiti.

#### Metodi didattici

Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	3	

#### Attrezzatura

*X Computer portatile | Xavagna a fogli mobili |*

### Responsabile scientifico nel progetto

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

Nome	Maria Maddalena	Cognome	Giua
Qualifica	Dirigente Amministrativo		
Competenze	Responsabile della U.O.C. Area Amm.va Territoriale		
Telefono	070.47443723	Cellulare	3386570521
Fax	070.47443715	email	mariamaddalenagiua@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Mandas (Ca)	Data di nascita	27/03/1955

Al termine del corso, sarà sua cura, del responsabile del servizio proponente il corso, consegnare all'Area Formazione:

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

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

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

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

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

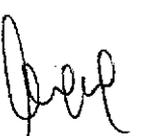
n.b.: nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere una nota per ciascuna edizione

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

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

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

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



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

Nome	Piero	Cognome	Piras
Qualifica	Collaboratore Amministrativo		
Telefono	070.47443617	Cellulare	3351936649
Fax	070.47443715	Email	pieropiras@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	20/02/1961
Docente interno ASL Cagliari	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Si</b>		
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : <u>6</u> € 28.52 per un tot. di € 154.92
Docente esterno	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>		
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)	€: _____		
	<input type="checkbox"/> verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

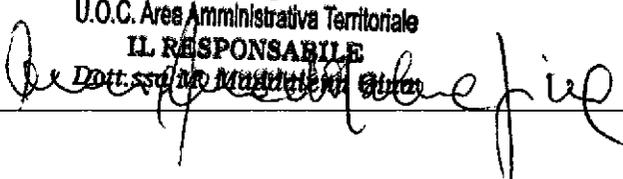
**Docente nr. 2**

Nome		Cognome	
Qualifica			
Telefono		Cellulare	
Fax		Email	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Docente interno ASL Cagliari	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>		
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....
Docente esterno	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>		
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)	€: _____		
	verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

5  


**Responsabile del progetto**

**Nome** PIERO **Cognome** PIRAS  
**Qualifica** COLLABORATORE  
AMMINISTRATIVO D  
**Competenze** \_\_\_\_\_  
**Telefono** 07047443617 **Cellulare** \_\_\_\_\_  
**Fax** 07047443715 **email** \_\_\_\_\_  
**Luogo di nascita** CAGLIARI **Data di nascita** 20/02/1961

<p><b>Nome e cognome (in stampatello)</b>          Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>MARIA MADDALENA GIUA          RESPONSABILE UOC AREA AMMINISTRATIVA          TERRITORIALE</p>
<p><b>Timbro e Firma (leggibile)</b>          Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p><b>ASLCagliari</b>          U.O.C. Area Amministrativa Territoriale  <b>IL RESPONSABILE</b>          Dott.ssa Maria Maddalena Giua</p> 

4