

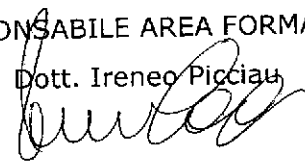
# Allegato "A"

## Progetto Formativo "Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari"

Il presente allegato è composto di n. 15 fogli,  
di n. 15 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



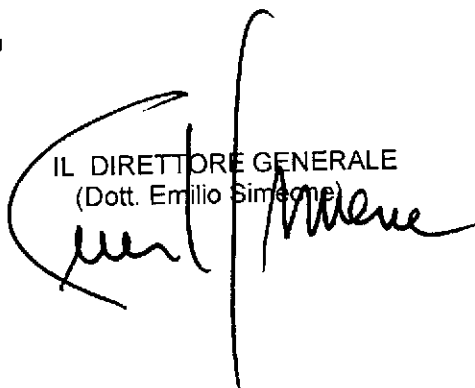
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1585 DEL 5 NOV. 2014

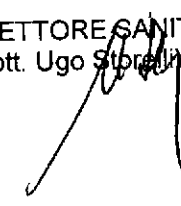
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Emilio Simone)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Ugo Storalli)



**OGGETTO: Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale dal titolo**

**TERAPIA FARMACOLOGICA E PROBLEMATICHE CARDIOVASCOLARI**

**Accreditamento ECM**

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

**Tipologia**

**ASL8**

**NP/2014/ 0033959** del 16/09/2014 ore 09,57

Barrare con una crocetta una sola casella:

Mittente Servizio Psichiatria Diagnosi e CU

Assegnatario Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo 1 200 del 2014



- Congresso/simposio/convegno/seminario
- Tavola rotonda
- Conferenze clinico – patologiche volte alla presentazione e discussione
- Consensus meeting interaziendali finalizzati alla revisione delle statiche 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

**\* N.B. 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.**

**Numero Edizione/i del corso**

Numero edizioni previste: 1

Data inizio prima edizione: 13 novembre 2014

Data fine prima edizione: 13 novembre 2014

Nel caso di più edizioni, si prega di comunicare le date di svolgimento all'Area Formazione entro 20 giorni dalla data di inizio di ciascuna di esse, altrimenti non potranno essere accreditate.

Qualora si conoscano già le date, si prega di compilare la tabella sottostante

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

**Sede di svolgimento**

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

Sì |  No

Se no, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione entro 30 giorni dall'inizio del corso.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Struttura SERD  
Via VIA DEI VALENZANI Num. \_\_\_\_\_  
Comune/Prov. CAGLIARI CAP \_\_\_\_\_

**Trasmissione nominativi dei partecipanti al corso**

L'elenco dei partecipanti deve essere trasmesso all'Area Formazione 10 giorni prima dell'inizio dell'attività formativa.  
Per ogni partecipante si deve indicare nome e cognome, matricola, struttura di appartenenza, luogo e data di nascita.

**Dati dei partecipanti**

Numero partecipanti previsti per ciascuna edizione: 100

Numero partecipanti totali: 100

**Professioni dei partecipanti**

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

**Aventi diritto ai crediti E.C.M.**

- Medico Chirurgo**
- 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**

<b>Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:</b>				
<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 checked="" 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 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 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 checked="" type="checkbox"/> <b>Psichiatria</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Psicoterapia</b>	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Reumatologia	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Scienza dell'Alimentazione e Dietetica</b>	<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

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

<b>Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario</b>		
<input type="checkbox"/> Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	<input type="checkbox"/> Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati	<input type="checkbox"/> Sanità Animale

<b>Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Psicologia	<input checked="" type="checkbox"/> Psicoterapia

## Obiettivo formativo

Barrare una sola casella:

- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebn – ebn – ebp)
- Linee guida – protocolli – procedure – documentazione clinica
- Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura
- 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:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Area comunicazione e relazione | <input type="checkbox"/> Area prevenzione e promozione della salute |
| <input type="checkbox"/> Area cure primarie             | <input type="checkbox"/> Area informatica                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Area salute mentale | <input type="checkbox"/> Area emergenza ed urgenza                  |
| <input type="checkbox"/> Area materno infantile         | <input type="checkbox"/> Area igiene e sanità pubblica              |
| <input type="checkbox"/> Area delle dipendenze          | <input type="checkbox"/> Area sicurezza luoghi di lavoro            |
| <input type="checkbox"/> Area riabilitazione            | <input type="checkbox"/> Area salute immigrati                      |
| <input type="checkbox"/> Area oncologica                | <input type="checkbox"/> Area cardiovascolare                       |
| <input type="checkbox"/> Area farmaceutica              | <input type="checkbox"/> Area medicina veterinaria                  |
| <input type="checkbox"/> Area giuridico - normativa     | <input type="checkbox"/> Area diagnostica di laboratorio            |
| <input type="checkbox"/> Area qualità e risk management | <input type="checkbox"/> Area diagnostica per immagini              |
| <input type="checkbox"/> Area metodologica              | <input type="checkbox"/> Area gestionale management organizzativa   |
| <input type="checkbox"/> Area etica e deontologica      | <input type="checkbox"/> Area gestionale management economico       |
| <input type="checkbox"/> Area specialità chirurgiche    | <input type="checkbox"/> Area gestionale management economico       |
| <input type="checkbox"/> Area specialità mediche        | <input type="checkbox"/> Area gestionale management economico       |

## Finalità\*

**A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**in materia di sicurezza del paziente, prevenzione rischi effetti collaterali**B - Acquisizione competenze di processo:**procedure da definire per limitare le condizioni di rischio clinico rispetto a gravi eventi avversi (cardiovascolari)**C - Acquisizione competenze di sistema:**organizzazione del servizio per ottimizzare le risorse da attivare nella prevenzione di eventi avversi, evitando approcci da "medicina difensiva"

\* i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento

**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: 6 Minuti: \_\_\_\_\_

**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	4	
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD		
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	2	
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**

**(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 Emanuela Cognome Trogu  
 Qualifica Medico psichiatra  
 Competenze Specialista in psichiatria  
 Telefono 706096141 Cellulare 3803910628  
 Fax 706096151 email emanuelatrogu@asl8cagliari.it  
 Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 29/09/58

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)

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

Voce di spesa	Docente Interno	Docente Esterno
Pasti	come da disposizioni aziendali	I pasti saranno rimborsati fino ad un massimo di € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore, e € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 ore (art. 5, D.P.R. 395/88).
Mobilità	come da disposizioni aziendali	Aereo, nave, treno: rimborso in classe economica dietro presentazione delle ricevute di spesa e delle carte d'imbarco; Uso del mezzo proprio: è ammesso, se sussiste almeno una delle seguenti condizioni: a) maggiore convenienza economica rispetto ai servizi di linea; b) inconciliabilità degli orari; c) particolari comprovate esigenze – dovranno comunque essere indicati targa e tipo dell'automezzo utilizzato Autobus: è ammesso esclusivamente il rimborso delle corse extraurbane dietro presentazione del biglietto in originale regolarmente obliterato
Pernottamento	come da disposizioni aziendali	Max 110,00/notte
Compenso	In orario di servizio*: a - € 5,64/ora per il comparto; b - € 8,20/ora per la dirigenza;  Fuori orario di servizio*: a - € 25,82/ora per il comparto; b - € 41,00/ora per la dirigenza;  * = come da disposizioni aziendali	- Max € 100,00/ora se appartenenti alla Fascia A - Max € 80,00/ora se appartenenti alla Fascia B - Max € 50,00/ora se appartenenti alla Fascia C - Max € 30,00/ora se appartenenti alla Fascia D  Per importi superiori ai € 100,00/ora e/o comunque superiori a quelli indicati nelle tabelle per i rispettivi professionisti, è necessaria l'autorizzazione della Direzione Aziendale
Compenso Codocenza	In orario di servizio: a - € 1,41/ora per il comparto; b - € 2,05/ora per la dirigenza;  Fuori orario di servizio*: a - € 6,45/ora per il comparto; b - € 10,25/ora per la dirigenza;	- € 25,00/ora fascia unica
Compenso tutor	In orario di servizio*: a - € 5,64/ora per il comparto; b - € 8,20/ora per la dirigenza;	- € 30,00/ora fascia unica (il compenso non potrà eccedere il 50% delle ore totali del corso)

	<p style="text-align: center;">Fuori orario di servizio*:</p> <p style="text-align: center;">a - € 25,82/ora per il comparto; b - € 41,00/ora per la dirigenza;</p> <p style="text-align: center;">*il compenso non potrà eccedere il 50% delle ore totali del corso</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 autofiloferrotranviari relativi a percorsi urbani

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

Fascia	Requisiti professionali
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Funzionari della PA impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale</li> <li>▪ Ricercatori (dirigenti di ricerca, primi ricercatori) impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Esperti di settore e professionisti con esperienza professionale almeno decennale nel profilo/materia oggetto della docenza</li> <li>▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno decennale</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno quinquennale</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie del settore/materia, oggetto della docenza</li> <li>▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie/materia oggetto della docenza</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Docenti del sistema scolastico non ricompresi nelle fasce A e B</li> <li>▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore superiore a 2 anni</li> <li>▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale superiore a 2 anni</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore inferiore a 2 anni</li> <li>▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale inferiore a 2 anni</li> </ul>

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

Nome	CARLO	Cognome	LAI
Qualifica	Medico		
Telefono		Cellulare	
Fax		Email	
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	18/04/50
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 : 1 . per un tot. di € 0,0 A TITOLO GRATUITO	<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : _____ per un tot. di € _____	
Docente esterno	<input type="checkbox"/> Sì	<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: <u>0</u>		
Compenso orario docente esterno	€ _____	Totale compenso	€ 0,00
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 checked="" type="checkbox"/> verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 2**

Nome	SERGIO	Cognome	MASSA
Qualifica	DIR.MEDICO PSICHIATRA		
Telefono	070/6096141	Cellulare	
Fax		Email	
Luogo di nascita	Carbonia	Data di nascita	12/09/69
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 checked="" type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : 1 _____ € ..... per un tot. di € 0,0 A TITOLO GRATUITO	<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : _____ per un tot. di € .....	
Docente esterno	<input type="checkbox"/> Sì	<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	€ 0,00
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 checked="" type="checkbox"/> verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 3**

Nome	TOMMASO	Cognome	BRUNDU
Qualifica	DIR.MEDICO PSICHIATRA		
Telefono	070/6096141	Cellulare	
Fax		Email	
Luogo di nascita	Pattada	Data di nascita	06/03/59
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 : 1 _____ € ..... per un tot. di € 0,00 A TITOLO GRATUITO	<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : _____ € ..... per un tot. di € .....	
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)	€: _____		
	<input checked="" type="checkbox"/> verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegare)		

**Docente nr. 4**

Nome	DOMENICO	Cognome	MAZZELLA
Qualifica	DIR.MEDICO PSICHIATRA		
Telefono	070/6096141	Cellulare	
Fax		Email	
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	02/09/66
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 : 1 _____ € ..... per un tot. di € 0,00 A TITOLO GRATUITO	<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : _____ € ..... per un tot. di € .....	
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	€ 0,00
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 checked="" type="checkbox"/> verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegare)		

**Docente nr. 5**

Nome	CATERINA	Cognome	BURRAI
Qualifica	DIR.MEDICO PSICHIATRA II LIVELLO		
Telefono	070/6095920	Cellulare	
Fax		Email	
Luogo di nascita	Bitti	Data di nascita	28/06/52
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 : 1 € ..... per un tot. di €0,00 A TITOLO GRATUITO		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....
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	€ 0,00
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.6**

Nome	ANNA RITA	Cognome	LOI
Qualifica	DIR.MEDICO PSICHIATRA		
Telefono	070/6096141	Cellulare	
Fax		Email	
Luogo di nascita	Teulada	Data di nascita	12/09/69
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 : 1 € ..... per un tot. di €0,00 A TITOLO GRATUITO		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....
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	€ 0,00
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.7**

Nome	PIERFRANCO	Cognome	TRINCAS
Qualifica	DIR.MEDICO PSICHIATRA		
Telefono	070/6096141	Cellulare	
Fax		Email	
Luogo di nascita	Cagliari	Data di nascita	22/07/55
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 : 1 € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....
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	€ _____ 0
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)	€: _____		
Xa verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)			

### Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

*Formazione strategica e 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

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

### Dati del referente della segreteria organizzativa


Nome	MARIA CARLA	Cognome	MONTIXI
Telefono	7047443443	Cellulare	
Fax	070 47443411	email	mcarlamontixi@asl8cagliari.it
Indirizzo			


**Materiali 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) con il 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) – vedi esempio questionario sul sito aziendale

**Indicare la struttura di appartenenza**

- 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)*
- XDipartimento Salute Mentale (Anna Paola Ibba)*

<p align="center"><b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p align="center">Pierfranco Trincas</p>
<p align="center"><b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	


**ASL Cagliari**  
 P.O. SS. Trinità - Cagliari  
**Dip. SALUTE MENTALE S.P.D.C. 2**  
**DIRETTORE**  
 Dott. Pierfranco Trincas