ASLCagliari

# Allegato "A"

## Approvazione Progetto Formativo Aziendale

## "Corso di Triage".

## Richiesta Attivazione P.F.A.

Il presente allegato è composto di n. 16 fogli,
di n. 16 pagine.

IL RESPONSABILE DELL'AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 1816 DEL 11 DIC. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Simeone)

PROT. 77 P / 2014 - DEU

Al Responsabile Area Formazione

Oggetto: Attivazione Progetto Formativo Aziendale "Corso di Triage"

In relazione all'oggetto, al fine di poter procedere all'attivazione del Progetto Formativo Aziendale "Corso di Triage", si trasmette in allegato la seguente documentazione:

- Modulo richiesta preventivo all'agenzia formativa Gruppo Formazione Triage
- Preventivo economico dell'agenzia formativa "Gruppo Formazione Triage"
- Modulo "Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale"
- Modulo "Indicazione di scelta del/dei docente/i" e assenza di conflitto di interesse per agenzia formativa"
- Modulo Accettazione Incarico Responsabile Scientifico
- Moduli "dichiarazione di accettazione incarico e assenza conflitti d'interesse dei docenti per agenzia formativa"
- Programma del corso

Cordiali Saluti

Il Direttore

Dr. Giorgio Pia

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA - AZIENDA U.S.L. N° 8 CAGLIARI

2

*Asl Cagliari*
Sede Amm.va: Via Pier della Francesca 1, 09047 Selargius
c.f. e p.iva 02261430926
www.aslcagliari.it

*Dipartimento Emergenza Urgenza*
Via Is Mirrionis 92, 09121 Cagliari
Tel 070/6095925 Fax 070281925
Direzione: tel-fax 0706095924
e-mail: giorgiopia@asl8cagliari.it
Direttore: Dr. Giorgio Pia

## 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**

# Corso di Triage

---

**Accreditamento ECM**

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? **X** 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 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)*

X *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* X *No*

**E' previsto l'uso della sola lingua italiana?**

X *Sì* | ☐ *No*

3

**Numero Edizione/i del corso**

Numero edizioni previste: 1

Data inizio prima edizione: 19/12/2014

Data fine prima edizione: 20/12/2014

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

| *Edizione numero* | *Data di inizio (gg/mm/aaaa)* | *Data di fine (gg/mm/aaaa)* |
|---|---|---|
| | | |

**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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Struttura* | Aula conferenze SS Trinità | | |
| *Via* | Via Is Mirrionis | *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 del partecipanti**

Numero partecipanti previsti per ciascuna edizione: 20

Numero partecipanti totali: 20

**Professioni dei partecipanti**

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

4

**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*
X *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*



***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)

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

| ***Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista*** | |
|---|---|
| ☐ *Farmacia Ospedaliera* | ☐ *Farmacia territoriale* |



***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)

| **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 formativo**

Barrare una sola casella:

☐ *Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebn – ebn – ebp)*

X *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*



***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)

☐ *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*

X *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:**

Acquisire competenze legate alla gestione del Paziente che giunge in P.S.

**B - Acquisizione competenze di processo:**

Acquisire competenze relative alla gestione dei codici

**C - Acquisizione competenze di sistema:**

Acquisire competenze legate ai principi normativi dell'utilizzo del triage

**Programma del corso**

Si allega il programma ? X *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: 16 Minuti: 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 | 8 | 5 |
| Tavole rotonde con dibattito tra esperti | TR | | |
| Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde") | CD | 5 | |
| 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 | 1 | 25 |
| Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche | ED | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Role - Playing | **RP** | **1** | **30** |

**Valutazione**

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

X *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* GIORGIO *Cognome* PIA
*Qualifica* Direttore Dipartimento
*Competenze*
*Telefono* *Cellulare*
*Fax* *email*
*Luogo di nascita* *Data di nascita*

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.



*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)

- **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;<br>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<br>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*:<br>a - € 5,64/ora per il comparto;<br>b - € 8,20/ora per la dirigenza;<br>Fuori orario di servizio*: | - Max € 100,00/ora se appartenenti alla Fascia A<br>- Max € 80,00/ora se appartenenti alla Fascia B<br>- Max € 50,00/ora se appartenenti alla Fascia C |



*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)

| | | |
|---|---|---|
| | a - € 25,82/ora per il comparto;<br>b - € 41,00/ora per la dirigenza;<br><br>* = come da disposizioni aziendali | - Max € 30,00/ora se appartenenti alla Fascia D<br><br>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 |

**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



*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)

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

| Fascia | Requisiti professionali |
|---|---|
| A | ▪ 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<br>▪ Funzionari della PA impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale<br>▪ Ricercatori (dirigenti di ricerca, primi ricercatori) impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale<br>▪ 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<br>▪ Esperti di settore e professionisti con esperienza professionale almeno decennale nel profilo/materia oggetto della docenza<br>▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno decennale |
| B | ▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno quinquennale<br>▪ 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<br>▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie del settore/materia, oggetto della docenza<br>▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie/materia oggetto della docenza |
| C | ▪ Docenti del sistema scolastico non ricompresi nelle fasce A e B<br>▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore superiore a 2 anni<br>▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale superiore a 2 anni |
| D | ▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore inferiore a 2 anni<br>▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale inferiore a 2 anni |



*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)

**Dati dei docenti**

**Docente nr. 1**

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Nome* | Associazione G.F.T. Gruppo Formazione Triage | *Cognome* | Associazione G.F.T. Gruppo Formazione Triage |
| *Qualifica* | | | |
| *Telefono* | | *Cellulare* | |
| *Fax* | | *Email* | segreteriagft@triage.it |
| *Luogo di nascita* | | *Data di nascita* | |
| *Docente interno ASL Cagliari* | ☐ *Si* | X *No* | |
| *Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?* | ☐ *In orario di servizio - Nr. ore :* ___ | ☐ *Fuori orario di servizio - Nr. ore :*___ | |
| *Docente esterno* | X*Si* | ☐ *No* | |
| *Fascia di competenza* | X *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D* | | |
| *Ore docenza da pagare* | *Nr. ore: 16 ore per ciascun docente* | | |
| *Compenso orario docente esterno* | | **Totale compenso** | **€ 2.760,00** |
| *Spese pasti docente esterno* | *Nr. pasti da rimborsare: 15 - Totale spesa rimborso pasti:* ***€ 405,00*** | | |
| *Spese pernottamento docente esterno* | *Nr. notti da rimborsare: 6 - Totale spese pernottamenti: €* ***660,00*** | | |
| *Spese mobilità docenti esterni (aereo, nave, treno, metro, bus)* | ***€: 675,00*** | | |

**Fonti di finanziamento**

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

☐ *Formazione strategica* X *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



***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)

**Riepilogo voci di spesa del corso**

| | | |
|---|---|---|
| *A* | *Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)* | ***€ 2.760,00*** |
| *B* | *Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)* | ***€ 660,00*** |
| *C* | *Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)* | ***€ 405,00*** |
| *D* | *Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)* | ***€ 675,00*** |
| *E* | *Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)* | ***€ 732,00*** |
| *F* | *Stima costi accreditamento ECM* | ***€ 350,00*** |
| ***Totale spesa corso (A + B + C + D + E+F )*** | | ***€ 5.582,00*** |

**Dati del referente della segreteria organizzativa**

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Nome* | ILENIA | *Cognome* | PIRAS |
| *Telefono* | | *Cellulare* | |
| *Fax* | | *email* | |
| *Indirizzo* | | | |

**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)*
X *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)*

15

- ☐ *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)<br>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) | GIORGIO Pio. |
| **Timbro e Firma** (leggibile)<br>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) | ASLCagliari<br>P.O. SS. Trinità - Cagliari<br>S.C. di MEDICINA e CHIRURGIA di ACCETTAZIONE d'URGENZA<br>DIRETTORE: *Dr. Giorgio Pia* |

16