ASLCagliari

Allegato "A"

Presa d'atto Evento Formativo Residenziale: "Percorso che conduce alla donazione degli organi: aspetti clinici, assistenziali, comunicativi e relazionali".

Il presente allegato è composto da n°24 fogli di n°24 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 24 DEL 14 GEN. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. ssa Savina Ortu)

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

Percorso che conduce alla donazione degli organi: aspetti clinici, assistenziali, comunicativi e relazionali

---

Accreditamento ECM

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

Tipologia

Barrare con una crocetta una sola casella:

☐ *Congresso/simposio/convegno/seminario*

☐ *Tavola rotonda*

☐ *Conferenze clinico – patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare*

☐ *Consensus meeting interaziendali finalizzati alla revisione delle 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*

ASL8
NP.2014/44336 del 01/12/2014 ore 10,20
Mitt.: Ospedale Businco
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 233 del 2014

Numero Edizione/i del corso

Numero edizioni previste: **1 EDIZIONE 17-18-19 DICEMBRE 2014/ 4 EDIZIONI 2015**

Data inizio prima edizione: 17 dicembre 2014

Data fine prima edizione: 19 dicembre 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)*
1	17 dicembre 2014	19 dicembre 2014
2	Febbraio 2015	
3	Marzo 2015	
4	Aprile 2015	
5	Maggio 2015	

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	Sala Thun dell'Ospedale "Microcitemico"		
Via	Jenner	*Num.*	
Comune/Prov.	Cagliari	*CAP*	09121

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: **37**

Numero partecipanti totali: **185** (5 edizioni)

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*

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*	☐ *Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza*
☐ *Medicina Generale (medici di famiglia)*	☐ *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*

5

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 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*

□ *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*

6

☐ *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 <u>una sola</u> casella:

☐ *Area comunicazione e relazione*

☐ *Area cure primarie*

☐ *Area salute mentale*

☐ *Area materno infantile*

☐ *Area delle dipendenze*

☐ *Area riabilitazione*

☐ *Area oncologica*

☐ *Area farmaceutica*

☐*Area giuridico - normativa*

☐ *Area qualità e risk management*

☐ *Area metodologica*

☐ *Area etica e deontologica*

☐ *Area specialità chirurgiche*

☐ *Area specialità mediche*

☐ *Area prevenzione e promozione della salute*

☐ *Area informatica*

√ ***Area emergenza ed urgenza***

☐ *Area igiene e sanità pubblica*

☐ *Area sicurezza luoghi di lavoro*

☐ *Area salute immigrati*

☐ *Area cardiovascolare*

☐ *Area medicina veterinaria*

☐ *Area diagnostica di laboratorio*

☐ *Area diagnostica per immagini*

☐ *Area gestionale management organizzativa*

☐ *Area gestionale management economico finanziaria*

Finalità

A - Acquisizione competenze tecnico professionali: acquisizione ed implementazione delle conoscenze relative alle attività che dall'individuazione del potenziale donatore conducono alla donazione di organi; promozione di una loro rapida ed efficace applicazione.

B - Acquisizione competenze di processo: studio dell'intero processo di donazione e trapianto nella sua articolazione organizzativa, clinica e scientifica allo scopo di formare operatori esperti, consapevoli ed aggiornati rispetto ad una realtà in continua evoluzione. A tal fine si rende fondamentale il coinvolgimento di tutte le figure professionali che prendono parte a tale processo, nelle sue diverse fasi, attraverso un percorso formativo specifico che, oltre a fornire competenze sul piano clinico, tecnico e procedurale, permettano di affinare anche le abilità comunicative e relazionali.

C - Acquisizione competenze di sistema: in un contesto così articolato si rende necessario assicurare la massima attenzione rispetto alla gestione delle attività, allo scopo di garantire qualità e sicurezza di tutto il percorso donativo. Per tale motivo si rende necessario uniformare le conoscenze di tutto il personale coinvolto nel processo di donazione affinché si consolidi l'organizzazione di una rete di professionisti capaci di integrarsi, non solo all'interno del gruppo di lavoro ma anche con gli altri servizi sanitari coinvolti nel procurement e dislocati sul territorio regionale.

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: 22**

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	SRP	11	
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	1	30
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	3	30
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	2	
Role - Playing	RP	2	

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 Maria Teresa *Cognome* Addis
Qualifica Medico Direttore SC
Competenze Direttore Sanitario Ospedale Businco
Telefono 0706095365 *Cellulare*
Fax 070521350 *email* mariateresaaddis@asl8cagliari.it
Luogo di nascita Arzachena *Data di nascita* 10/11/1954

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)

10

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

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 (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 ▪ 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	▪ 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	▪ 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	▪ 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

12

Dati dei docenti
Docente nr. 1

Nome	Giada Maria	*Cognome*	Giustolisi
Qualifica	Dirigente Medico Coordinamento Regionale Donazioni e Trapianti		
Telefono		*Cellulare*	3479535600
Fax		*Email*	giustolisi@gmail.com
Luogo di nascita	Catania	*Data di nascita*	02/01/1973
Docente interno ASL Cagliari	√ ***Si***	☐ *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	☐ *Si*	√ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	***Nr. ore:***		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 820**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: _____ - Totale spesa rimborso pasti: € 138.95*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€: _____*		

Docente nr. 2

Nome	Francesca	*Cognome*	Zorcolo
Qualifica	Dirigente Medico Coordinamento Regionale Donazioni e Trapianti		
Telefono		*Cellulare*	3339089989
Fax		*Email*	francescazorcolo@gmail.com
Luogo di nascita	Cagliari	*Data di nascita*	02/11/1965
Docente interno ASL Cagliari	√ ***Si***	☐ *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	☐ *Si*	√ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	***Nr. ore:***		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 820**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: _____ - Totale spesa rimborso pasti: € 138.95*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____*		

13

Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€:* _____

Docente nr. 3

Nome	Pierina	*Cognome*	Ticca
Qualifica	Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione San Francesco Nuoro		
Telefono		*Cellulare*	338 7697533
Fax		*Email*	pietrina.t @ alice.it
Luogo di nascita		*Data di nascita*	02 /06 /1963
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	√ *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	√ ***Si***	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore:* ____		
Compenso orario docente esterno	*€* _____*/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	***Nr. pasti da rimborsare:5 - Totale spesa rimborso pasti: € 138.95***		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare:* _____ *- Totale spese pernottamenti: €* _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€:* _____		

Docente nr. 4

Nome	Roberto	*Cognome*	Littera
Qualifica	Dirigente Medico Coordinamento Regionale Donazioni e Trapianti		
Telefono		*Cellulare*	3409040572
Fax		*Email*	roby.litter@gmail.com
Luogo di nascita	Cagliari	*Data di nascita*	05/01/1968
Docente interno ASL Cagliari	√ ***Si***	☐ *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	☐ *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	***Nr. ore:*** ____		
Compenso orario docente esterno	*€* _____*/h*	**Totale compenso**	**€ 820**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare:* _____ *- Totale spesa rimborso pasti: € 138.95*		

Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____*
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€: _____*

Docente nr. 5

Nome	Elisa	*Cognome*	Dessy
Qualifica	*Executive Coach* diploma ACTP riconosciuto dall'ICF (International Coach Federation)		
Telefono		*Cellulare*	335 5946795
Fax		*Email*	elisa.dessy@gmail.com
Luogo di nascita		*Data di nascita*	3 dicembre 1964
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	√ *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	√ *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 10 - Totale spesa rimborso pasti: € 278*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: 5 - Totale spese pernottamenti: € 550*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€ 2000*		

Docente nr. 6

Nome	Carla	*Cognome*	Onnis
Qualifica			
Telefono	070 6092915	*Cellulare*	
Fax		*Email*	*crrtsardegna@tiscali.it*
Luogo di nascita		*Data di nascita*	
Docente interno ASL Cagliari	√ *Si*	☐ *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	☐*Si*	√ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	***Nr. ore: ____***		
Compenso orario docente	*€ _____/h*	**Totale**	**€ 820**

15

esterno		**compenso**	
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: _____ - Totale spesa rimborso pasti: € 138.95*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€: _____*		

Docente nr. 7

Nome	Raffaele	*Cognome*	Potenza
Qualifica	Dirigente Medico Rianimatore AOU San Giovanni Battista Torino Coordinamento Regionale delle Donazioni e dei Prelievi di Organi e Tessuti della regione Piemonte e Valle d''Aosta		
Telefono	011/9102899	*Cellulare*	338.3533449
Fax		*Email*	raphael68@virgilio.t
Luogo di nascita	Chivasso	*Data di nascita*	18/05/1968
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	√ *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	√ *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 10 - Totale spesa rimborso pasti: € 278*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: 5 - Totale spese pernottamenti: € 550*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€ 2000*		

Docente nr. 8

Nome	Federico	*Cognome*	Genzano
Qualifica	Dirigente Medico Responsabile Banca delle Cornee e Paratiroide		
Telefono	0116336518	*Cellulare*	3351328099
Fax	0116334363	*Email*	federico.genzano@gmail.com
Luogo di nascita		*Data di nascita*	05/11/1961
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	√ *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	√ *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		

16

Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 10 - Totale spesa rimborso pasti: € 278*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare:5 - Totale spese pernottamenti: € 550*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€ 2000*		

Docente nr. 9

Nome	Paolo	*Cognome*	Pettinao
Qualifica	Dirigente Medico Rianimatore Coordinamento Regionale Donazioni e Trapianti		
Telefono		*Cellulare*	3338525758
Fax		*Email*	ppettinao@gmail.com
Luogo di nascita		*Data di nascita*	10/01/1943
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	☐ *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	√*Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 5 - Totale spesa rimborso pasti: € 138.95*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: - Totale spese pernottamenti: € _____*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€: _____*		

Docente nr. 10

Nome	Tomasina	*Cognome*	Argiolas
Qualifica			
Telefono	070539436	*Cellulare*	3465840521
Fax	070539409	*Email*	tomasinaargiolas@aob.it
Luogo di nascita	Ussana	*Data di nascita*	04/12/1961
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	√ *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	√ *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 1250**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 5 - Totale spesa rimborso pasti: € 138.95*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€: _____*		

Docente nr. 11

Nome	Alessia	*Cognome*	Fonsato
Qualifica	Coordinatrice infermieristica Ufficio di coordinamento infermieristico per l'attività di prelievo di organi e tessuti		
Telefono		*Cellulare*	333 62 07 657
Fax		*Email*	alessia.fonsato@gmail.com
Luogo di nascita	MONCALIERI	*Data di nascita*	08/09/1975
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	√ *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	√ *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 10 - Totale spesa rimborso pasti: € 278*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: 5 - Totale spese pernottamenti: € 550*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€ 2000*		

Docente nr. 12

Nome	Pietro	*Cognome*	Zoncheddu
Qualifica	Dirigente Medico Psichiatra Referente Area psicologico-psichiatrica del Coordinamento Prelievo e Trapianto d'Organi della provincia di Bergamo		
Telefono		*Cellulare*	3484947905
Fax		*Email*	*pzoncheddu@ospedaliriuniti.bergamo.it*
Luogo di nascita		*Data di nascita*	06/04/1962
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	☐ *No*	

18

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	√ *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare:10 - Totale spesa rimborso pasti: €278*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare:5 - Totale spese pernottamenti: € 550*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€ 2000*		

Docente nr. 13

Nome	**Nunzialinda, Maria Bennardi**	*Cognome*	Bennardi
Qualifica	Psicologa psicoterapeuta Responsabile del Servizio di Psicologia Medica per i Trapianti AOU San Giovanni Battista Torino		
Telefono		*Cellulare*	3357410586
Fax		*Email*	*nlinda.bennardi@libero.it*
Luogo di nascita	Torino	*Data di nascita*	22/06/1968
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	☐ *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	√ *Si*	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 10 - Totale spesa rimborso pasti: € 278*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: 5 - Totale spese pernottamenti: € 550*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€ 2000*		

Docente nr. 14

Nome	*Rita*	*Cognome*	*Pilloni*
Qualifica	Risk manager – referente Regione Sardegna		
Telefono		*Cellulare*	*328 49 58 703*
Fax		*Email*	*ritapilloni@ymail.com*

Luogo di nascita	*Cagliari*	*Data di nascita*	*27/11/1968*
Docente interno ASL Cagliari	□ *Si*	√ *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	√ *Si*	□ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* □ *B* □ *C* □ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	*Totale compenso*	*€ 2500*
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 5 - Totale spesa rimborso pasti: € 138.95*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: - Totale spese pernottamenti: €*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€*		

SOSTITUTI Docente nr. 15

Nome	Elena	*Cognome*	Zidda
Qualifica	Anestesia e Rianimazione San Francesco Nuoro		
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*Email*	
Luogo di nascita		*Data di nascita*	
Docente interno ASL Cagliari	□ *Si*	□ *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	√ ***Si***	□ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* □ *B* □ *C* □ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 5 - Totale spesa rimborso pasti: € 138.95*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€*		

SOSTITUTI Docente nr. 16

Nome	Fabrizia	*Cognome*	Salvago
Qualifica			
Telefono		*Cellulare*	

20

Fax		*Email*	
Luogo di nascita		*Data di nascita*	
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	☐ *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	√ ***Si***	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 5 - Totale spesa rimborso pasti: €138.95*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€: _____*		

SOSTITUTI Docente nr. 17

Nome	Anna	*Cognome*	Guermani
Qualifica			
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*Email*	
Luogo di nascita		*Data di nascita*	
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	☐ *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	√ ***Si***	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 10 - Totale spesa rimborso pasti: € 278*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: 5 - Totale spese pernottamenti: € 550*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€ 2000*		

SOSTITUTI Docente nr. 18

Nome	Elena	*Cognome*	Bravi
Qualifica			
Telefono		*Cellulare*	

Fax		*Email*	
Luogo di nascita		*Data di nascita*	
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	☐ *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	√ ***Si***	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 10 - Totale spesa rimborso pasti: € 278*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: 5 - Totale spese pernottamenti: € 550*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€ 2000*		

SOSTITUTI Docente nr. 19

Nome	Gabriella	*Cognome*	Biffa
Qualifica			
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*Email*	
Luogo di nascita		*Data di nascita*	
Docente interno ASL Cagliari	☐ *Si*	☐ *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	√ ***Si***	☐ *No*	
Fascia di competenza	√ *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐ *D*		
Ore docenza da pagare	*Nr. ore: ____*		
Compenso orario docente esterno	*€ _____/h*	**Totale compenso**	**€ 2500**
Spese pasti docente esterno	*Nr. pasti da rimborsare: 10 - Totale spesa rimborso pasti: € 278*		
Spese pernottamento docente esterno	*Nr. notti da rimborsare: 5 - Totale spese pernottamenti: € 550*		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	*€ 2000*		

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

☐ *Formazione strategica* ☐ *Formazione di sistema* ☐ *Formazione specifica*

☐ *Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento):* _____

22

☐ *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 della I Edizione del corso

A	*Spese docenza complessive (della I edizioni e di tutti i docenti)*	***€ 5.406,00***
B	*Spese pernottamento/i, pasti e mobilità (della I edizioni e di tutti i docenti)*	***€ 3.618,00***
C	*Materiali didattici (della I edizioni)*	***€ 978,00***
D	*Stima costi accreditamento ECM*	***€ 461,48***
Totale spesa corso (A + B + C + D + E + F)		***€ 10.463,80***

Dati del referente della segreteria organizzativa

Nome	Maria Rosa	*Cognome*	Faedda
Telefono	0706095445	*Cellulare*	3393551858
Fax	070521350	*email*	mariarosafaedda@asl8cagliari.it
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)*
☐ *Dipartimento Emergenza Urgenza (Alessandro Folleri)*
☐ *Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari (Alessandro Folleri)*
☐ *D.G. Staff (Laura Bernardini)*
☐ *DASS Accreditamento Strutture Sanitarie (Giovanni Ballicu)*

23

- ☐ *P.O. Binaghi (Paolo Nieddu)*
- √ ***P.O. Businco (Tiziana Cotza)***
- ☐ *P.O. Marino (Anna Paola Ibba)*
- ☐ *P.O. Microcitemico (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. San Giuseppe (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. San Marcellino (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. Santissima Trinità (Paolo Nieddu)*
- ☐ *Dipartimento Prevenzione (Tiziana Cotza)*
- ☐ *Dipartimento Salute Mentale (Anna Paola Ibba)*

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	MARIA TERESA ADDIS
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	AZIENDA U.S.L. N° 8 - CAGLIARI P.O. "A. BUSINCO" DIRIGENTE SANITARIO *Dott.ssa M. TERESA ADDIS*

24