

Allegato “A”

Progetto Formativo “Violenza di genere: percorsi d’aiuto”

Il presente allegato è composto di n. 22 fogli,
di n.22 pagine.

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/92355 del 03/11/2017 ore 14,00
Mitt.: ASSL Cagliari DIPARTIMENTO SALUTE...

Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1.5.7.



Alla c.a del Responsabile f.f. Area Formazione
Dott Tullio Garau

Oggetto: Richiesta di attivazione dell'evento residenziale "**Violenza di genere: percorsi d'aiuto**" già approvato nel PFA 2017 .

Si chiede l'attivazione del corso "**Violenza di genere: percorsi d'aiuto**" previsto per il 19 dicembre 2017.

Il corso, già stato approvato nel PFA del 2017, è orientato all'approfondimento del codice rosa e dei percorsi offerti dai servizi in rete, territoriali ed ospedalieri.

La formazione sul tema è stata richiesta da tutte le UU.OO del DSM, ed è rivolta pertanto a tutti gli operatori di tutte le figure professionali.

I docenti invitati erogano la prestazione a titolo gratuito , ed il costo dell 'accreditamento ECM è già disposto sul PAF 2017.

Distinti saluti

Il Direttore DSM
Dott. Augusto Contu



Referente formazione DSM
Dott.ssa M.Carla Montixi

2

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: “ *VIOLENZA DI GENERE: PERCORSI DI AIUTO* ”

Si richiede l’accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall’elenco sottostante

Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale

L’evento tratta argomenti inerenti l’alimentazione della prima infanzia? NO

È previsto l’uso della sola lingua italiana? SI

È prevista una quota di partecipazione? NO

Se “SI” indicare l’importo € 000,00

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO

Se “SI” indicare la denominazione [Fare clic qui per immettere testo.](#)

Numero di edizioni previste 1

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	19/12/2017	19/12/2017	6 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___
2 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___	7 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___
3 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___	8 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___
4 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___	9 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___
5 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___	10 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d’inizio dell’evento. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

Sede di svolgimento

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

N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell’Area Formazione nella fase di accreditamento.

Se sì, indicare l’indirizzo:

Sede Sala Binaghi Cagliari

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 0 Totale Partecipanti 100

- Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 50 operatori di altri Servizi ASL
- Aperto a n. 0 operatori di altre ASL - Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

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 Sanitario Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- 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

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Architetto
- Analista
- 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
Personale della Riabilitazione
- 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
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- Operatore Tecnico Specializzato
- Ottico
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- Programmatore
- Puericultrice
- Sociologo
- Statistico
- Tutte le professioni

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

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

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

- Psicologia Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

Area salute mentale

Obiettivo formativo

Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisizione di competenze specifiche sulla violenza di genere e sul codice rosa

B - Acquisizione competenze di processo:

Sviluppare competenze sui che le vittime di violenza devono effettuare all'interno della rete dei servizi territoriali ed ospedalieri

C - Acquisizione competenze di sistema:

Fare clic qui per immettere testo.

D – Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance):

tutte le figure professionali aumenteranno le loro competenze sulla gestione delle vittime di violenza di genere anche attraverso la conoscenza del codice rosa

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 dal corso

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome SCAMONATTI Nome LUCIANA

Codice Fiscale SCMLCN52L54B354M Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 14/07/1952

Telefono 070 609 5921 Cellulare 3332598463 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail lucianascamonatti@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente medico, Direttore DSM. Competenze Psichiatria

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Montixi Nome Maria Carla

Codice Fiscale MNTMCR64D43L122E Telefono 07047443443 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mcarlamontixi@asl8cagliari.it

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione **Ore: 9 Minuti: 00**

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	05	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	01	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	1	30
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	00	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	00	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	0	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	00	00
Role - Playing	RP	01	30

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
 Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE/TUTOR n. 1Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Burrai Nome Caterina

Codice Fiscale _____ Luogo di nascita _____ Data di nascita 28/06/1952Professione ECM medico psichiatra Disciplina ECM psichiatriaTelefono 070/6096500 Cellulare _____ Fax _____ e-mail caterinaburrai@asl8cagliari.it Qualifica _____

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale compenso [Fare clic qui per immettere testo.](#)

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale spesa rimborso pasti € _____Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 00 Totale spesa pernottamento € _____

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € _____

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata**FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Pilia Nome Isa

Codice Fiscale _____ Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Professione ECM _____ Disciplina ECM _____

Telefono 0 Cellulare _____ Fax _____ e-mail _____ Qualifica _____

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale compenso [Fare clic qui per immettere testo.](#)

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale spesa rimborso pasti € _____Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 00 Totale spesa pernottamento € _____

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € _____

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata**FORMATORE/TUTOR n. 3**Ruolo Docente Esterno

Cognome Cilloccu Nome Marzia

Codice Fiscale _____ Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Professione ECM _____ Disciplina ECM _____

Telefono 0 Cellulare _____ Fax _____ e-mail _____ Qualifica _____

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale compenso [Fare clic qui per immettere testo.](#)

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale spesa rimborso pasti € _____Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 00 Totale spesa pernottamento € _____

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € _____

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata**FORMATORE/TUTOR n. 4**Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Scamonatti Nome Luciana

Codice Fiscale _____ Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Professione ECM _____ Disciplina ECM _____

Telefono 0 Cellulare _____ Fax _____ e-mail _____ Qualifica _____

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. Totale compenso Fare clic qui per immettere testo.

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti Fare clic qui per immettere testo. Totale spesa rimborso pasti €

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 00 Totale spesa pernottamento €

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali €

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 5

Docente Interno in orario di servizio

Cognome SANNAIS. Nome CECILIA.

Codice Fiscale SNNCCL58D65B354C. Luogo di nascita Cagliari. Data di nascita 25/04/1958.

Professione ECM Medico. Disciplina ECM Psichiatria.

Telefono 0706094605. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail ceciliasannais@asl8cagliari.it. Qualifica dirigente medico.

Inquadramento CCNL Formatori interni area sanitaria.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 6

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Pala Nome Miriam

Codice Fiscale _____ Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Professione ECM _____ Disciplina ECM _____

Telefono 0 Cellulare _____ Fax _____ e-mail _____ Qualifica _____

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. Totale compenso Fare clic qui per immettere testo.

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti Fare clic qui per immettere testo. Totale spesa rimborso pasti €

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 00 Totale spesa pernottamento €

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali €

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 7

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Fancello Nome Luciana

Codice Fiscale _____ Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Professione ECM _____ Disciplina ECM _____

Telefono 0 Cellulare _____ Fax _____ e-mail _____ Qualifica _____

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale compenso [Fare clic qui per immettere testo.](#)

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio [Scegliere un elemento.](#)

Numero Pasti [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale spesa rimborso pasti €

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 00 Totale spesa pernottamento €

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali €

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 8

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Piras Nome Alessandra

Codice Fiscale Luogo di nascita ___ Data di nascita ___

Professione ECM Disciplina ECM

Telefono Cellulare Fax e-mail Qualifica

Inquadramento CCNL Formatori interni [Scegliere un elemento.](#)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale compenso [Fare clic qui per immettere testo.](#)

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio [Scegliere un elemento.](#)

Numero Pasti [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale spesa rimborso pasti €

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 00 Totale spesa pernottamento €

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali €

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 9

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Pia Nome Giorgio

Codice Fiscale Luogo di nascita ___ Data di nascita ___

Professione ECM Disciplina ECM

Telefono Cellulare Fax e-mail Qualifica

Inquadramento CCNL Formatori interni [Scegliere un elemento.](#)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale compenso [Fare clic qui per immettere testo.](#)

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio [Scegliere un elemento.](#)

Numero Pasti [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale spesa rimborso pasti €

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 00 Totale spesa pernottamento €

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali €

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n10

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Tilocca Nome Silvana

Codice Fiscale Luogo di nascita ___ Data di nascita ___

Professione ECM Disciplina ECM

Telefono Cellulare Fax e-mail Qualifica

Inquadramento CCNL Formatori interni [Scegliere un elemento.](#)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale compenso [Fare clic qui per immettere testo.](#)

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio [Scegliere un elemento.](#)

Numero Pasti [Fare clic qui per immettere testo.](#) Totale spesa rimborso pasti €

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 00 Totale spesa pernottamento €
Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali €

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema Formazione specifica
 Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo.
 Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Si No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	0
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 | <input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza | <input type="checkbox"/> P.O. Marino |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi |

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	AUGUSTO CONTU
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Il Direttore DSS Dot. Augusto Contu

Indicazione di scelta del docente e dichiarazione assenza di conflitto di interessi

(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

Il sottoscritto Augusto Contu, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Cagliari, committente del Corso dal titolo “ **Violenza di genere : percorsi di aiuto** ”

di prossima programmazione, indico quali docenti dell'attività formativa in questione:

Dott. Giorgio Pia, Dott.ssa Marzia Cilloccu, Dott.ssa Isa Pilia, Dott.ssa Miriam Pala, Dott.ssa Caterina Burrai, Dott.ssa Cecilia Sannais, Dott.ssa Luciana Scamonatti, Dott.ssa Alessandra Piras, Dott.ssa Luciana Fancello, Dott.ssa Silvana Tilocca,

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico.

Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

Dichiaro che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta **non sussistono** da parte mia **conflitti di interesse**.

Data, 03/11/2017

Firma e timbro
Dott. Augusto Contu



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto CATERINA BURRAI nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo " **Violenza di genere : percorsi di aiuto** " di prossima programmazione,

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Allego il programma.

Data, 12.10.2017

Firma Caterina Burrai

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto PILIA ISA nominato in qualità di Docente per il Percorso
Formativo dal titolo **“ Violenza di genere : percorsi di aiuto ”**
di prossima programmazione,

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o
motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della
corruzione.

Dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Allego il programma.

Data, _____

Firma Pilia Isa

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritta MARZIA CICCOCU nominata in qualità di Docente per il Percorso
Formativo dal titolo " **Violenza di genere : percorsi di aiuto** "
di prossima programmazione,

dichiaro

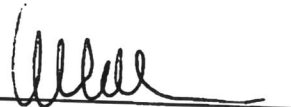
di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o
motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della
corruzione.

Dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Allego il programma.

Data, 19/10/2017

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto CECILIA SANNAIS nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo " **Violenza di genere : percorsi di aiuto** " di prossima programmazione,

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Allego il programma.

Data, 17/10/17

Firma Cecilia Sanna

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Giuseppe Pala nominato in qualità di Docente per il Percorso
Formativo dal titolo "**Violenza di genere : percorsi di aiuto**"
di prossima programmazione,

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o
motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della
corruzione.

Dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Allego il programma.

Data, 17.10.17

Firma Giuseppe Pala

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto ALESSANDRA PIRAS nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo " **Violenza di genere : percorsi di aiuto** " di prossima programmazione,

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Allego il programma.

Data, 16.10.17

Firma Alessandra Piras

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Dr. Grazia P.a. nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo **“ Violenza di genere : percorsi di aiuto ”** di prossima programmazione,

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Allego il programma.

Data, _____

Firma Grazia P.a.

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Silvana Tilocca nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo **“ Violenza di genere : percorsi di aiuto ”** di prossima programmazione,

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Allego il programma.

Data, 18-10-2017

Firma 

PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

“ **VIOLENZA DI GENERE E PERCORSI DI AIUTO** ”

“*Il codice rosa*”

Cagliari

19 DICEMBRE 2017

Dott.ssa C. Burrai, Dott.ssa M. Cilloccu, Dott.ssa L. Fancello, Dott.ssa M. Pala,
Dott. G.Pia, Dott. ssa I.Pilia, Dott.ssa A. Piras, Dott.ssa C. Sannais,
Dott. ssa L.Scamonatti, Dott.ssa S. Tilocca

PROGRAMMA

Ore 08.30 – 09.15 Introduzione e presentazione del corso

Ore 09.15– 10.00 Codice rosa e Pronto Soccorso

Ore 10.00 – 10.30 Codice rosa e Ginecologia

Ore 10.30 – 11.00 Codice rosa e SPDC

Ore 11.00 – 11,30 Codice rosa e Chirurgia Generale

Ore 11.30 – 12,30 Simulata ad opera dei partecipanti

Ore 12,30 – 13.00 Osservazioni sulla simulata

Ore 13.00 – 13,30 Discussione con gli esperti

Ore 13.30 – 14,30 PAUSA PRANZO

Ore 14.30 – 15,00 Codice rosa e CSM

Ore 15.00 – 15,30 Codice rosa e Consultorio

Ore 15.30 – 16,00 Codice rosa e Dipartimento Prevenzione

Ore 16.00 – 16,30 Codice rosa e Servizi Sociali

Ore 16.30 – 17,00 Simulata ad opera dei partecipanti

Ore 17.00 – 17,30 Osservazioni sulla simulata

Ore 17.30 – 18,30 Tavola rotonda: discussione tra esperti; prova ecm

Progetto Formativo**"Violenza di genere: percorsi d'aiuto"****TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI (Oneri e IVA esclusi)**

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docente	€ 0,00
Alloggio e vitto docenti	€ 0,00
Mobilità docenti	€ 0,00
Materiali didattici	€ 0,00
Costi accreditamento ECM	€ 180,76
TOTALE	€ 180,76

Costo medio per partecipante € 1,80
Costo medio x ora x partecipante € 0,20