

Allegato "A"

258

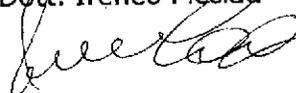
16 MAR. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:  
**"La partnership tra medico e paziente:  
molto di più del consenso informato"**.

Il presente allegato è composto di n. 9 fogli,  
di n. 9 pagine.

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dot. Ireneo Picciani



Servizio Proponente Fare clic qui per immettere testo.

## Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *La partnership tra medico e paziente: molto di più del consenso informato* "

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

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	<u>04/05/2015</u>	<u>04/05/2015</u>
Seconda edizione	<u>05/05/2015</u>	<u>05/05/2015</u>
Terza edizione	<u>06/05/2015</u>	<u>06/05/2015</u>

*N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento.*

### 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 SERD, Via dei Valenzani

Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) Cagliari/via dei Valenzani/snc – c/o SERD/ 09100



## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 60 Totale Partecipanti 180

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 0 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 type="checkbox"/> Psichiatria   |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria                   | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport                                     | <input type="checkbox"/> Psicoterapia  |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia                           | <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 checked="" 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 qualità e risk management

### Obiettivo formativo

La sicurezza del paziente

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Implementare un processo chiaramente definito per offrire un'informazione equilibrata ed esaustiva sull'atto sanitario da personale addestrato, con linguaggio comprensibile dal paziente. Addestrare il personale designato sull'implementazione delle procedure per l'assenso e il dissenso informato. Favorire l'espressione del proprio assenso o dissenso informato dei pazienti.

#### B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisizione di strumenti teorici e pratici per definire le linee di un modello di medicina della relazione che superi l'idea di una medicina d'organo e guardi all'unità del malato come Persona e stabilire i criteri di un modello integrato di collaborazione tra il medico, l'infermiere e gli altri operatori sanitari.

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisizione di competenze in grado di far comprendere le principali norme del Codice Etico di comportamento del medico e degli altri operatori e tracciare le linee fondamentali di un'Etica del Malato, in riferimento ai Diritti dei Cittadini e alla Carta dei Servizi Sanitari.

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

### Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome Rossi Nome Giovanna

Codice Fiscale RSSGNN54L51E425B Luogo di nascita La Maddalena Data di nascita 11/07/1954

Telefono 070 609.3336 Cellulare 348 0698319 Fax 070 609.2610 e-mail giovannarossi@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente Medico Competenze Clinical Risk Manager Aziendale

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Bernardini Nome Laura

Telefono 070 609.3893 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 070 609.3202 e-mail

laurabernardini@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: 00 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>00</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperti/ guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>03</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>01</u>	<u>00</u>

### 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) Personale di Segreteria e Assistenti d'aula

**FORMATORE/TUTOR n. 1**Ruolo Docente EsternoCognome Ragni Nome PietroCodice Fiscale RGNPTR57D07I123L Luogo di nascita San Paolo d'Enze (Reggio Emilia) Data di nascita 07/04/1957Telefono 0522 335410 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0522 335120 e-mail pietro.ragni@ausl.re.itQualifica Clinical Risk Manager AUSL Reggio EmiliaInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 012 Totale compenso € 975,00Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 Ore (D.P.R. 395/88)Numero Pasti 006 Totale spesa rimborso pasti € 166,41Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 003 Totale spesa pernottamento € 330,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 350,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome Garau Nome TullioCodice Fiscale GRATLL53P11B745S Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 11/09/1953Telefono 070 609.6433 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 070 609.6423 e-mailtullioqarau@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente PsicologoInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 012 Totale compenso € 43,05

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

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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. 3**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome Rossi Nome GiovannaCodice Fiscale RSSGNN54L51E425B Luogo di nascita La Maddalena Data di nascita 11/07/1954Telefono 070 609.3336 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 070 609.2610 e-mailgiovannarossi@asl8cagliari.it Qualifica Clinical Risk Manager AziendaleInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 012 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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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. 4**Ruolo Tutor Interno in orario di servizioCognome Scanu Nome StefanoCodice Fiscale SCNSFN56D07B354N Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 07/04/1956Telefono 070 609.6880 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 070 609.2610 e-mailstefanoscanu@asl8cagliari.it Qualifica Coadiutore amministrativoInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTOFascia retributiva di competenza e relativo importo Tutor Interno Comparto in orario di servizio € 5,64Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 012 Totale compenso € 67,68

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

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*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)	€ 1.085,73
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 330,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 166,41
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 350,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 350,00
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b>		<b>€ 2.282,14</b>

**Macrostruttura di appartenenza**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti                        | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco        |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi                    | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione    |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici                 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118                         | <input type="checkbox"/> P.O. Marino                 |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza                 | <input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico          |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe           |
| <input checked="" 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                |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze                        | <input type="checkbox"/> P.O. Businco                |

**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

<b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	GIOVANNA ROSSI
<b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico, Qualità e Risk Management Il Responsabile <i>Giovanna Rossi</i>

A