

Allegato "A"

259

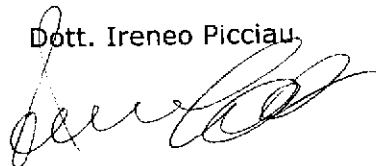
16 MAR. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
"Workshop provinciale per operatori di area critica. Dal trattamento del neuroleso alla donazione di organi. La donazione di organi come indicatore di qualità del management del grave neuroleso".

Il presente allegato è composto di 14 fogli,
di 14 pagine.

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *Workshop provinciale per operatori di area critica. Dal trattamento del neuroleso alla donazione di organi. La donazione di organi come indicatore di qualità del management del grave neuroleso* "

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

Congresso/simposio/convegno/seminario

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? SI

Se "SI" indicare la denominazione Centro Nazionale Trapianti

Numero di edizioni previste 1

| | Data Inizio | Data fine |
|------------------|--------------------|-------------------|
| Prima edizione | <u>20/03/2015</u> | <u>20/03/2015</u> |
| Seconda edizione | <u>/ /</u> | <u>/ /</u> |
| Terza edizione | <u>/ /</u> | <u>/ /</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 Aula Thun P.O. Microcitemico

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, Via Jenner, 1 - 09121

ASL8
NP.2015/6431 del 18/02/2015 ore 15,08
Mitt. P.O. Binaghi

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015



Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 60 Totale Partecipanti 60

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 20 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"/> 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 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 emergenza ed urgenza

Obiettivo formativo

Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione – trapianto

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Coinvolgimento dei diversi professionisti operanti nell'ambito dell'area critica nell'identificazione del potenziale donatore di organi

B - Acquisizione competenze di processo:

Coinvolgimento dei diversi professionisti operanti nell'ambito dell'area critica nell'identificazione del potenziale donatore di organi

C - Acquisizione competenze di sistema:

Coinvolgimento dei diversi professionisti operanti nell'ambito dell'area critica nell'identificazione del potenziale donatore di organi

** 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 Carcassi Nome Carlo

Codice Fiscale CRCCL54E14I452H Luogo di nascita Sassari Data di nascita 14/05/1954

Telefono 0706093172 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0706092936 e-mail carcassi@unica.it

Qualifica Direttore S.C. Genetica Medica e Coordinatore Regionale delle Attività di donazione e trapianto di organi, tessuti, e cellule Competenze Fare clic qui per immettere testo.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Carcassi Nome Carlo

Telefono 0706093172 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0706092936 e-mail carcassi@unica.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: 8 Minuti: 00

Metodologie didattiche

| Metodologie | Sigla | Ore | Minuti |
|---|-------|-----------|-----------|
| Lezioni Magistrali | LM | <u>01</u> | <u>00</u> |
| Serie di relazioni su tema preordinato | LRP | <u>04</u> | <u>00</u> |
| Tavole rotonde con dibattito tra esperti | TR | <u>02</u> | <u>00</u> |
| Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde") | CD | <u>00</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>01</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>00</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) Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE/TUTOR n. 1Ruolo Docente EsternoCognome Procaccio Nome FrancescoCodice Fiscale PRCFNC52P01F205P Luogo di nascita Milano Data di nascita 01/09/1952Telefono 0458343862 Cellulare 3355367507 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail francesco.procaccio@alice.it Qualifica Direttore UOC di Anestesia e Reparto di Terapia Intensiva NeurochirurgicaAzienda Universitaria Integrata di VeronaInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 004 Totale compenso € 400,00Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)Numero Pasti 001 Totale spesa rimborso pasti € 27,79Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 001 Totale spesa pernottamento € 110,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 320,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Docente EsternoCognome Carcassi Nome CarloCodice Fiscale CRCRCL54E14I452H Luogo di nascita Sassari Data di nascita 14/05/1954Telefono 0706093172 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0706092936 e-mail carcassi@unica.itQualifica Direttore S.C. Genetica Medica e Coordinatore Regionale delle Attività di donazione e trapianto di organi, tessuti, e celluleInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 001 Totale compenso Prestazione a titolo gratuito

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***FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Co-Docente EsternoCognome Carcassi Nome CarloCodice Fiscale CRCRCL54E14I452H Luogo di nascita Sassari Data di nascita 14/05/1954Telefono 0706093172 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0706092936 e-mail carcassi@unica.itQualifica Direttore S.C. Genetica Medica e Coordinatore Regionale delle Attività di donazione e trapianto di organi, tessuti, e celluleInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Co-Docente Esterno fascia unica € 25,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 002 Totale compenso Prestazione a titolo gratuito

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*

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Esterno
Cognome Pettinao Nome Paolo
Codice Fiscale PTTPLA43A10B354O Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 10/01/1943
Telefono 070496922 Cellulare 3388525758 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail ppettinao@gmail.com
Qualifica Presidente Regionale A.I.D.O. – Medico Rianimatore
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 001 Totale compenso € 100,00
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. 3

Ruolo Co-Docente Esterno
Cognome Pettinao Nome Paolo
Codice Fiscale PTTPLA43A10B354O Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 10/01/1943
Telefono 070496922 Cellulare 3388525758 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail ppettinao@gmail.com
Qualifica Presidente Regionale A.I.D.O. – Medico Rianimatore
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Co-Docente Esterno fascia unica € 25,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 002 Totale compenso € 50,00
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. 4

Ruolo Docente Esterno
Cognome Melis Nome Maurizio
Codice Fiscale MLSMRZ56T11B354M Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/12/1956
Telefono 070371733 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 070539640 e-mail mauriziomelis@aob.it
Qualifica Direttore Dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi di Cagliari – Direttore SC Neurologia e Stroke Unit AO Brotzu
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 001 Totale compenso € 100,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 00,00
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. 4

Ruolo Co-Docente Esterno
Cognome Melis Nome Maurizio
Codice Fiscale MLSMRZ56T11B354M Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/12/1956
Telefono 070371733 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 070539640 e-mail mauriziomelis@aob.it
Qualifica Direttore Dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi di Cagliari – Direttore SC Neurologia e Stroke Unit AO Brotzu
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Co-Docente Esterno fascia unica € 25,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 002 Totale compenso € 50,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)
Numero Pasti 001 Totale spesa rimborso pasti € 27,79
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 5

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Chirra Nome Cristiano
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Nuoro Data di nascita 14/08/1965
Telefono 0706095858 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0706095854 e-mail cristianochr@tiscali.it
Qualifica Medico del Reparto di Anestesia e Rianimazione Ospedale SS Trinità Cagliari
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Co-Docente Interno Dirigenza fuori orario di servizio € 10,25
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 001 Totale compenso Prestazione a titolo gratuito
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 00,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilità 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 Esterno
Cognome Floris Nome Francesco
Codice Fiscale FLRFNC54R30B354G Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 30/10/1954
Telefono 070531772 Cellulare 3288382322 Fax 070539624 e-mail franc.floris@tiscali.it Qualifica Dirigente Medico Neurochirurgo AO Brotzu
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 001 Totale compenso € 100,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)
Numero Pasti 001 Totale spesa rimborso pasti € 27,79
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

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

FORMATORE/TUTOR n. 6

Ruolo Co-Docente Esterno
Cognome Floris Nome Francesco
Codice Fiscale FLRFNC54R30B354G Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 30/10/1954
Telefono 070531772 Cellulare 3288382322 Fax 070539624 e-mail franc.floris@tiscali.it Qualifica Dirigente Medico
Neurochirurgo AO Brotzu
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Co-Docente Esterno fascia unica € 25,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 002 Totale compenso € 50,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 00,00
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. 7

Ruolo Docente Esterno
Cognome Piga Nome Francesca
Codice Fiscale PGIFNC77S68B354I Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 26/11/1977
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3480806558 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail francescapiga77@gmail.com Qualifica Dirigente Medico Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza AO Brotzu
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 001 Totale compenso € 100,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)
Numero Pasti 001 Totale spesa rimborso pasti € 27,79
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. 7

Ruolo Co-Docente Esterno
Cognome Piga Nome Francesca
Codice Fiscale PGIFNC77S68B354I Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 26/11/1977
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3480806558 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail francescapiga77@gmail.com Qualifica Dirigente Medico Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza AO Brotzu
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Co-Docente Esterno fascia unica € 25,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 002 Totale compenso € 50,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 00,00
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. 8Ruolo Docente EsternoCognome Loi Nome AngelaCodice Fiscale LOINGL59E43H118P Luogo di nascita Quartu Sant'Elena Data di nascita 03/05/1959Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3475975416 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail angelaloi@aob.it Qualifica Dirigente Medico Rianimazione e Terapia Intensiva AO BrotzuInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 001 Totale compenso € 100,00Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 00,00Pernottamento 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. 9**Ruolo Co-Docente EsternoCognome Serci Nome TizianaCodice Fiscale SRCTZN56H46B354K Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 06/06/1956Telefono 070302359 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 070302359 e-mail tserci@aslcarbonia.itQualifica Direttore SC Anestesia e Rianimazione P.O. Sirai CarboniaInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Co-Docente Esterno fascia unica € 25,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 002 Totale compenso € 50,00Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 00,00Pernottamento 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. 10**Ruolo Co-Docente EsternoCognome Pilloni Nome RitaCodice Fiscale PLLRTI68S67B354H Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 27/11/1968Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3284958703 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail ritapilloni@ymail.com Qualifica Risk Manager c/o Regione Autonoma della SardegnaInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Co-Docente Esterno fascia unica € 25,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 002 Totale compenso € 50,00Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 00,00Pernottamento 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. 11Ruolo Docente EsternoCognome Zidda Nome Elena

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3293110767 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail elenazidda@gmail.com Qualifica Direttore Reparto di Anestesia e Rianimazione Ospedale San Francesco - NuoroInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 002 Totale compenso € 200,00Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 00,00Pernottamento 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. 12**Ruolo Docente EsternoCognome D'Aloja Nome Ernesto

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail ernestodalaja@gmail.com Qualifica Medico Legale dell'Università degli Studi di CagliariInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 002 Totale compenso A titolo gratuitoSpese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 00,00Pernottamento 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. 12**Ruolo Co-Docente EsternoCognome D'Aloja Nome Ernesto

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail ernestodalaja@gmail.com Qualifica Medico Legale dell'Università degli Studi di CagliariInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Co-Docente Esterno fascia unica € 25,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 002 Totale compenso A titolo gratuitoSpese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 00,00Pernottamento 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. 13Ruolo Docente EsternoCognome Iasiello Nome Giuseppe

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail giasiello@tiscali.it Qualifica Direttore S.C. Centrale Operativa 118 Sud SardegnaInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 001 Totale compenso € 100,00Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)Numero Pasti 001 Totale spesa rimborso pasti € 27,79Pernottamento 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***FORMATORE/TUTOR n. 14**Ruolo Co-Docente EsternoCognome Iasiello Nome Giuseppe

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail giasiello@tiscali.it Qualifica Direttore S.C. Centrale Operativa 118 Sud SardegnaInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Co-Docente Esterno fascia unica € 25,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 002 Totale compenso € 50,00Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 00,00Pernottamento 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) | € 1.550,00 |
| B | Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti) | € 110,00 |
| C | Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti) | € 138,95 |
| D | Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti) | € 320,00 |
| E | Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti) | € 0,00 |
| F | Stima costi accreditamento ECM | € 172,15 |
| Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) | | € 2.291,10 |

Macrostruttura di appartenenza

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

Dichiarazione ai sensi 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

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p> | <p>CARLO CARCASSI</p> |
| <p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p> |  |