

# Allegato "A"

261

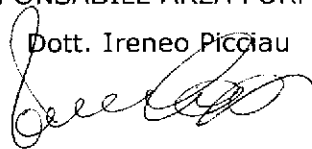
16 MAR. 2015

Preso d'atto autorizzazione partecipazione corso di perfezionamento fuori sede **"Il sistema DRG - dalla cartella clinica al finanziamento dei ricoveri"** dei dipendenti dott. Vincenzo Serra e dott.ssa Rina Bandinu.

Il presente allegato è composto di n. <sup>9</sup>...fogli,  
di n. <sup>9</sup>... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



### Richiesta di aggiornamento <sup>40</sup> facoltativo individuale

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.**

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 3 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"

#### 1. Limite di spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

FUORI BUDGET DA IMPUTARE  
PROGETTO 201406

Indicare l'importo massimo rimborsabile sulla base della stima di spesa: € \_\_\_\_\_

ATTENZIONE: la compilazione è a cura del responsabile di budget, che dichiara che l'importo massimo rimborsabile sopraindicato rientra nel budget assegnato alla struttura.

#### 2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a VINCENZO SERRA  
Nato a CAGLIARI il (gg/mm/aaaa) 23-06-1966  
Residente in VIA SCANO 28, CAGLIARI  
Matricola 52061  
Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale Programmazione e Concorso di Gestione (U.O.C.)  
Indirizzo di lavoro Via Pier della Francesca 1, Selargius  
Posizione funzionale Dirigente Analista  
Qualifica \_\_\_\_\_  
Telefono/cellulare 3284958696 e-mail vincenzoserra@asl8cagliari.it  
Area contrattuale \_\_\_\_\_

- Comparto
- Dirigenza Medica e Veterinaria
- Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: Selargius Data (gg/mm/aaaa): 04/11/2014

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) VINCENZO SERRA

Firma (leggibile) Vincenzo Serra

**3. Dati dell'attività formativa**

Titolo: Il sistema DCA. Dalla cartella clinica al finanziamento dei Craveri

Sede: Apsia-Formazione, Via Paganini 9 Cagliari

Data: da (gg/mm/aaaa) 14/11/2014 a (gg/mm/aaaa) 14/11/2014

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 800

Organizzatore: Consorzio Medicate

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: Via Portobello 14, Sest. Levante (GE)

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 07313621001

Attività ECM?  Si |  No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: \_\_\_\_\_

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: \_\_\_\_\_

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:  Sì |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

**4. Stima di spesa**

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

- Iscrizione: € 160,00
  - Viaggio: € \_\_\_\_\_
  - ~~Rimborso uso auto<sup>1</sup>:~~ € \_\_\_\_\_ (indicare i KM) NON RIMBORSABILE
  - Albergo: € \_\_\_\_\_
  - Pasti: € \_\_\_\_\_
  - Altre spese: € \_\_\_\_\_
- Totale spesa presunta: € 160,00

Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste: % 100

<sup>1</sup> L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

**PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

**(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)**

**TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA**

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

I contenuti del corso sono fondamentali per lo svolgimento  
dell'attività relativa al progetto 2014.06 sul quale verrà  
imputato il costo di iscrizione.

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: Selargius

Data (gg/mm/aaaa): 06/11/2014

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura  
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

VINCENZO SERRA

Timbro e firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura  
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

**U.O.C. Programmazione  
e Controllo di gestione**

**RESPONSABILE  
Dott. Vincenzo Serra**

### Richiesta di aggiornamento <sup>facoltativo</sup> individuale

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.**

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 3 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"

#### 1. Limite di spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

FUORI BUDGET DA IMPUTARE  
PROGETTO N. 201406

Indicare l'importo massimo rimborsabile sulla base della stima di spesa: € \_\_\_\_\_

ATTENZIONE: la compilazione è a cura del responsabile di budget, che dichiara che l'importo massimo rimborsabile sopraindicato rientra nel budget assegnato alla struttura.

#### 2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a

Nato a

RINA BANDINU

il (gg/mm/aaaa)

NUORO

03/06/1979

Residente in

Selargius, via Bruno Buozzi 9

Matricola

53067

Dipartimento, struttura

complessa, struttura

semplice dipartimentale

U.O.C. Programmazione e Controllo

Indirizzo di lavoro

Via Pier della Francesca 1, Selargius

Posizione funzionale

Collaboratore Amministrativo Professionista

Qualifica

Telefono/cellulare

393016028

e-mail

rnebandinu@asl8cagliari.it

Area contrattuale

Comparto

Dirigenza Medica e Veterinaria

Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: Selargius

Data (gg/mm/aaaa): 04/11/2014

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) RINA BANDINU

Firma (leggibile) Rina Bandinu

**3. Dati dell'attività formativa**

Titolo: IL SISTEMA DRC. DALLA CARTELLA CLINICA AL FINANZIAMENTO DEI CUREX

Sede: APSA - FORMAZIONE, VIA PAGONI 9 CAGLIARI

Data: da (gg/mm/aaaa) 14/11/2014 a (gg/mm/aaaa) 14/11/2014

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 800

Organizzatore: Consorzio Medicares

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: Via Pacinobello 14, Sest. Levante (CA)

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 07313611001

Attività ECM?  Si |  No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: \_\_\_\_\_

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: \_\_\_\_\_

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:  Sì |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

**4. Stima di spesa**

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

- **Iscrizione:** € 160,00
- **Viaggio:** € \_\_\_\_\_
- ~~**Rimborso uso auto<sup>1</sup>:**~~ € \_\_\_\_\_ (indicare i KM) NON RIMBORSABILE
- **Albergo:** € \_\_\_\_\_
- **Pasti:** € \_\_\_\_\_
- **Altre spese:** € \_\_\_\_\_

Totale spesa presunta: € 160,00

Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste: % 100

<sup>1</sup> L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

**PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

**(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)**

**TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA**

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

I contenuti del corso sono fondamentali per lo svolgimento  
dell'attività relativa al progetto 2014/06 sul quale viene  
imputato il costo di iscrizione

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: Selargius

Data (gg/mm/aaaa): 04/11/2014

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura  
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

VINCENZO SERRA

Timbro e firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura  
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

U.O.C. Programmazione  
e Controllo di gestione

**RESPONSABILE**  
**Dot. Vincenzo Serra**



# **Il Sistema DRG** (Diagnosis Related Group). **Dalla cartella clinica al** **finanziamento dei ricoveri.**

10,8 crediti ECM riconosciuti per tutte le professioni  
**Cagliari 14 novembre 2014**

## **Obiettivo del corso e target**

**Il sistema Diagnosis Related Groups (DRG)** tradotto in italiano Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi è un sistema nato negli Stati Uniti intorno agli anni settanta/ottanta come sistema di valutazione dell'efficienza degli Ospedali per acuti.

E' costruito sulla base delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e definisce nella versione attualmente in uso in Italia 503 categorie di eventi ricovero che risultino omogenee e clinicamente significative in riferimento alle risorse utilizzate (Mediche, assistenziali diagnostiche). Tale sistema è per questo definito "Isorisorse" in quanto valuta le risorse "spese" durante il ricovero e non la gravità della patologia del singolo paziente.

## **Il Corso Le modalità di finanziamento dei ricoveri Ospedalieri: il**

**Sistema DRG** si prefigge di fornire ai partecipanti un insieme di nozioni di carattere culturale e soprattutto una serie di strumenti operativi che permetteranno ai vari operatori sanitari di intervenire in modo autonomo e professionale in settori quali:

Il Controllo di gestione, L'ufficio Qualità, l'ufficio accettazione Ricoveri e controllo sdo/drg.

Questo Corso di base può essere aperto a tutte le professioni sanitarie e per personale amministrativo che opera nei settori legati ai ricoveri ospedalieri .

**Durata complessiva del corso: 8 ore**

## **PROGRAMMA**

- Ore 09.00 Il Sistema di finanziamento dei ricoveri ospedalieri  
Cartella Clinica come strumento di finanziamento:  
-il sistema di classificazione ICD9 CM  
-dalla SDO al DRG  
-codifiche di diagnosi e prestazioni  
-gli eventi sentinella  
-i DRG anormali
- Ore 11.00 Pausa
- Ore 11.15 La diagnosi principale  
Le diagnosi secondarie  
L'intervento principale  
Le procedure secondarie  
Il Grouper- Software gestionale
- Ore 12.30 Esercitazione pratica
- Ore 13.00 Pausa pranzo



- Ore 14.00 Linee guida sulla codifica SDO  
Il sistema di controllo interno  
Controllo di qualità della cartella clinica:  
-il sistema di controllo delle cartelle cliniche da parte dell'ASL
- Ore 17.00 Lavoro di gruppo
- Ore 17.45 Compilazione questionario di apprendimento/gradimento

### **Ore 18.00 Termine lavori**

#### **Docente**

**Angelo Bellini** Componente del NIC – Nucleo Interno di Controllo Direzione Sanitaria Aziendale. FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO MILANO Controllo SDO/DRG e documentazione sanitaria - Formazione del personale - Già componente del Nucleo Operativo di Controllo ASL Provincia di Cremona

#### **NOTE ORGANIZZATIVE ED AMMINISTRATIVE**



Il corso si svolgerà a Cagliari presso l'Associazione APSIA-Linea Formazione, in via Paganini 9.

#### **Quota di partecipazione**

La quota di partecipazione e' fissata in € **160,00** (centosessanta/00) **ed è esente IVA per tutti**, sia Enti pubblici che privati, persone fisiche o giuridiche. La somma

comprende il materiale didattico e il coffee break.

Il pagamento dovrà avvenire tramite bonifico bancario sul conto corrente 000100333860 intestato a Consorzio MedICare, UNICREDIT Banca, Agenzia di Cremona, in Via Vecchio Passeggio 2, **IBAN IT67B0200811406000100333860** .

Il pagamento della quota dovrà precedere la data di realizzazione del corso nei termini previsti, in questo caso il **termine è fissato entro il 30 ottobre 2014**. Qualora ciò non fosse possibile è necessario che l'ente di appartenenza del partecipante invii a questa direzione autorizzazione ad emettere fattura con l'impegnativa al pagamento. Qualora il corso non potesse svolgersi per cause indipendenti dalla volontà del Consorzio, ma comunque impedenti la sua realizzazione, le somme versate verranno in toto restituite.

Nel caso invece fosse il partecipante a ritirarsi per impedimenti intervenuti nel frattempo, la somma non verrà restituita ma permane il diritto ad utilizzarla per altra iniziativa di pari valore. **QUALORA IL RITIRO AVVENGA DOPO IL 30 ottobre IL PARTECIPANTE O L'ENTE DI APPARTENENZA SONO TENUTI UGUALMENTE A VERSARE LA QUOTA, PERMANENDO IL DIRITTO AD UTILIZZARLA PER EVENTI DI PARI VALORE. LA FIRMA APPOSTA IN CALCE ALLA SCHEDA VALE QUALE ACCETTAZIONE DELLE CLAUSOLE SOPRA SCRITTE.**