

Allegato "A"

1013

25 SET, 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
**"L'organizzazione dei processi e dei
percorsi assistenziali nella casa della
salute".**

Il presente allegato è composto di n. ¹⁰.....fogli,
di n. ¹⁰ pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Alla c.a. del Responsabile Area Formazione
Dott. I. Picciau

ASL8

NP/2015/ 0023714 del 21/07/2015 ore 15,36

Mittente : DISTRETTO 3 - Quartu-Parteolla

Assegnatario Area Formazione

Classifica : 1.5.7.



Oggetto : Invio richiesta attivazione corso formativo approvato con delibera 1763 del 04/12/2014

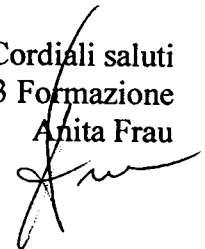
“L'organizzazione dei processi e dei percorsi assistenziali nella casa della salute”

In allegato i seguenti documenti:

1. *Scheda attivazione progetto*
2. *Richiesta Preventivo*
3. *Preventivo spese firmato dei docenti (N° 2 documenti)*
4. *Accettazione d'incarico e assenza di conflitto d'interesse da parte dei docenti, tutor e responsabile scientifico (n° 4 documenti)*
5. *Curriculum datato e firmato del Docente Dott. Maciocco e copia richiesta inserimento in albo formatori*

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	24 LUG. 2015	
PRESA IN CARICO		

Cordiali saluti
Referente Distretto 3 Formazione
Anita Frau



Richiesta Attivazione Progetto Formativo ResidenzialeTitolo del Progetto: " *L'organizzazione dei processi e dei percorsi assistenziali nella casa della salute* "Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? **SI**
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostanteCorsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeuticiL'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 € 000,00Il 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	08/10/2015	06/11/2015
Seconda edizione	/ /	/ /
Terza 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.**Sede di svolgimento**Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? **NO****N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.**

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede Fare clic qui per immettere testo.**Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap)** Fare clic qui per immettere testo.

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 45 Totale Partecipanti 45

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 10 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cardiologia | <input checked="" type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input checked="" type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Geriatria | <input checked="" type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input checked="" type="checkbox"/> Oncologia | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input checked="" type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input checked="" 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 metodologica

Obiettivo formativo

Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Attivazione di strumenti partecipativi ed innovativi per l'integrazione dell'attività dei professionisti a sostegno della costruzione di percorsi assistenziali

B - Acquisizione competenze di processo:

Attivazione di strumenti partecipativi ed innovativi per l'integrazione dell'attività dei professionisti a sostegno della costruzione di percorsi assistenziali

C - Acquisizione competenze di sistema:

A) Vincoli e risorse per la costruzione di modelli organizzativi dei percorsi assistenziali:

- mission regionale e aziendale case della salute
- contesto socio-geografico ed economico
- organizzazione aziendale
- riforma sanitaria regionale

B) Analisi condivisa del sistema organizzativo attuale in ambito distrettuale

* 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 Frau Nome Anita

Codice Fiscale franta60s60b354k Luogo di nascita cagliari Data di nascita 20/11/1960

Telefono 070/6097408 Cellulare 3495740294 Fax 070/6097413 e-mail anitafrau@asl8cagliari.it

Qualifica dirigente medico Competenze PROJECT MANAGEMENT
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA, PROJECT PLANNING, PROMOZIONE PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONI DI
PROGETTI DI AGGIORNAMENTO, CONDUZIONI DI GRUPPI, ANALISI E SOLUZIONI ORGANIZZATIVE
ESPERIENZA DI PROGETTAZIONE E SUPERVISIONI DELLA PROGETTAZIONE SOCIOSANITARIA IN AMBITO ASL

Referente della segreteria organizzativa

Cognome mezzorani Nome maurizio

Codice Fiscale mzzmrz54s10h974e Telefono 0706097244 Cellulare 3928185734 Fax 0706097413 e-mail maurziomezzorani@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: 28 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>15</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>4</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>4</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>5</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.

4

FORMATORE/TUTOR n. 1Ruolo Docente EsternoCognome Gruppioni Nome VinicioCodice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita molinella (bo) Data di nascita 31/12/1955Telefono 0547/317994 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail gruppioni@studiogm.it Qualifica ESPERTO DI ANALISI ORGANIZZATIVA E DI CONTROLLO DI GESTIONE

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 7 Totale compenso € 2175,00+IVASpese 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 4 Totale spesa rimborso pasti € 111,16Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 7 Totale spesa pernottamento € 220,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 600,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Docente EsternoCognome Maciocco Nome GavinoCodice Fiscale MCCGVN42A26D612D Luogo di nascita firenze Data di nascita 26/01/1942Telefono 0554598935 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica docente universitario

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 7 (4 di docenza e 3 di codocenza) Totale compenso € 475,00 + ivaSpese 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 1 Totale spesa rimborso pasti € 27,69Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 160,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 260,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 3**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome Frau Nome AnitaCodice Fiscale Franta60s60b354k Luogo di nascita cagliari Data di nascita 20/11/1960Telefono 0706097408 Cellulare | Fax 0706097413 e-mail anitafrau@asl8cagliari.it Qualifica dirigente medico psicoterapiaInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

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 € 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*

TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Mezzorani Nome Maurizio

Codice Fiscale MZZMRZ54S10H974E Luogo di nascita cagliari Data di nascita 10/11/1954

Telefono 0706097408 Cellulare ... Fax 0706097413 e-mail mauriziomezzorani@asl8cagliari.it Qualifica

Fisioterapista

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

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 € 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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

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

1

2

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? Sì No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€3355,0
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€370,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 137,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 896,00
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)	€ 370,44
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 5.128,44

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input checked="" 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 type="checkbox"/> P.O. Binaghi
<input type="checkbox"/> P.O. Businco |
|---|---|

4

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

<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 style="text-align: center;">Il Responsabile ff UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla (Dr. Vitale Puddu)</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	

10