

1014
25 SET. 2015

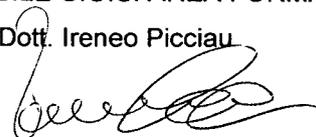
Allegato "A"

**Approvazione Progetto Formativo Aziendale
"Audit clinico e/o assistenziale. Infezioni correlate
all'assistenza: elaborazione di un bundle per la prevenzione
delle Ventilator-Associated Pneumoniae (VAP)"**

Il presente allegato è composto
di n. 11 fogli, di n. 11 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Prot. n° 2344 /DS/MRF

Cagliari, 09.09.15

ASL8
Prot. 2015/99897 del 16/09/2015 ore 10:14
Mitt.: ADDIS MARIA TERESA -DIREZ. SANITA...
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 236 del 2015

Dott. Ireneo Picciau
Responsabile Area Formazione ASL Cagliari

Sede



Oggetto: Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale: "Audit clinico e/o assistenziale: Infezioni correlate all'assistenza: elaborazione di un bundle per la prevenzione della Ventilator-Associated Pneumoniae (VAP)"

invio, in allegato, la richiesta di attivazione del corso in oggetto firmata e debitamente compilata in ogni sua parte, il programma, il questionario, le schede di indicazione di scelta del docente e assenza di conflitto di interesse e i curricula.

L'occasione è gradita per inviare i più cordiali saluti

Dottorssa Maria Teresa Addis
Direttore Sanitario
Ospedale Businco

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *Audit clinico e/o assistenziale*" *Infezioni correlate all'assistenza: elaborazione di un bundle per la prevenzione delle Ventilator-Associated Pneumoniae (VAP) "*

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

Corso di aggiornamento

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

È previsto l'uso della sola lingua italiana? NO

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 3

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	<u>19/10/2015</u>	<u>19/10/2015</u>
Seconda edizione	<u>21/10/2015</u>	<u>21/10/2015</u>
Terza edizione	<u>23/10/2015</u>	<u>23/10/2015</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 Sala Conferenze Ospedale Businco

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) via Jenner sn 09121 Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 25 Totale Partecipanti 75

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. Fare clic qui per immettere testo.
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

Progetto Formativo

Area tematica

Area qualità e risk management

Obiettivo formativo

Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebn – ebn – ebp)

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

promuovere la cultura della sorveglianza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza presentando il progetto di lavoro "prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni attraverso il miglioramento delle ratiche assistenziali nella rianimazione dell'Ospedale Businco". Fornire gli strumenti metodologici utili alla gestione del problema delle infezioni nell'unità operativa, fornire gli strumenti organizzativi necessari per introdurre nella pratica clinica le tecniche di prevenzione

B - Acquisizione competenze di processo:

Offrire evidenze scientifiche nell'ambito della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza di pazienti critici necessarie a modificare la pratica assistenziale con particolare riferimento alla prevenzione delle polmoniti da ventilazione (VAP)

C - Acquisizione competenze di sistema:

in un contesto così articolato si rende necessario assicurare la massima attenzione rispetto alla gestione delle attività, allo scopo di garantire qualità e sicurezza delle cure. Per tale motivo si rende necessario uniformare le conoscenze di tutto il personale coinvolto nel processo clinico e assistenziale affinché si consolidi l'organizzazione di una rete di professionisti capaci di integrarsi, non solo all'interno del gruppo di lavoro ma anche con gli altri servizi sanitari e dislocati sul territorio regionale

** 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 Galbiati Nome Rita

Codice Fiscale GLBRTI57H43E281A Luogo di nascita IGLESIAS Data di nascita 03/06/1957

Telefono 0706095347 Cellulare 3935413800 Fax 0706095352 e-mail rita.galbiati@aob.it

Qualifica Dirigente Medico Competenze Anestesia e Rianimazione

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Faedda Nome Maria Rosa

Telefono 0706095445 Cellulare 3393551858 Fax 070521350 e-mail mariarosafaedda@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	4	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	0	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	1	00
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	1	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	00	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	2	00
Role - Playing	RP	1	00

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)

Handwritten mark

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. 1

Ruolo Co-Docente Interno in orario di servizio
Cognome Congiu Nome Valeria
Codice Fiscale CNGVLR66R67Z112C Luogo di nascita Lauffen Am Neckar Data di nascita 27/10/1966
Telefono 07052965347 Cellulare 3397052311 Fax 07052965352 e-mail valeria.congiu@aob.it Qualifica Infermiere
presso Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Oncologico
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
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 Fare clic qui per immettere testo. Totale spesa rimborso pasti € 0,00
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. 2

Ruolo Co-Docente Interno in orario di servizio
Cognome Faedda Nome Maria Rosa
Codice Fiscale FDDMRS65T71G113M Luogo di nascita ORISTANO Data di nascita 31/12/1965
Telefono 070529695445 Cellulare 3393551858 Fax 070521350 e-mail maria.faedda@aob.it Qualifica Infermiere
Addetto alle Infezioni presso l'Ospedale Oncologico
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
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 Fare clic qui per immettere testo. Totale spesa rimborso pasti € 0,00
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 Interno in orario di servizio
Cognome Galbiati Nome Rita
Codice Fiscale GLBRTI57H43E281A Luogo di nascita Iglesias Data di nascita 03/06/1957
Telefono 07052965347 Cellulare 3935413800 Fax 0706095352 e-mail rita.galbiati@aob.it Qualifica Dirigente
Medico Anestesia e Rianimazione presso l'Ospedale Oncologico
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 0 Totale compenso € 000,00
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 0 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 0 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 Interno in orario di servizio
 Cognome Macis Nome Paola
 Codice Fiscale MCSPLA67S46B354W Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 06/11/1967
 Telefono 0706095347 Cellulare 3358388212 Fax 0706095352 e-mail paola.macis@aob.it Qualifica Dirigente
Medico Anestesia e Rianimazione presso l'Ospedale Oncologico
 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 0 Totale compenso € 000,00
 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 0 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 0 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. 5

Ruolo Co-Docente Interno in orario di servizio
 Cognome Orrù Nome Antonino
 Codice Fiscale RRONNN55M09B354F Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 09/08/1955
 Telefono 07052965375 Cellulare 3391896879 Fax 070521350 e-mail antonino.orrù@aob.it Qualifica Dirigente
Medico Laboratorio Analisi Ospedale Oncologico
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
 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 Fare clic qui per immettere testo. Totale spesa rimborso pasti € 0,00
 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 Co-Docente Interno in orario di servizio
 Cognome Pinna Nome Donatella
 Codice Fiscale PNNDTL69B44H547M Luogo di nascita Rondissone Data di nascita 04/02/1969
 Telefono 0706095347 Cellulare 3408665703 Fax 0706095352 e-mail donatella.pinna@aob.it Qualifica Infermiere
presso Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Oncologico
 Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
 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 Fare clic qui per immettere testo. Totale spesa rimborso pasti € 0,00
 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. 7Ruolo Co-Docente Interno in orario di servizioCognome Zedda Nome CatiaCodice Fiscale ZDDCTA72C50A368H Luogo di nascita San Nicolò d'Aarcidano Data di nascita 10/03/1972Telefono 0706095347 Cellulare 3497800998 Fax 0706095352 e-mail catia.zedda@aob.it Qualifica Infermiere presso Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale OncologicoInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00Spese 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 Fare clic qui per immettere testo. Totale spesa rimborso pasti € 0,00Pernottamento 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 n. 8**Ruolo Co-Docente Interno in orario di servizioCognome Argiolas Nome FedericoCodice Fiscale RGLFRC69H06B354H Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 06/06/1969Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3383924028 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Commissario straordinario asl LanuseiInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00Spese 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 Fare clic qui per immettere testo. Totale spesa rimborso pasti € 0,00Pernottamento 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? Sì No**Riepilogo voci di spesa del corso**

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità Spese pasti Spese pernottamento/i (relative a tutte le edizioni)	€ 0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 189,37
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)		€ 189,37

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 type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input type="checkbox"/> DASS Accredimento 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 checked="" 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

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	MARIA TERESA ADDIS 
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	AZIENDA U.S.L. N° 6 CAGLIARI P.O. "A. BUSINCO" DIRIGENTE SANITARIO Dott.ssa M. TERESA ADDIS

4