ASLCagliari

Allegato "A"

1062
- 7 OTT. 2015

Approvazione Evento Formativo Aziendale:
"L'utilizzo della metodica CGH-Array nella diagnostica prenatale e postnatale".

Il presente allegato è composto da n° 9 fogli di n° 9 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

EVENTO FORMATIVO 30 SETTEMBRE 2015
"L'UTILIZZO DELLA METODICA CGH ARRAY NELLA DIAGNOSTICA PRENATALE E POSTNATALE"

Documentazione presentata

1. Richiesta attivazione progetto
2. Indicazione di scelta del docente e assenza di conflitto di interessi
3. Accettazione incarico e preventivo spese dei due docenti + resp. scientifico
4. Questionario di verifica dell'apprendimento con e senza risposte
5. Programma scientifico dell'evento

Cordiali saluti

ASL n. 8 - P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI
S.C. GENETICA MEDICA
Dr.ssa Roberta Murru
Matr. N. 52937

Cagliari 27.07.2015

Referente Area Formazione
Dr Roberta Murru 0706092852
Laboratorio di Citogenetica
SC Genetica Medica
PO Binaghi

ASL8
Prot. 2015/85596 del 04/08/2015 ore 07,29
Mitt.: MURRU ROBERTA
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 232 del 2015

2

ASLCagliari

Servizio Proponente GENETICA MEDICA

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: *" L'utilizzo della metodica CGH-Array nella diagnostica prenatale e postnatale "*

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? NO

Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.

Numero di edizioni previste 1

	Data Inzio	Data fine
Prima edizione	30/09/2015	30/09/2015
Seconda edizione	/ /	/ /
Terza edizione	/ /	/ /

4

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 Direzione Generale Asl 8 – Sala Arancioi

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Selargius / Via Piero della Francesca, 1

3

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 70 **Totale Partecipanti** 70

☐Riservato agli operatori del Servizio proponente - ☐Aperto a n.20operatori di altri Servizi ASL

☐Aperto a n.20operatori di altre ASL - ☐Aperto a n.0operatori 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:

- ☐ *Allergologia ed immunologiaClinica*
- ☐ *Anatomia Patologica*
- ☐ *Anestesia e Rianimazione*
- ☐ *Angiologia*
- ☐ *Audiologia e Foniatria*
- ☐ *Cardiochirurgia*
- ☐ *Cardiologia*
- ☐ *Chirurgia Generale*
- ☐ *Chirurgia Maxillo - Facciale*
- ☐ *Chirurgia Pediatrica*
- ☐ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*
- ☐ *ChirurgiaVascolare*
- ☐ *Continuità Assistenziale*
- ☐ *Dermatologia e Venereologia*
- ☐ *Ematologia*pediatrico
- ☐ *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*
- ☐ *Farmacologia e Tossicologia Clinica*
- ☐ *Gastroenterologia*
- ☐ *GeneticaMedica*
- ☐ *Geriatria*
- ☐ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione*
- ☐ *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*
- ☐ *Laboratorio di Genetica Medica*
- ☐ *Malattie dell'apparato respiratorio*
- ☐ *Malattie Infettive*
- ☐ *Medicina Aeronautica e Spaziale*
- ☐ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro*
- ☐ *Medicina dello Sport*
- ☐ *Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza*
- ☐ *Medicina Generale (medici di famiglia)*
- ☐ *Medicina Interna*
- ☐ *Medicina Legale*
- ☐ *Medicina Nucleare*
- ☐ *Medicina Termale*
- ☐ *Microbiologiae Virologia*
- ☐ *Nefrologia*
- ☐ *Neonatologia*
- ☐ *Neurochirurgia*
- ☐ *Neurofisiopatologia*
- ☐ *Neurologia*
- ☐ *Neuropsichiatria Infantile*
- ☐ *Neuroradiologia*
- ☐ *Oftalmologia*
- ☐ *Oncologia*
- ☐ *Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base*
- ☐ *Ortopedia e Traumatologia*
- ☐ *Otorinolaringoiatria*
- ☐ *Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia)*
- ☐ *Pediatria*
- ☐ *Pediatria (Pediatri di LiberaScelta)*
- ☐ *Psichiatria*
- ☐ *Psicoterapia*
- ☐ *Radiodiagnostica*
- ☐ *Radioterapia*
- ☐ *Reumatologia*
- ☐ *Scienza dell'Alimentazione e Dietetica*
- ☐ *Urologia*
- ☐ *Ginecologia e Ostetricia*
- ☐ *Malattie Metaboliche e Diabetologia*
- ☐ *Biochimica Clinica*
- ☐ *Chirurgia Toracica*
- ☐ *Endocrinologia*
- ☐ *Medicina fisica e riabilitazione*
- ☐ *Medicina Trasfusionale*
- ☒ Tutte le discipline

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 specialità mediche

Obiettivo formativo

Contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica

Finalità*

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisire di maggiori competenze nell'utilizzo della metodica CGH array di recente introduzione nella diagnostica genetica

B - Acquisizione competenze di processo:

Inserimento coerente della nuova metodica CGH array nei percorsi diagnostico assistenziali del laboratorio in ambito prenatale e postnatale

C - Acquisizione competenze di sistema:

Verificare i criteri di appropriatezza della metodica rispetto alle altre possibilità diagnostiche. Sviluppare flow-chart condivise con gli altri professionisti del settore (genetista clinico, ginecologo, etc.)

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

Responsabile scientifico nel progetto

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

CognomeCARCASSI NomeCARLO
Codice FiscaleCRCCRL54E14I452HLuogo di nascita SassariData di nascita 14/05/1954
Telefono 0706093172Cellulare Fare clic qui per immettere testo.Fax 0706092936 e-mail carcassi@unica.it
Qualifica DIRETTORE SC GENETICA MEDICA Competenze Fare clic qui per immettere testo.

Referente della segreteria organizzativa

CognomeMURRU NomeROBERTA
Codice Fiscale MRRRRT62R41B354ITelefono 0706092853Cellulare 3924360171Fax 0706092853 e-mail robertamurru62asl8cagliari.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:**08 **Minuti:**00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	**LM**	4	00
Serie di relazioni su tema preordinato	**LRP**	00	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	**TR**	00	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	**CD**	00	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	**DTSED**	02	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	**PPCC**	02	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**	0	00
Role - Playing	**RP**	00	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)*

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 Docente Esterno
Cognome Gentile Nome Mattia
Codice Fiscale GNTMTT65R10A662N Luogo di nascita Bari Data di nascita 10/10/1965
Telefono 0805019655 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0805015002 e-mail mattiagentile@libero.it
Qualifica Dirigente Medico I livello
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 002 Totale compenso € 200,00
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 002 Totale spesa pernottamento € 220,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 190,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Esterno
Cognome Fichera Nome Marco
Codice Fiscale FCHMRC62M17C351R Luogo di nascita Catania Data di nascita 17/08/1962
Telefono 0957124325 Cellulare 3358315823 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail marco.fichera@unict.it
Qualifica Dirigente Biologo
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 002 Totale compenso € 200,00
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 001 Totale spesa pernottamento € 110,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 300,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Scegliere un elemento.
Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.
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 Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
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 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

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)	€ 400,00
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)	€ 55,80
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 490,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 100,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 172,15
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)	**€ 1.547,95**

Macrostruttura di appartenenza

☐ Coordinamento distretti
☐ D.A. Servizi amministrativi
☐ D.A. Servizi tecnico logistici
☐ Centrale Operativa 118
☐ Dipartimento Emergenza Urgenza
☐ Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
☐ D.G. Staff
☐ DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
☐ Dipartimento Dipendenze
☐ Dipartimento Farmaco
☐ Dipartimento Prevenzione
☐ Dipartimento Salute Mentale
☐ P.O. Marino
☐ P.O. Microcitemico
☐ P.O. San Giuseppe
☐ P.O. San Marcellino
☐ P.O. Santissima Trinità
☒ P.O. Binaghi
☐ 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

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	CARLO CARCASSI
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	ASL N. 8 - P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI *GENETICA MEDICA* *Prof. Carlo Carcassi* *Matricola N. 5556*

9