ASLCagliari

1354
22 DIC. 2015

Allegato "A"

Approvazione Progetti Formativi Residenziali: **"Posta Elettronica Aziendale" - "Home automation office Collaborazione e Integrazione"**

Il presente allegato è composto da n° 16 fogli di n° 16 pagine

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

ASLCagliari

Distretto 1 Cagliari Area Vasta
U.O.C. Cure Primarie

ASL8
NP.2015/35053 del 26/11/2015 ore 10.32
Mitt.: Cure Primarie
Ass.: Area Formazione
Class.: 2 Fasc.: 156 del 2015

Al Responsabile Area Formazione
Via Piero della Francesca, 1

Oggetto: trasmissione schede di 2 Progetti Formativi Residenziali

Con la presente si trasmette la scheda di Attivazione Progetto Formativo Residenziale per il corso "Home Automation Office Collaborazione e Integrazione" e la scheda di Attivazione Progetto Formativo Residenziale per il corso "Posta Elettronica Aziendale" rivolti al personale dipendente di questa struttura. Le schede sono state compilate in ogni loro parte.
Si ringrazia per la cortese collaborazione e si porgono distinti saluti

Il Direttore
Dott Antonello Corda

ASLCagliari
Distretto Sociosanitario 1
Cagliari Area Vasta
S.C. Cure Primarie
IL DIRETTORE
Dr. Antonello Corda

4

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
30 NOV. 2015
PRESA IN CARICO

2

ASLCagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

U.O.C
Cure Primarie
via Romagna, 16
09121 CAGLIARI
tel. 070 47443616 - 070 47443661
Fax 070 47443668

ASLCagliari

Servizio Proponente Distretto 1 Cagliari
Area Vasta - U.O.C. CURE PRIMARIE

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: *" Posta Elettronica Aziendale "*

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? NO
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale

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 2

	Data Inzio	Data fine		Data Inzio	Data fine
1ª Edizione	17/12/2015	17/12/2015	6ª Edizione	/ /	/ /
2ª Edizione	22/12/2015	22/12/2015	7ª Edizione	/ /	/ /
3ª Edizione	/ /	/ /	8ª Edizione	/ /	/ /
4ª Edizione	/ /	/ /	9ª Edizione	/ /	/ /
5ª Edizione	/ /	/ /	10ª 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. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

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 Laboratorio di Informatica ASL Cagliari c/o Cittadella della Salute - Pad. G

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, Via Romagna 16 - 09127

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 12 **Totale Partecipanti** 24

☒ Riservato agli operatori del Servizio proponente - ☐ Aperto a n. 0 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:

- ☐ *Allergologia ed immunologia Clinica*
- ☐ *Anatomia Patologica*
- ☐ *Anestesia e Rianimazione*
- ☐ *Angiologia*
- ☐ *Audiologia e Foniatria*
- ☐ *Cardiochirurgia*
- ☐ *Cardiologia*
- ☐ *Chirurgia Generale*
- ☐ *Chirurgia Maxillo - Facciale*
- ☐ *Chirurgia Pediatrica*
- ☐ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*
- ☐ *Chirurgia Vascolare*
- ☐ *Continuità Assistenziale*
- ☐ *Dermatologia e Venereologia*
- ☐ *Ematologia* pediatrico
- ☐ *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*
- ☐ *Farmacologia e Tossicologia Clinica*
- ☐ *Gastroenterologia*
- ☐ *Genetica Medica*
- ☐ *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*
- ☐ *Microbiologia e 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 Libera Scelta)*
- ☐ *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 informatica

Obiettivo formativo

Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Fornire ai partecipanti le nozioni di base di uno strumento per la gestione della posta elettronica al fine di consentirne un proficuo utilizzo nella specifica attività.

B - Acquisizione competenze di processo:

Fornire ai partecipanti le competenze e le soluzioni più utili per gestire con successo l'attività lavorativa quotidiana, aumentare la produttività e capacità di orientamento all'attività aziendale in dinamica sinergia con gli altri attori.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Focalizzare l'attenzione sul come fare (conoscenza delle funzionalità) e sul cosa fare (applicazione effettiva ai processi aziendali), spostando successivamente l'accento principalmente su quest'ultima fase.

**** 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 Gaviano Nome Mauro
Codice Fiscale GVNMRA66E02B354D Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/05/1966
Telefono 070.47443601 Cellulare 366.5612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@asl8cagliari.it
Qualifica Collaboratore Tecnico Informatico Competenze Pluriennale esperienza nella formazione.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Corda Nome Antonello
Codice Fiscale CRDNNL56M29B354Z Telefono 070/47443616 Cellulare 334/6150661 Fax 070/47443668 e-mail antonellocorda@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:** 4 **Minuti:** 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	**LM**	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	**LRP**	1	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**	1	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	**PPCC**	00	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**	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 Interno fuori orario di servizio
Cognome Gaviano Nome Mauro
Codice Fiscale GVNMRA66E02B354D Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/05/1966
Telefono 070.47443601 Cellulare 070.3665612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@asl8cagliari.it
Qualifica Collaboratore Tecnico Informatico
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
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

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Fadda Nome Gianfranco
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 04/06/1970
Telefono 070.47443729 Cellulare 360.1020662 Fax 070.47443694 e-mail gianfrancofadda@asl8cagliari.it Qualifica Assistente Tecnico
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
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

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Anedda Nome Serafino Antonio
Codice Fiscale NDDSFN67A15G113V Luogo di nascita Oristano Data di nascita 15/01/1967
Telefono 070.47443640 Cellulare 360.1019806 Fax 070.47443694 e-mail serafinoantonioanedda@asl8cagliari.it
Qualifica Programmatore
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
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)	€ 206,56
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 (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
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)	€
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) ***A cura dell'Area Formazione***	€

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

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)	DOTT ANTONELLO CORDA DIRETTORE U.O.C. CURE PRIMARIE
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	ASL Cagliari Distretto Sociosanitario 1 Cagliari Area Vasta S.C. Cure Primarie IL DIRETTORE Dr. Antonello Corda

ASLCagliari

Servizio Proponente Distretto 1 Cagliari
Area Vasta - U.O.C. CURE PRIMARIE

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: *" Home Automation Office: Collaborazione e Integrazione "*

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? NO
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale

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 2

	Data Inzio	Data fine		Data Inzio	Data fine
1ª Edizione	21/12/2015	21/12/2015	6ª Edizione	/ /	/ /
2ª Edizione	23/12/2015	23/12/2015	7ª Edizione	/ /	/ /
3ª Edizione	/ /	/ /	8ª Edizione	/ /	/ /
4ª Edizione	/ /	/ /	9ª Edizione	/ /	/ /
5ª Edizione	/ /	/ /	10ª 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. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

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 Laboratorio di Informatica ASL Cagliari c/o Cittadella della Salute - Pad. G

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, Via Romagna 16 - 09127

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 12 **Totale Partecipanti** 24

☒ Riservato agli operatori del Servizio proponente - ☐ Aperto a n. 0 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:

- ☐ *Allergologia ed immunologia Clinica*
- ☐ *Anatomia Patologica*
- ☐ *Anestesia e Rianimazione*
- ☐ *Angiologia*
- ☐ *Audiologia e Foniatria*
- ☐ *Cardiochirurgia*
- ☐ *Cardiologia*
- ☐ *Chirurgia Generale*
- ☐ *Chirurgia Maxillo - Facciale*
- ☐ *Chirurgia Pediatrica*
- ☐ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*
- ☐ *Chirurgia Vascolare*
- ☐ *Continuità Assistenziale*
- ☐ *Dermatologia e Venereologia*
- ☐ *Ematologia* pediatrico
- ☐ *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*
- ☐ *Farmacologia e Tossicologia Clinica*
- ☐ *Gastroenterologia*
- ☐ *Genetica Medica*
- ☐ *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*
- ☐ *Microbiologia e 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 Libera Scelta)*
- ☐ *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 informatica

Obiettivo formativo

Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Fornire ai partecipanti le nozioni utili per l'interscambio delle informazioni in ambienti aziendali di grandi dimensioni sulla base dei diversi formati di documento degli strumenti di office automation, la collaborazione tra utenti attraverso la rete e l'integrazione tra applicazioni di videoscrittura e foglio elettronico.

B - Acquisizione competenze di processo:

Fornire ai partecipanti le competenze e le soluzioni più utili per gestire con successo l'attività lavorativa quotidiana in collaborazione, aumentare la produttività e capacità di orientamento all'attività aziendale in dinamica sinergia con gli altri attori.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Focalizzare l'attenzione sul come fare (conoscenza delle funzionalità) e sul cosa fare (applicazione effettiva ai processi aziendali), spostando successivamente l'accento principalmente su quest'ultima fase.

**** 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 Gaviano Nome Mauro
Codice Fiscale GVNMRA66E02B354D Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/05/1966
Telefono 070.47443601 Cellulare 366.5612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@asl8cagliari.it
Qualifica Collaboratore Tecnico Informatico Competenze Pluriennale esperienza nella formazione.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Corda Nome Antonello
Codice Fiscale CRDNNL56M29B354Z Telefono 070/47443616 Cellulare 336/6150661 Fax 070/47443668 e-mail antonellocorda@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:** 3 **Minuti:** 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	**LM**	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	**LRP**	0	30
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**	0	45
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	**PPCC**	00	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**	1	45
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 Interno fuori orario di servizio
Cognome Gaviano Nome Mauro
Codice Fiscale GVNMRA66E02B354D Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/05/1966
Telefono 070.47443601 Cellulare 366.5612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@asl8cagliari.it Qualifica Collaboratore Tecnico Informatico
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
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

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Fadda Nome Gianfranco
Codice Fiscale FDDGFR70H04B354U Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 04/06/1970
Telefono 070.47443729 Cellulare 360.1020662 Fax 070.47443694 e-mail gianfrancofadda@asl8cagliari.it Qualifica Assistente Tecnico
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
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

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Anedda Nome Serafino Antonio
Codice Fiscale NDDSFN67A15G113V Luogo di nascita Oristano Data di nascita 15/01/1967
Telefono 070.47443640 Cellulare 360.1019806 Fax 070.47443694 e-mail serafinoantonioanedda@asl8cagliari.it
Qualifica Programmatore
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
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)	€ 154,92
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 (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
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)	€
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) ***A cura dell'Area Formazione***	€

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

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)	DOTT ANTONELLO CORDA DIRETTORE U.O.C. CURE PRIMARIE
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	ASL Cagliari Distretto Sociosanitario 1 Cagliari Area Vasta S.C. Cure Primarie IL DIRETTORE Dr. Antonello Corda