

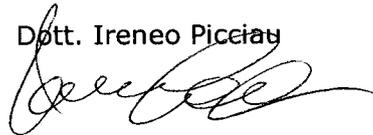
## Allegato "A"

### Approvazione Progetto Formativo Aziendale: "Cantieri e rischio infettivo: strategie della ASL di Cagliari".

Il presente allegato è composto di n. 13 fogli,  
di n. 13 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciaty



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1468 DEL 21 DIC. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott.ssa Savina Ortu)





Servizio Proponente Pianificazione e  
Controllo Strategico, Qualità e Risk  
Management

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: " Cantieri e rischio infettivo: Strategie della ASL di Cagliari "**

**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 0**

	Data inizio	Data fine		Data inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	17/12/2015	17/12/2015	6 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
2 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	7 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
3 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	8 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
4 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	9 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
5 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	10 <sup>a</sup> 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 Aula Sede Amministrazione Centrale**

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) Via Piero della Francesca n.1 – 09046 SELARGIUS (CA)**

**Partecipanti**

**Numero di partecipanti per edizione 90 Totale Partecipanti 90**

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

1

## Progetto Formativo

### Area tematica

Area qualità e risk management

### Obiettivo formativo

La sicurezza del paziente

### Finalità

#### **A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**

Implementare le competenze dei professionisti nell'individuare le criticità ambientali e sanitarie che coinvolgono operatori sanitari e non, pazienti e visitatori durante i lavori di costruzione, ristrutturazione e manutenzione nelle strutture sanitarie e nell'individuare e porre in essere gli opportuni interventi di mitigazione.

#### **B - Acquisizione competenze di processo:**

Accrescere la consapevolezza del ruolo che i professionisti devono svolgere nell'individuazione ed applicazione delle misure di prevenzione e sicurezza, attraverso una forte integrazione tra i diversi attori coinvolti (Direzioni Sanitarie, Servizi Tecnici, RSPP, SPRESAL, Unità Operative, Comitati Infezioni Ospedaliere).

#### **C - Acquisizione competenze di sistema:**

Accrescere la cultura della sicurezza, condividendo esperienze e saperi, al fine di valorizzare l'innovazione e pervenire all'adozione di linee di comportamento in ambito igienico-sanitario e tecnico appropriate, costo-efficaci e sostenibili.

*\* 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 Ottonello Nome Roberto

Codice Fiscale TTNRRT55A11B354J Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/01/1955

Telefono 070 609 7748 Cellulare 3386113082 Fax 070 609 7740 e-mail robertoottonello@asl8.cagliari.it

Qualifica Dirigente Medico Competenze Resp. UOC Chirurgia P.O. S. Marcellino

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Rossi Nome Giovanna

Codice Fiscale RSSGNN54L51E425B Telefono 070 609 3336 Cellulare 348 0698319 Fax 070 609 2610 e-mail

giovannarossi@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: 05 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>30</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>02</u>	<u>40</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>00</u>	<u>50</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>01</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</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

(concordare sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

- Videoproiettore     Computer portatile     Lavagna a fogli mobili     Aula informatica  
 Altro (specificare) Tutor d'aula, cancelleria

**FORMATORE/TUTOR n. 1**

Ruolo Tutor Interno in orario di servizio  
Cognome Scanu Nome Stefano ✓  
Codice Fiscale SCNSFN56D07B354N Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 07/04/1956  
Telefono 070 609 6880 Cellulare 348 2395839 Fax 070 609 2610 e-mail stefanoscanu@asl8cagliari.it Qualifica Coadiutore Amministrativo  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Tutor Interno Comparto in orario di servizio € 5,64  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 005 Totale compenso € 28,20  
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*

**FORMATORE/TUTOR n. 2**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Marraccini Nome Giorgio ✓  
Codice Fiscale MRRGRG56A23B354K Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 23/01/1956  
Telefono 070 4744 4212 Cellulare 339 4779550 Fax 070 4744 4225 e-mail giorgiomarraccini@asl8cagliari.it  
Qualifica Dirigente Medico  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 5 Totale compenso € 41,00  
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*

**FORMATORE/TUTOR n. 3**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Ruda Nome Anna Maria ✓  
Codice Fiscale RDUNMR53L63B354A Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 23/07/1953  
Telefono 070 609 4455 Cellulare 347 77034548 Fax 070 609 4461 e-mail annamariaruda@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente Medico  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 5 Totale compenso € 41,00  
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*

**FORMATORE/TUTOR n. 4**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Angioni Nome Goffredo ✓  
Codice Fiscale NGNGFR74M27B354G Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 27/08/1974  
Telefono 070 6095754 Cellulare 328 6493084 Fax 070 609 5752 e-mail goffredoangioni@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente Medico  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 30 min Totale compenso € 04,10  
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*

**FORMATORE/TUTOR n. 5**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Masia Nome Massimo ✓  
Codice Fiscale MSAMSM54M15B354Q Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 15/08/1954  
Telefono 070 609 3230 Cellulare 329 4104968 Fax 070 609 3201 e-mail: massimomasia@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente Ingegnere I fascia  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 min Totale compenso € 2,73  
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*

**FORMATORE/TUTOR n. 6**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Orano Nome Maria Teresa ✓  
Codice Fiscale RNOMTR48M51B354H Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/08/1948  
Telefono 070 609 3078 Cellulare 329 2609567 Fax 070 609 3077 e-mail: mariateresatorano@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente Medico  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 min Totale compenso € 2,73  
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*

**FORMATORE/TUTOR n. 7**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Dore Nome Antonio ✓  
Codice Fiscale DRONTN56P14L158M Luogo di nascita Tiesi Data di nascita 14/09/1956  
Telefono 070 4744 4229 Cellulare 334 6152630 Fax 070 4744 4225 e-mail: antoniodore@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente Medico  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 min Totale compenso € 2,73  
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*

**FORMATORE/TUTOR n. 8**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Vargiu Nome Valerio  
Codice Fiscale VRGVLR67T27B745S Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 27/12/1967  
Telefono 070 609 3370 Cellulare 366 9234329 Fax 070 609 3242 e-mail: valeriovargiu@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente Ingegnere  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 min. Totale compenso € 2,73  
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*

**FORMATORE/TUTOR n. 9**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Monni Nome Aldo ✓  
Codice Fiscale MNNLDA59A16B274A Luogo di nascita Burcei Data di nascita 16/01/1959  
Telefono 070 609 6816 Cellulare 328 4958704 Fax 070 6096908 e-mail aldomonni@asi8cagliari.it Qualifica Dirigente Medico  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 min. Totale compenso € 2,73  
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*

**FORMATORE/TUTOR n. 10**

Ruolo Docente Esterno a titolo gratuito  
Cognome Schintu Nome Marco ✓  
Codice Fiscale SCHMRC53C01G113K Luogo di nascita Oristano Data di nascita 01/03/1953  
Telefono 070 6758307 Cellulare 3474133321 Fax 070 675 8986 e-mail schintu@unica.it Qualifica Professore Associato UniCA  
Inquadramento CCNL Formatori esterni DIRIGENZA a titolo gratuito  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo DIRIGENZA a titolo gratuito  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 15 min. 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*

**FORMATORE/TUTOR n. 11**

Ruolo Docente Esterno a titolo gratuito  
Cognome Coroneo Nome Valentina ✓  
Codice Fiscale CRNVNT66B60B354W Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 20/02/1966  
Telefono 070 6758380 Cellulare 3487221724 Fax 070 675 8373 e-mail coroneo@unica.it Qualifica Ricercatore Biologo UniCA  
Inquadramento CCNL Formatori esterni DIRIGENZA a titolo gratuito  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo DIRIGENZA a titolo gratuito  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 15 min. 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*

**FORMATORE/TUTOR n. 12**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Castaldi Nome Paolo ✓  
Codice Fiscale CSTPLA53T06B354T Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 12/06/1953  
Telefono 070 609 4440 Cellulare 349 4325228 Fax 070 609 4345 e-mail paolocastaldi@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente Medico  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 min Totale compenso € 2,73  
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*

**FORMATORE/TUTOR n. 13**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Gromo Nome Corrado ✓  
Codice Fiscale GRMCRD62D02A859H Luogo di nascita Biella Data di nascita 02/04/1962  
Telefono 070 609 7704 Cellulare 338 8064098 Fax 070 609 7805 e-mail corrado\_gromo@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente Medico  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 min Totale compenso € 2,73  
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*

**FORMATORE/TUTOR n. 14**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Vacca Nome Adriana ✓  
Codice Fiscale YCCDRN57T56A192F Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 16/12/1957  
Telefono 070 609 2905 Cellulare 328 542813 Fax 070 60917 e-mail adriana\_vacca@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente Medico  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 min Totale compenso € 2,73  
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*

**FORMATORE/TUTOR n. 15**

Ruolo Docente Esterno a titolo gratuito  
Cognome Schinardi Nome Matteo ✓  
Codice Fiscale SCHMITT87C30B354D Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 30/03/1987  
Telefono ..... Cellulare 3336474446 Fax ..... e-mail m.schinardi@gmail.com Qualifica Ingegnere  
Inquadramento CCNL Formatori Esterni a titolo gratuito  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Dirigenza a titolo gratuito  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 60 min 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*

**FORMATORE/TUTOR n. 16**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Rossi Nome Giovanna

Codice Fiscale RSSGNN54L51E425B Luogo di nascita La Maddalena Data di nascita 11/07/1954

Telefono 070 609 3336 Cellulare 348 0698319 Fax 070 609 2610 e-mail giovannarossi@asl8cagliari.it Qualifica

Dirigente Medico Resp ff Pianificazione e Controllo, Qualità e Risk Management

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 min Totale compenso € 2,73

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*



**Fondi 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?  SI  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 (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)	€ 172,15
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 172,15

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

<p><b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p><b>Dott.ssa Giovanna Rossi</b></p>
<p><b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico. Qualità e Risk Management Il Responsabile <i>Giovanna Rossi</i></p>

Cagliari, 20/10/2015

DIREZIONE SANITARIA

Ass.: 1. Fasc.: 242 del 2015



Al Direttore Sanitario Aziendale  
Dott. Pier Paolo Pani  
SEDE

**Oggetto: autorizzazione Corso di Formazione**

In relazione al "Regolamento per la prevenzione del rischio infettivo correlato a presenza di cantieri nelle strutture sanitarie della ASL di Cagliari" elaborato dal Comitato Aziendale di Coordinamento CIO, la sottoscritta Dott.ssa Rossi Giovanna, chiede alla SV l'autorizzazione all'organizzazione del Corso:

**"Cantieri e rischio infettivo: strategie della ASL di Cagliari"**

destinato ai Responsabili delle Strutture Sanitarie e ai Dirigenti Medici.

Si precisa che i costi previsti sono di

- € 172,15 per l'accreditamento ECM
- € 8,20/ora per docenti interni della dirigenza
- € 5,64/ora per tutor interni del comparto
- € 0,00 per la logistica (Aula della Sede Amministrativa Centrale)

Allegati:

Proposta di Programma del Corso

Distinti saluti

Dott.ssa Giovanna Rossi  
Responsabile ff

