

# Allegato "A"

## Progetto Formativo

### "Autoaggiornamento periodico e discussione di casi clinici nell'ambito del P.O. Marino – Gestione del dolore toracico"

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

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

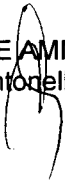
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1469 DEL 21 DIC. 2015

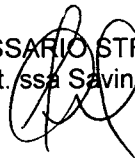
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pierpaolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott. ssa Savina Ortu)



**Richiesta Attivazione Progetto Formazione Residenziale**

**Titolo del Progetto:** " *auto-aggiornamento periodico e discussione di casi clinici nell'ambito del PO Marino – gestione del dolore toracico* "

**Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI**

**Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante**

Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale

**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**

	Data inizio	Data fine
Prima edizione	17/12/15	17/12/15

*h*

**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**

**Indirizzo Via Lungomare Poetto, 12 Cagliari**

ASLB  
NP. 2015/29336 del 01/10/2015 ore 08.44  
Mitt : Ospedale Marino  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 236 del 2015



## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 30 Totale Partecipanti 30

Riservato agli operatori PO Marino -  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:**

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

**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*

6

## Progetto Formativo

### Area tematica

Scegliere un elemento.

### Obiettivo formativo

Scegliere un elemento.

### Finalità\*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Messa a punto delle conoscenze clinico strumentali, laboratoristiche e terapeutiche relative alla gestione del dolore toracico in pronto soccorso e nei reparti di degenza e delle relative linee guida.

#### B - Acquisizione competenze di processo:

Sviluppo della conoscenza e della competenza nella gestione del dolore toracico in pronto soccorso e nei reparti di degenza: condivisione delle linee guida, valutazione clinica, attivazione delle consulenze specialistiche, gestione laboratoristica e strumentale, terapie. Aumento dell'efficacia delle azioni conseguenti alla gestione del dolore toracico in termini di riduzione del rischio clinico, appropriatezza degli interventi, ottimizzazione della prognosi.

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

Miglioramento della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi conseguenti nel sistema.

*\* 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 LUIGI Nome LAI.

Codice Fiscale LAI LGU 57R31 B354S. Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 31/10/1957

Telefono 070 609 4393 . Cellulare 3200840638 . Fax 0706094390 e-mail luigilai@asl8cagliari.it .

Qualifica Dir I livello - Responsabile FF UOC Cardiologia . Competenze Cardiologiche - didattiche.

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Galliu Nome Maria Loreta.

Telefono 070/6094451 Cellulare Fax 070/6094461.

e-mail marialoretagalliu@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	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>1</u>	<u>30</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>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>30</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>1</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>1</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

### Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- Questionario (allegare il modello)*       *Prova orale (allegare le domande)*       *Esame pratico*  
*(allegare la descrizione)*       *Prova scritta (allegare la descrizione)*       *Project work (allegare la descrizione)*       *Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)*

### Attrezzatura

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

- Videoproiettore*     *Computer portatile*     *Lavagna a fogli mobili*     *Aula informatica*  
 *Altro (specificare)* Fare clic qui per immettere testo.



**FORMATORE/TUTOR n. 1**

Ruolo COORDINATORE DEL CORSO, FORMATORE

Cognome LUIGI Nome LAI.

Codice Fiscale LAI LGU 57R31 B354S. Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 31/10/1957

Telefono 070 609 4393 . Cellulare 3200840638 . Fax 0706094390 e-mail luigilai@asl8cagliari.it .

Qualifica Dir I livello - Responsabile FF UOC Cardiologia . Competenze Cardiologiche - didattiche.

Inquadramento CCNL Formatori interni Iscritto all'albo (area sanitaria).

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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**

Ruolo FORMATORE.

Cognome LAI Nome PIETRO

Codice Fiscale LAI PTR 60P 26B 354W . Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 26/09/1960.

Telefono 0706094414 Cellulare 3283691112 Fax 0706094390 e-mail lai.pietro@tiscali.it

Qualifica DIRIGENTE MEDICO

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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 3**

Ruolo FORMATORE.

Cognome SULAS Nome LUISELLA

Codice Fiscale . Luogo di nascita . Data di nascita .

Telefono 070609 Cellulare . Fax 070609 e-mail @asl8cagliari.it

Qualifica DIRIGENTE MEDICO

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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

### 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?  Si  No

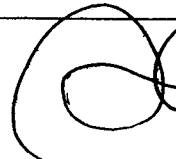
### Riepilogo voci di spesa del corso

### 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 checked="" 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 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

<b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	SERGIO LAONI
<b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	 Dottor Sergio Laoni Direzione Sanitaria P.O. Marino

n° prot. NP/2015/15160

→ Al Sig. Responsabile Area Formazione ASL8  
C.A. Dott.ssa Laura Bernardini  
e p.c. Al Sig. Commissario Straordinario ASL8

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
07 MAG. 2015	
PRESA IN CARICO	

**Oggetto: Piano Formazione Aziendale 2015 - richiesta attivazione Progetti Formativi**

Facendo seguito alle note prott. 2015/3470 del 13.01.2015, e NP/2015/2291 del 21.01.2015, di analogo oggetto, preso atto delle riferite difficoltà nell'attivare tutti i progetti di cui alla tabella allegata allà nota NP72015/2291 di cui sopra, si chiede l'attivazione urgente dei soli corsi indicati con priorità 2 nella tabella medesima e di cui si riportano i relativi titoli.

1. *Gestione perioperatoria degli antitrombotici- le nuove Linee Guida del P.O. Marino*
2. *Incontri periodici di auto-aggiornamento e discussione di casi clinici*
3. *Corso ECG di base per infermieri – tecnica e elementi di interpretazione*

Quanto ai progetti di formazione con n° di priorità 3 o 4, pur consapevoli del fatto che la relativa richiesta di attivazione dovrà essere riproposta all'atto della rilevazione dei bisogni formativi per l'anno 2016, si comunica sin d'ora che ne verrà richiesto l'inserimento tra i progetti formativi del PFA 2016.

Cagliari, 4.5.2015

Distinti saluti.

**ASLCagliari**  
**DIREZIONE GENERALE**  
Il Direttore Sanitario F.F.  
P.O. Marino  
Dott. Sergio Laconi  
*Autografo 229*



ASL Cagliari

Presidio Ospedaliero  
Marino

Direzione Sanitaria

n° prot. NP/2015/2291

Al Sig. Responsabile Area Formazione ASL8

e p.c. Al Sig. Commissario Straordinario ASL8



**Oggetto:** Piano Formazione Aziendale 2015. Disposizioni operative per la progettazione degli eventi

Con riferimento alla nota prot. 2015/3470 del 13.01.2015, di pari oggetto nel prendere atto che nel PFA 2015 risulta approvato ed inserito solo 1 dei 7 progetti formativi proposti da questa Direzione, si fa notare che la scrivente, in considerazione della rilevanza degli argomenti e della pertinenza dei medesimi applicabile trasversalmente alle varie Unità Operative del Presidio, nell'intento di coordinare le istanze provenienti da più Unità Operative, anche al fine di ottimizzare le risorse disponibili, si è resa proponente di una serie di progetti formativi elaborati in accordo con diverse UU.OO., le quali, di conseguenza non hanno avanzato proposte in proprio. Pertanto gli eventi formativi proposti dalla scrivente erano destinati trasversalmente a tutte le UU.OO. del Presidio.

Al fine di garantire l'offerta formativa destinata agli operatori di questo Presidio si chiede pertanto di voler valutare la possibilità di inserire nel PFA gli eventi formativi già proposti con nota NP/2014/33038 del 09.09.2014, secondo il n° di priorità indicato nella tabella allegata alla presente

Cagliari, 21. 01. 2015

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario  
P.O. Marino  
Dott.ssa Graziella Pintus

Ael Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius  
c.f. e p. iva 02261430926  
www.aslcagliari.it

Direzione Sanitaria-P.O. Marino  
Lungomare Poetto Cagliari  
Tel 070/6094454/4394  
Fax 070/6094461  
Direttore. Dr.ssa Graziella Pintus

PROPOSTA PIANO FORMAZIONE AZIENDALE ANNO 2015

Servizio/U.O.	Responsabile U.O.	Referente segreteria	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivi	Destinatari	Costo Totale	NOTE	finanz	periodo di svolgimento	N° esaduale di priorità
Direzione Sanitaria	Graziella Pintus	Maria Loreta Galliu	Luigi Lai	Obiettivo periperforazione degli antitrombotici: le nuove linee di indirizzo del P.O. Marino	Linee guida: protocolli, procedure, percorsi clinico assistenziali e profili di cura	medico, infermiere	€ 2.222,00	riguarda più unità operative del PO MARINO	ASL 8	1°/2° quadrimestre	2
Direzione Sanitaria	Graziella Pintus	Maria Loreta Galliu	Graziella Pintus	Incontri periodici di auto aggiornamento e discussioni di casi clinici	applicazione nella pratica quotidiana dei principi e procedure dell'evidenza based practice	medico, infermiere, psicologo, farmacista, biologo	€ 2.492,00	riguarda più unità operative del PO MARINO	ASL 8	1°/2°/3° quadrimestre	2
Direzione Sanitaria	Graziella Pintus	Maria Loreta Galliu	Luigi Lai	Corso ECG di base per infermieri: tecnica e elementi di interpretazione	Contenuto tecnico-professionista (conoscenza e competenze specifici di ciascuna professione)	infermiere	€ 2.845,00	riguarda più unità operative del PO MARINO	ASL 8	1°/2°/3° quadrimestre	2
Direzione Sanitaria	Graziella Pintus	Sergio Laconi	Graziella Pintus	Ruoli e compiti nelle Direzioni Mediche di Pronto Soccorso: sviluppo attuale e prospettive.	sviluppo conoscenze e competenze correlate all'espansione di ruoli e compiti delle Direzioni mediche di pronto soccorso.	medico, infermiere, assistente sanitario	€ 3.151,18	riguarda più unità operative del PO MARINO	ASL 8	2° quadrimestre	4
Direzione Sanitaria	Graziella Pintus	Maria Loreta Galliu	Graziella Pintus	Il professionista sanitario: autonomia e responsabilità.	acquire competenze per operare con autonomia e responsabilità, anche sul piano etico e deontologico, ne garantisce una prestazione assistenziale efficace ed appropriata da un punto di vista clinico, in risposta ai bisogni di assistenza infermiaristica che la persona manifesta.	infermiere	€ 3.761,16	riguarda più unità operative del PO MARINO	ASL 8	2° quadrimestre	3
Direzione Sanitaria	Graziella Pintus	Maria Loreta Galliu	Graziella Pintus	Assistenza infermiaristica di qualità: protocolli e procedure quali strumenti operativi	sviluppare conoscenze e competenze individuali per il miglioramento della qualità dell'assistenza, conoscenza e applicazione di protocolli, redazione di proceduri.	infermiere, assistente sanitario	€ 5.052,32	riguarda più unità operative del PO MARINO	ASL 8	2° quadrimestre	3

*Green*

*8*