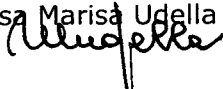


## Allegato "A"

### Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"Audit: uno strumento per il Governo Clinico"**.

Il presente allegato è composto di n. <sup>8</sup>..... fogli,  
di n. <sup>8</sup>..... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE F.F.

Dott.ssa <sup>Marisa Udella</sup>  


ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 923 DEL 16 LUG. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Antonella Carreras)  


IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Pani)  


IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott.ssa Savina Ortu)  


**Richiesta attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: "Audit: uno strumento per il Governo Clinico"**

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

Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo gestionali

**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	<u>21/07/2015</u>	<u>22/07/2015</u>
Seconda edizione	<u>22/07/2015</u>	<u>23/07/2015</u>
Terza edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>

**N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento.**

**Sede di svolgimento**

**Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? SI**

**N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.**

**Se sì, indicare l'indirizzo:**

**Sede Sede Amministrativa della ASL**

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) Selargius/via Piero della Francesca/n°1/09047**



**Numero di partecipanti per edizione 30 Totale Partecipanti 60**

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"/> Cardiocirurgia                           | <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"/> Neurofisopatologia                                       | <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

## Progetto Formativo

### Area qualità e risk management

Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia

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

Adozione di strumenti e strategie di governo clinico. Applicazione di un set multidimensionale di indicatori. Pianificazione e conduzione di audit clinici finalizzati all'attuazione di programmi di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

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

Valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri (tramite indicatori definiti dall'Assessorato Sanità) e della qualità dell'assistenza (tramite indicatori del Piano Nazionale Esiti), nell'ambito di un programma strutturato di audit clinici, orientato alla dimensione clinica, organizzativa e documentale dell'offerta assistenziale.

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

Attuazione di procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza delle attività sanitarie.

*\* 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 Rossi Nome Giovanna

Codice Fiscale RSSGNN54L51E425B Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/07/1954

Telefono 070 609 3336 Cellulare 3480698319 Fax 070 609 2610 e-mail giovannarossi@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente medico Competenze Responsabile Area Qualità e Risk Management Aziendale

### Responsabile 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 salutì iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.**

Durata singola edizione Ore: 11 Minuti: 30

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	04	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	04	30
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	00	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	00	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	02	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	00	00
Role - Playing	RP	01	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)

### Attrezzature

(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 Picetti Nome Piera  
 Codice Fiscale PLTPR55P61C794T Luogo di nascita Gles (TN) Data di nascita 21/09/1955  
 Telefono: 049 8803646 Cellulare 329 0579642 Fax: 049 8803646 e-mail secreferiaceref@gmail.com Qualifica  
Responsabile CEREF - Centro Ricerca e Formazione - Padova  
 Inquadramento CCNL: Formatori Interni Scegliere un elemento.  
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo: Docente Esterno Fascia A € 100,00  
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire: 023 Totale compenso € 4.500,00 comprendente docenza, vitto,  
trasporto e pernottamento. L'importo va considerato esente IVA ai sensi art 10 DPR 633/72 Rif.art14 comma 10  
L.537/93  
 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: 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: 023 Totale compenso € 129,72  
 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: 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 mobilità come da disposizioni aziendali: € 000,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

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

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

- |   |  |
|---|--|
| <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                |

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)	GIOVANNA ROSSI
<b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico Qualità e Risk Management <i>Giovanna Rossi</i>