

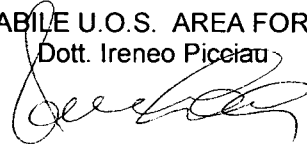
Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Residenziale

"Declinazione degli elementi per la valutazione del contributo individuale da correlare agli obiettivi di budget".

Il presente allegato è composto da n° 7 fogli
di n°7 pagine

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



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. _____ DEL _____

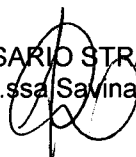
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: “Declinazione degli elementi per la valutazione del contributo individuale da correlare agli obiettivi di budget”

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 20

Agosto 2015: 13,18,19,20,25,26,27;

Settembre 2015: 1,2,3,8,9,10,15,16,17,22,23,24,29.

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 Servizio Programmazione e Controllo

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Selargius, Via Piero della Francesca n°1 - 3° Piano

ASL8
NP. 2015/23595 del 21/07/2015 ore 09,31
Mitt.: Programmazione e Controllo
Ass.: Area Formazione
Class.: 1, Fasc.: 219 del 2015



Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 0 Totale Partecipanti 150

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

Progetto Formativo

Area tematica

Area gestionale management organizzativa

Obiettivo formativo

Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Miglioramento nella gestione del sistema premiante

B - Acquisizione competenze di processo:

Conoscenza dell'intero processo del ciclo delle performance

C - Acquisizione competenze di sistema:

Applicazione delle procedure formalizzate dalla ASL in materia

** 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 Cannas Nome Paolo

Codice Fiscale CNNPLA73T26E742I Luogo di nascita Lunamatrona Data di nascita 26/12/1973

Telefono 0706093834 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail paolocannas@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente ASL Competenze Vedi curriculum

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Bernardini Nome Laura

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Telefono 0706093893 Cellulare Fare clic qui per immettere testo.

Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail laurabernardini@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	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>00</u>	<u>00</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>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>3</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 Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Bandinu Nome Rina
Codice Fiscale BNDRNI79DG3F797H Luogo di nascita Nuoro Data di nascita 03/04/1979
Telefono 070609331 Cellulare Fare clic qui per immettere testo Fax 0706093236 e-mail rinabandinu@asl8cagliari.it
Qualifica Collaboratore Amministrativo
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 Balestrino Nome Alessia
Codice Fiscale BLSMLS67T50B354R Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 10/12/1967
Telefono Fare clic qui per immettere testo Cellulare Fare clic qui per immettere testo Fax Fare clic qui per immettere testo e-mail mariaalessiabalestrino@asl8cagliari.it Qualifica Collaboratore amministrativo
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 imi
- 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)	€ 1.549,20
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
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 1.721,35

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici
<input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118
<input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza
<input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
<input checked="" type="checkbox"/> D.G. Staff
<input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
<input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
<input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco
<input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> P.O. Marino
<input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico
<input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe
<input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino
<input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità
<input type="checkbox"/> P.O. Binaghi
<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 style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello)</p> <p style="font-size: small;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>PICCIAU IRENEO</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p style="font-size: small;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>