

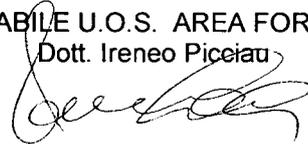
# Allegato "A"

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 Picciau



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](mailto: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](mailto: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

<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<b>€ 1.549,20</b>
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<b>€ 0,00</b>
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<b>€ 0,00</b>
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<b>€ 0,00</b>
<b>E</b>	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<b>€ 0,00</b>
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM ( a cura dell'Area Formazione)	<b>€ 172,15</b>
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<b>€ 1.721,35</b>

### Macrostruttura di appartenenza

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti<br><input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi<br><input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici<br><input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza<br><input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari<br><input checked="" type="checkbox"/> D.G. Staff<br><input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale<br><input type="checkbox"/> P.O. Marino<br><input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico<br><input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe<br><input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino<br><input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità<br><input type="checkbox"/> P.O. Binaghi<br><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;"><b>Nome e cognome</b> (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;"><b>Timbro e Firma</b> (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>