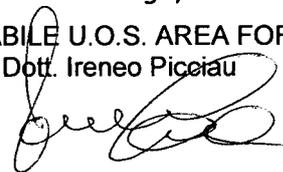


Allegato "A" 1091  
20 OTT. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale  
**"L'equipe professionale e multi-disciplinare:  
documentazione clinica integrata"**

Il presente allegato è composto  
di n. 10 fogli, di n. 10 pagine

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



Prot. n. 10353

Al Servizio Formazione

Oggetto: Richiesta attivazione corso formazione

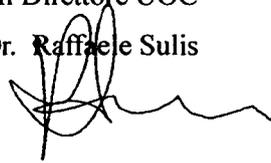
Io sottoscritto Dr Raffaele Sulis Responsabile della Struttura Complessa di Chirurgia Generale PO SSTT, committente del seguente Progetto Formativo dal titolo: "L'equipe professionale e multidisciplinare: documentazione clinica integrata", chiede che venga attivato e accreditato ECM.

In riferimento al suddetto progetto si trasmette il seguente materiale didattico:

- Richieste attivazione Progetto formativo Residenziale
- Programma della giornata formativa
- Indicazione di scelta dei docenti e dichiarazione di assenza di conflitti di interesse
- Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse dei docenti
- Accettazione incarico di responsabile scientifico
- Descrizione del Project Work

Cagliari, 31/7/2015

Il Direttore UOC  
Dr. Raffaele Sulis



ASL8  
NP. 2015/24680 del 31/07/2015 ore 11,52  
Mitt.: OSPEDALE SS. TRINITA'

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 219 del 2015



Servizio Proponente U.O.C CHIRURGIA  
GENERALE P.O. SS Trinità**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**Titolo del Progetto: *“ L'equipe professionale e multi-disciplinare: documentazione clinica  
integrata ”*Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? **SI**  
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostanteCorso di aggiornamentoL'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 € 000,00Il 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 1**

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	<u>10/12/2015</u>	<u>10/12/2015</u>
Seconda edizione	<u> / / </u>	<u> / / </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? **NO****N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.**

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede Sala Conferenze Servizio per le Dipendenze**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) Via dei Valenzani snc Cagliari**ASL8  
NP. 2015/30328 del 09/10/2015 ore 14,27  
Mitt.: OSPEDALE SS.TRINITA'

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015



## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 50 Totale Partecipanti 50

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 50 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. Fare clic qui per immettere testo. 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 qualità e risk management

## Obiettivo formativo

Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale

## Finalità \*

### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisire conoscenze e competenze specifiche tecniche e professionali nell'utilizzo della Scheda Unica di Terapia

### B - Acquisizione competenze di processo:

La finalità principale, riferita alle competenze di processo, si integra con l'acquisizione delle competenze necessarie all'adozione e diffusione della scheda unica di terapia quale strumento di continuità e qualità assistenziale.

### C - Acquisizione competenze di sistema:

La finalità principale, riferita alle competenze di sistema, è quella di acquisire maggior conoscenza del processo terapeutico, quale strumento idoneo che mira a promuovere il miglioramento continuo della qualità con particolare riferimento alla sicurezza del paziente e dei professionisti di riferimento

*\* 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 Musiu Nome Alessandra

Codice Fiscale MSULSN71DS61B354L Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 21/04/1971

Telefono 070/6095879 Cellulare 3669810550 Fax 070/6095876 e-mail alessandramusiu@asl8cagliari.it

Qualifica Infermiere Competenze Infermiere

## Referente della segreteria organizzativa

Cognome Arcadu Nome Maria Paola

Telefono 070/6096048 Cellulare 3408635842 Fax 070/6095876 e-mail mariapaolaarcadu@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: 04 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>3</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>1</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>0</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>0</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 n. 1

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Pinna Nome Maria Rita  
Codice Fiscale PNNMRT65D56B354O Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 16/04/1965  
Telefono 070/6093318 Cellulare 3466774519 Fax 070609 e-mail mariarita pinna@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente infermieristico Area nursing  
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 0 Totale compenso € 0  
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 n. 2

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 070/6093336 Cellulare 3480698319 Fax 070/6092610 e-mail giovannarossi@asl8cagliari.it Qualifica 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 0 Totale compenso € 0  
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 n. 3**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Furcas Nome Luigi

Codice Fiscale FRCLGU60M30L521O Luogo di nascita Uta Data di nascita 30/08/1960

Telefono 070/6096854 Cellulare 3669121500 Fax 070/6096908 e-mail luigifurcas@asl8cagliari.it Qualifica

Infermiere

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto in orario di servizio € 5,64

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0 Totale compenso 0

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***

**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**

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	€ 172,15
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b>		<b>€ 172,15</b>

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

<p><b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>Dott. Raffaele Sulis</p> <p> ASL Cagliari P.O. SS. Trinità - Cagliari</p>
<p><b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p><b>U.O.C. CHIRURGIA GENERALE</b> <b>DIRETTORE:</b> <i>Dr. Raffaele Sulis</i></p> 