

Allegato "A"

860

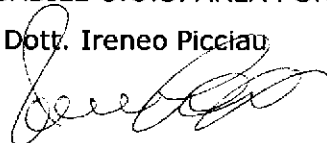
27 LUG, 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"La misurazione della qualità ed il monitoraggio dei processi".**

Il presente allegato è composto di n. 9 fogli,
di n. 9 pagine.

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Richiesta di Valutazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *La misurazione della qualità e il monitoraggio dei processi* "

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.

Valutazione edizioni previste

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1ª Edizione	04/10/2016	15/12/2016	6ª Edizione	___/___/___	___/___/___
2ª Edizione	05/10/2016	15/12/2016	7ª Edizione	___/___/___	___/___/___
3ª Edizione	___/___/___	___/___/___	8ª Edizione	___/___/___	___/___/___
4ª Edizione	___/___/___	___/___/___	9ª Edizione	___/___/___	___/___/___
5ª Edizione	___/___/___	___/___/___	10ª Edizione	___/___/___	___/___/___

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

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 Aula riunioni Sede Amm.va Centrale della ASL

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



Partecipanti

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 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

f

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"/> Neurofisiopatologia | <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

f

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:

Acquisizione di conoscenze sull'individuazione e applicazione di metodologie e strumenti di misurazione della qualità e della sicurezza del paziente, su OI indicatori e sulle modalità di pianificazione e implementazione del conseguente progetto di miglioramento, in rapporto alla propria realtà operativa e secondo le linee guida internazionali

B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisizione di competenze sulle potenzialità e sui limiti degli strumenti e delle metodologie per la misurazione della qualità e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie, in rapporto agli obiettivi assegnati alla specifica struttura

C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisizione di competenze atte a promuovere il miglioramento continuo della qualità, declinata nelle dimensioni di sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, equità di accesso, efficienza.

D - Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance):

Acquisizione di strumenti e metodologie finalizzate a: sviluppare la cultura della qualità e della sicurezza, migliorare le procedure organizzative, ridurre i costi, le inefficienze e gli errori e gli eventi avversi, favorire l'ascolto e la valutazione dei bisogni dell'utenza

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 00 dal corso

** I campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome Rossi Nome Giovanna

Codice Fiscale RSSGNN54L51E425B Luogo di nascita La Maddalena (OT) Data di nascita 11/07/1954

Telefono 070 609 3338 Cellulare 348 0698319 Fax 070 609 2610 e-mail giovannarossi@asi8cagliari.it

Qualifica Dirigente Medico Competenze Resp. ff UOC Pianificazione e Controllo Strategico, Qualità e Risk Management

Cognome Rossi Nome Giovanna

Codice Fiscale RSSGNN54L51E425B Telefono 070 609 3336 Cellulare 348 0698319 Fax 070 609 26 10 e-mail giovannarossi@asl8cagliari.it

f

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: 20 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>02</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>12</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperti guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>03</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>03</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) Cancelleria (pennarelli colorati, nastro adesivo, post-IT, fotocopie)

FORMATORE/TUTOR n. 1Ruolo Docente EsternoCognome Poletti Nome PieraCodice Fiscale PLTPR155P61C794T Luogo di nascita Cles (TN) Data di nascita 21/09/1955

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono 049 880 3646 Cellulare 329 0579642 Fax 049 8803646 e-mail piera.poletti@ilbero.it Qualifica Responsabile CEREF-Centro Ricerche e Formazione, Padova

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 040 Totale compenso € 7000,00 comprendente docenza, vitto, trasporto e pernottamento. Importo considerato esente IVA ai sensi art.10 DPR 633/72 rif.art.14.c.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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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 Docente Interno in orario di servizioCognome Rossi Nome GiovannaCodice Fiscale RSSGNN54L51E425B Luogo di nascita La Maddalena (OT) Data di nascita 11/07/1954Professione ECM Medico Chirurgo Disciplina ECM Igiene epidemiologia e sanità pubblicaTelefono 070 609 3336 Cellulare 348 0698319 Fax 070 609 2610 e-mail giovannarossi@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente MedicoInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Co-Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 2,05Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 040 Totale compenso € 82,00

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 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 Tutor Interno in orario di servizioCognome Scanu Nome StefanoCodice Fiscale SCNSFN56D07D354N Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 07/07/1956

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono 070 609 6880 Cellulare 348 2395839 Fax 070 609 2610 e-mail stefanoscanu@asl8cagliari.it Qualifica Coadiutore Amm.voInquadramento CCNL Formatori Interni COMPARTOFascia retributiva di competenza e relativo importo Tutor Interno Comparto in orario di servizio € 5,64Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 040 Totale compenso € 225,6

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 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? Si No

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	9056,40
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)	€ 300,00
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 9356,40

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenza |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza | <input type="checkbox"/> P.O. Marino |
| <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 Accredитamento Strutture Sanitarie | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi |

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

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