

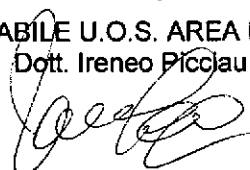
1180
- 9 NOV. 2016

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale ***"La riabilitazione respiratoria nel paziente ricoverato in ospedale"***

Il presente allegato è composto
di n. 11 fogli, di n. 11 pagine

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





ASL Cagliari

Presidio Ospedaliero SS. Trinità

Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale

Direttore: Dott.ssa Marisa Merella

Via Is Mirrionis 204, 09121 Cagliari

070.6095815

n. prot. 34/2016

Cagliari, 26/10/2016

ASL8
NP. 2016/26521 del 26/10/2016 ore 09.25
Mitt.: OSPEDALE SS. TRINITA'

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 157 del 2016



al Direttore Generale

ASL Cagliari

Oggetto: nota di accompagnamento documentazione ECM.

Con la presente si consegna la seguente documentazione, relativa al progetto formativo dal titolo "La riabilitazione respiratoria nel paziente ricoverato in ospedale":

1. Modulo Richiesta Attivazione progetto formativo
2. Programma del corso
3. Indicazione di scelta dei docenti e assenza di conflitto di interessi
4. Dichiarazione di accettazione incarico di responsabile scientifico
5. n. 4 Dichiarazioni di accettazione incarico di docente o codocente e assenza di conflitto d'interessi per professionista
6. n. 4 Curricula docenti datato e firmato

Distinti saluti.

Il Direttore

Dott.ssa Marisa Merella

ASL CAGLIARI - P.O. SS. TRINITÀ - CA
Servizio di Recupero e
Rieducazione Funzionale
IL PRIMARIO
Dr.ssa Marisa Merella

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *La riabilitazione respiratoria nel paziente ricoverato in ospedale* "

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 per immettere testo.

Numero di edizioni previste 1

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	26/11/2016	26/11/2016	6 ^a Edizione	/ /	/ /
2 ^a Edizione	/ /	/ /	7 ^a Edizione	/ /	/ /
3 ^a Edizione	/ /	/ /	8 ^a Edizione	/ /	/ /
4 ^a Edizione	/ /	/ /	9 ^a Edizione	/ /	/ /
5 ^a Edizione	/ /	/ /	10 ^a 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 Sala riunioni Urologia – P.O. SS. Trinità

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Is Mirronis - Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 24 Totale Partecipanti 0

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 12 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 riabilitazione

Obiettivo formativo

Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

L'EVENTO SI PREFIGGE L'OBIETTIVO DI TRASMETTERE AI PARTECIPANTI LE CONOSCENZE RELATIVE AGLI ASPETTI CARATTERISTICI DELLE PROCEDURE DI RIABILITAZIONE RESPIRATORIA DEL PAZIENTE OSPEDALIZZATO. IN PARTICOLARE I PARTECIPANTI SVILUPPERANNO CONOSCENZA SULLE TECNICHE DI BASE DELLA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA, NONCHÉ, L'AGGIORNAMENTO DELLE LORO EVOLUZIONI; E VERRÀ SSEGNAO UN AMPIO SPAZIO ALLE METODICHE CHE UTILIZZANO IL CONTROLLO VOLONTARIO, LA POSTURA, ED IL RINFORZO DEI MUSCOLI RESPIRATORI E NON, E CHE PORTANO IL PAZIENTE AD UN RECUPERO CINESTESICO GLOBALE

B - Acquisizione competenze di processo:

L'EVENTO FORMATIVO MIRA A SVILUPPARE COMPETENZE UTILI AI PARTECIPANTI PER UTILIZZARE ATTRAVERSO UN PRECISO APPROCCIO LE TECNICHE RIABILITATIVE IN OSPEDALE. IN PARTICOLARE GLI ASPETTI DELLA RIABILITAZIONE RESPIRATORIA IN ACUZIE HANNO ASSUNTO PARTICOLARE SIGNIFICATO, OLTRE CHE PER LA SPECIFICA COMPETENZA TECNICO PROFESSIONALE DEL PERSONALE DEDICATO, ANCHE PER LA VALENZA DEL LAVORO IN EQUIPE E DELLA CONSEGUENTE NECESSARIA INTEGRAZIONE PROFESSIONALE.

C - Acquisizione competenze di sistema:

A LIVELLO SISTEMICO IL CORSO SI PREFIGGE DI SUPPORTARE I PARTECIPANTI IN UN PERCORSO DI APPROFONDIMENTO TEORICO SULLO STATO DELL'ARTE DELLA FISIOPATOLOGIA, DELLA FISIOTERAPIA E DELLA RIABILITAZIONE RESPIRATORIA DEL PAZIENTE RICOVERATO.

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

APPROCCIO INTERDISCIPLINARE ALLA RIABILITAZIONE RESPIRATORIA DEI PAZIENTI RICOVERATI.

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 06 dal corso

** I campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome Merella Nome Marisa

Codice Fiscale MRLMRS47S58H856T Luogo di nascita San Gavino Monreale Data di nascita 18/11/1947

Telefono 0706095816 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0706095816 e-mail marisamerella@asl8cagliari.it

Qualifica Fisiatra Competenze Direttore S.R.R.F. - P.O. SS. Trinità

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: 06 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>02</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>02</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>02</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

Validazione

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.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Cinus Nome Massimo

Codice Fiscale CNSMSM72D11B354L Telefono 0706095815 Cellulare 3383790106 Fax 0706095816 e-mail massimocinus@gmail.com



FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome Maxia Nome Annalisa

Codice Fiscale MXANLS59C51B354B Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/03/1959

Professione ECM Medico chirurgo Disciplina ECM Medicina fisica e riabilitazione

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3358388375 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail

annalisamascia@asl8cagliari.it Qualifica Fisiatra

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza fuori orario di servizio € 41,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 02 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 € 000,00

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 Tosi Nome Ignazio

Codice Fiscale TSOGNZ59H25E400G Luogo di nascita Laconi Data di nascita 25/06/1959

Professione ECM Fisioterapista Disciplina ECM Fisioterapista

Telefono 0706093096 Cellulare 3402895933 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail tosigna@tiscali.it

Qualifica Fisioterapista

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 004 Totale compenso € 103,28

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. 3

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome Scanu Nome Ornella

Codice Fiscale SCNRLL57L55B354A Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 15/07/1957

Professione ECM Fisioterapista Disciplina ECM Fisioterapista

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3471838736 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail

ornella.scanu@tiscali.it Qualifica Fisioterapista

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 004 Totale compenso € 103,28

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. 3

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome Farris Nome Donatella

Codice Fiscale FRRDTL65H55B354N Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 15/06/1965

Professione ECM Fisioterapista Disciplina ECM Fisioterapista

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3405944945 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail donafar@hotmail.it Qualifica Fisioterapista
 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 003 Totale compenso € 77,46
 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

E 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

Regolamento voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 366,02
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)		€ 538,17
<i>A cura dell'Area Formazione</i>		

Istituzioni di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze |
| <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 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 |

Dichiarazione di consenso per la pubblicazione dei dati personali

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>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>MARISA MERELLA</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>ASL SPINACOLA LOCALITÀ N. 8 OSPEDALE SS. TRINITÀ - CAGLIARI SERVIZIO DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE</p> <p>Marisa Merella</p>

l