

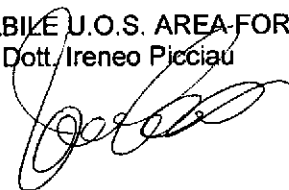
1181  
9 NOV. 2016

## Allegato "A"

### Approvazione Progetto Formativo Aziendale **"Garantire la sicurezza del paziente"**

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

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



Prot. n. 11019

ASL8  
NP.2016/26763 del 28/10/2016 ore 09.40  
Mitt.: OSPEDALE SS. TRINITA'  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2016



Al Servizio Formazione

Oggetto: Richiesta attivazione corso formazione



Io sottoscritto Raffaele Sulis, Responsabile della Struttura Complessa di Chirurgia Generale P.O. SS Trinità committente del seguente Progetto Formativo dal titolo: "Garantire la sicurezza del paziente", 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
- Verifica ECM

Cagliari, 20/10/2016

Il Direttore UOC  
Dr. Raffaele Sulis

  
 ASL Cagliari  
PO SS. Trinità Cagliari  
STRUTTURA COMPLESSA  
DI CHIRURGIA GENERALE  
Dr.ssa Luisa Marcialis - Matr. 48929

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: "Garantire la sicurezza del paziente"**

**Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI**  
**Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante**

Corso di aggiornamento

**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 1**

|                  | Data inizio | Data fine  |
|------------------|-------------|------------|
| Prima edizione   | 24/11/2016  | 24/11/2016 |
| Seconda edizione | / /         | / /        |
| Terza 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.**

**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 Formazione Sala Plenaria**

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) Via Caravaggio**

## 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

**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"/> Cardiochirurgia                          | <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

## Progetto Formativo

### Area tematica

Area prevenzione e promozione della salute

### Obiettivo formativo

La sicurezza del paziente

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Migliorare la sicurezza del paziente nei processi assistenziali in area chirurgica, con particolare attenzione verso le problematiche del paziente anziano, implementando le conoscenze utili a tale scopo.

#### B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisizione di strumenti teorici e pratici per stabilire corrette modalità di approccio assistenziale volto alla ricerca di qualità e sicurezza.

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisizione di conoscenze e competenze utili a migliorare e uniformare il comportamento di tutti gli operatori sanitari nell'ambito della prevenzione e sicurezza.

*\* 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 Sulis Nome Raffaele

Codice Fiscale SLSRLF51C03B354U Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 03/03/1951

Telefono 070/6095701 Cellulare 3409130051 Fax 070/6095876 e-mail raffaelesulis@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente medico Competenze Direttore U.O.C.



### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Müsü Nome Alessandra

Telefono 070/6095879 Cellulare 3669810550 Fax 070/6095876 e-mail alessandramusiu@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>4</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>0</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 EsternoCognome Putzu Nome Paolo FrancescoCodice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita 04/10/1950Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 330568204 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail p.putzu@tin.it Qualifica MedicoInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

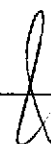
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. Totale compenso € 00,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 00,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 00,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 00,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE n. 2**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome Cinus Nome MassimoCodice Fiscale CNSMSM72D11B354L Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/04/1972Telefono 0706095815 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail massimocinus@asl8cagliari.it Qualifica Coordinatore InfermieristicoInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTOFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto in orario di servizio € 5,64Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 2 Totale compenso € 11,28

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 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 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

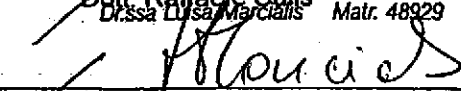
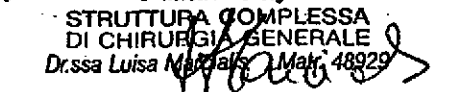
|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| A  | Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)        | €11,28          |
| B  | Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)            | € 0,00          |
| C  | Spese pasti (relativi a tutte le edizioni 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>€ 183,43</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                       |

### 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><b>Nome e cognome (in stampatello)</b><br/>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p> | <p>ASL Cagliari<br/>P.O. SS. Trinità - Cagliari<br/><b>STRUTTURA COMPLESSA<br/>DI CHIRURGIA GENERALE</b><br/>Dott. Chiara Siliu<br/>Dr.ssa Luisa Marcialis Matr. 48929</p>  |
| <p><b>Timbro e Firma (leggibile)</b><br/>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>      | <p>ASL Cagliari<br/>P.O. SS. Trinità - Cagliari<br/><b>STRUTTURA COMPLESSA<br/>DI CHIRURGIA GENERALE</b><br/>Dr.ssa Luisa Marcialis Matr. 48929</p>                         |