

Allegato "A"

1182

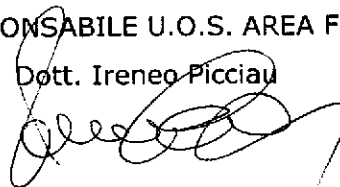
9 NOV. 2016

## **Approvazione Progetto Formativo Aziendale: "Management delle cure Primarie, strategie per la Qualità"**

Il presente allegato è composto di n. 13 fogli,  
di n. 13 pagine.

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



NP. 2016/18835 del 14/07/2016 ore 11.02  
Mitt.: Cure PrimarieAss.: Area Formazione  
Class.: 2. Fasc.: 80 del 2016Al Responsabile Area Formazione  
Dr. Ireneo Picciau  
Via Caravaggio  
09121 Cagliari

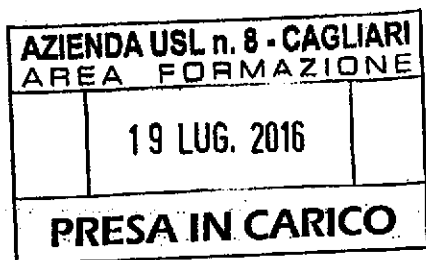
**Oggetto:** trasmissione documentazione per l'attivazione e l'Accreditamento ECM del PFA:  
"Management delle Cure Primarie: strategie per la Qualità"

Per l'attivazione e il relativo accreditamento ECM del PFA "Management delle Cure Primarie: strategie per la Qualità" si trasmette in allegato:

- la Scheda di Attivazione del PFA, compilata in ogni sua parte e debitamente firmata,
- il programma del PFA,
- il preventivo forfettario della Prof.ssa Piera Poletti,
- indicazione di scelta del Docente Prof.ssa Piera Poletti,
- l'accettazione dell'incarico di docenza della Prof.ssa Piera Poletti
- indicazione di scelta del Docente Dott.ssa Giovanna Rossi,
- l'accettazione dell'incarico di docenza della Dott.ssa Giovanna Rossi
- l'accettazione dell'incarico di Responsabile Scientifico della Dott.ssa Giovanna Rossi

Si ringrazia per la cortese collaborazione e si porgono distinti saluti

Il Direttore  
Dott. Antonello Corda



Servizio Proponente

CURE PRIMARIE

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: " Management delle Cure Primarie, strategie per la Qualità "**

**Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?**

SI

**Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante**

Scegliere un elemento.

CONVEGNO

**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**

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	14/11/2016	14/11/2016		__/__/__	__/__/__
2 <sup>a</sup> Edizione	15/11/2016	15/11/2016		__/__/__	__/__/__
3 <sup>a</sup> Edizione	16/11/2016	16/11/2016		__/__/__	__/__/__
4 <sup>a</sup> Edizione	17/11/2016	17/11/2016		__/__/__	__/__/__

**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.**

**Segni di svolgimento**

3  
1

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 Via Piero della Francesca sede centrale

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

### Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 34 Totale Partecipanti 136

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

4

**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



5

- 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

*[Handwritten signature]*

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia Clinica      | <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica                           | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base                                   |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica                      | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio                      | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia   |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione                 | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive                                       | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria  |
| <input type="checkbox"/> Angiologia                               | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale                          | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria                   | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input type="checkbox"/> Pediatria   |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia                           | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport                                     | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)   |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia                              | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza        | <input type="checkbox"/> Psichiatria   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale                       | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia)                   | <input type="checkbox"/> Psicoterapia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale             | <input type="checkbox"/> Medicina Interna   | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica                     | <input type="checkbox"/> Medicina Legale  | <input type="checkbox"/> Radioterapia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva       | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare  | <input type="checkbox"/> Reumatologia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare                      | <input type="checkbox"/> Medicina Termale   | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica  |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale                 | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia                                | <input type="checkbox"/> Urologia  |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia              | <input type="checkbox"/> Nefrologia   | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia  |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico                    | <input type="checkbox"/> Neonatologia   | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia   |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia   | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica  |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica      | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia                                      | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica  |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia                        | <input type="checkbox"/> Neurologia   | <input type="checkbox"/> Endocrinologia  |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica                          | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile                               | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione  |
| <input type="checkbox"/> Geriatria                                | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia  | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale  |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oftalmologia   | <input checked="" type="checkbox"/> Tutte le discipline  |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica  | <input type="checkbox"/> Oncologia  |  |

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

### "Management delle Cure Primarie, strategie per la Qualità "

#### Area tematica

#### AREA CURE PRIMARIE e CONTINUITA' ASSISTENZIALE

#### Obiettivo formativo

**Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali**

#### Finalità

**A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**

**PERCEZIONE DELLA QUALITA' come essenziale dimensione della competenza tecnica.**

**B - Acquisizione competenze di processo:**

**la qualità deve svilupparsi su determinate dimensioni che si possono misurare in termini di qualità valutata dall'utente, qualità professionale, qualità relazionale**

**C - Acquisizione competenze di sistema:**

**venire in contro alle esigenze e aspettative degli assistiti,**

**valorizzare le risorse umane**

**utilizzo razionale delle risorse assegnate**

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

**ripensamento analitico e critico di ciascun Settore della U.O.C. Cure Primarie con distribuzione equilibrata delle responsabilità ai fini del miglioramento dei processi e degli esiti**

**E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 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 Già in possesso della Area Formazione. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.**

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

Qualifica Fare clic qui per immettere testo. Competenze Fare clic qui per immettere testo.

Relativo alla struttura organizzativa

Cognome **Marini**. Nome **Carla Maria**.

Codice Fiscale **già in possesso della Area Formazione** .Telefono Fare clic qui per immettere testo.  
Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo.

### 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: 8 Minuti: 00**

#### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	1	45
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	00	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	00	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	00	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	00	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	6	15
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	00	00
Role - Playing	RP	00	00

Allegato

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)**

Allegato

40

8

(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 Scegliere un elemento  
Cognome **Poletti**. Nome **Piera**.  
Codice Fiscale già in possesso dell'Area Formazione. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.  
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo già in possesso dell'Area Formazione Scegliere un elemento.  
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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00.  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

A

### FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Scegliere un elemento  
Cognome **Rossi**. Nome **Giovanna**.  
Codice Fiscale già in possesso dell'Area Formazione. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.  
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.  
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 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 Scegliere un elemento  
Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.  
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

11

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per  
 immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.  
 Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.  
 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 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?  Sì  No

4

**Riepilogo costi spesa totale**

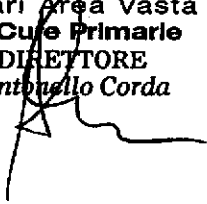
<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<u>€ 3.900,00</u>
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<u>€ 550,00</u>
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 550,00</u>
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 600,00</u>
<b>E</b>	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM ( a cura dell'Area Formazione)	€ <u>200,00</u>

**Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) € 5.000,00**

12

**Macchinaria di appartenenza:  
CURE PRIMARIE Direttore: Dott. Antonello Corda**

**ASL Cagliari**  
Distretto Soclosanitario 1  
Cagliari Area Vasta  
**S.C. Cure Primarie**  
IL DIRETTORE  
*Dr. Antonello Corda*



13

11