

# Allegato "A"

368

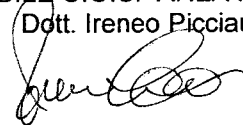
31 MAR. 2015

## Progetto Formativo Residenziale

### **"Accreditamento Istituzionale nel Pronto Soccorso: Realizzazione e verifica procedure".**

Il presente allegato è composto da n° 10 fogli  
di n°10 pagine

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



Prot. n. NP/2015/6648

Cagliari, 20 FEB. 2015

Oggetto: Richiesta attivazione corso formazione

UOC Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale - Area Formazione  
Sede

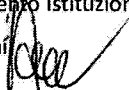
Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile della SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e  
Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari committente del seguente Progetto Formativo dal titolo:  
-L'accREDITAMENTO Istituzionale nel Pronto Soccorso: Realizzazione e verifica procedure

Chiede che venga attivato e accreditato ecm e con la presente si trasmette il seguente materiale didattico:

- Richieste attivazione Progetto formativo Residenziale
- Programmi delle giornate formative
- Indicazione di scelta del docente
- Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse
- Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse nella scelta docente
- Accettazione incarico di responsabile scientifico
- Descrizione del Project Work

Cagliari, 20/02/2015

Responsabile SSD Accreditamento Istituzionale

Dr. Aldo Monni 

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
24 FEB. 2015	
PRESA IN CARICO	

Asl Cagliari  
Sede legale: Via Logudoro, 17 09126 Cagliari  
Sede Amm.va: Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius  
c.f. e p. iva 02281430926  
www.aslcagliari.it

Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e  
Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari  
Via Tigellio, 21 - 1° Piano - Cagliari  
Tel. 070-6096820 - fax 070/6096908  
e-mail accreditamentoistituzionale@asl8cagliari.it  
Responsabile: Dott. Aldo Monni

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto:** " *Accreditamento Istituzionale nel Pronto soccorso: Realizzazione e verifica procedure* "

**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**

	Data inizio	Data fine
Prima edizione	18/06/2015	10/09/2015
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? NO**

*N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.*

**Se sì, indicare l'indirizzo:**

**Sede** Fare clic qui per immettere testo.

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap)** Fare clic qui per immettere testo.

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 20 Totale Partecipanti 20

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 20 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/Privati/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"/> 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

## Progetto Formativo

### Area tematica

### Area specialità chirurgiche

### Obiettivo formativo

Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisire conoscenze e competenze specifiche tecniche e professionali nel campo di riferimento così come previsto nei requisiti autorizzativi di accreditamento istituzionale del DGR 47/42 del 30/12/2010 della Regione Sardegna

#### B - Acquisizione competenze di processo:

La finalità principale, riferita alle competenze di processo, si integra con la diffusione dei contenuti relativi all'accreditamento e a tutti gli aspetti della qualità (documentazione, procedure, linee guida e protocolli, istruzioni operative, percorsi clinico assistenziali) del Pronto Soccorso della ASL di Cagliari. La realizzazione degli strumenti di qualità viene raggiunta con questo specifico corso di formazione a indirizzo multiprofessionale e multidisciplinare per l'area di riferimento: Il Pronto soccorso

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

La finalità principale, riferita alle competenze di sistema, è quella di acquisire maggior conoscenza dei processi clinici assistenziali del Pronto Soccorso formalizzando le procedure ad essi collegate. Queste procedure sono strumenti idonei che mirano a promuovere il miglioramento continuo della qualità con particolare riferimento all'efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi presi in considerazione.

*\* 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 Monni Nome Aldo

Codice Fiscale MNNLDA59A16B274A Luogo di nascita Burcei Data di nascita 16/01/1959

Telefono 070/6096818 Cellulare 3284958704 Fax 070/6096908 e-mail aldomonna@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente medico Competenze Responsabile SSD

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Furcas Nome Luigi

Telefono 070/6096854 Cellulare 3669121500 Fax 070/6096908 e-mail luigifurcas@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: 12 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>2</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>3</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>1</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>6</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/TUTOR n. 1**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Monni Nome Aldo  
Codice Fiscale MNNLDA59A16B274A Luogo di nascita Burcei Data di nascita 16/01/1959  
Telefono 070/6096816 Cellulare 3284958704 Fax 070/6096908 e-mail aldomonni@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 000 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/TUTOR n. 2**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Corrias Nome Ferdinando  
Codice Fiscale CRRFDN53T03D443L Luogo di nascita Esterzili Data di nascita 03/12/1953  
Telefono 070/6096814 Cellulare 3665612331 Fax 070/6096908 e-mail ferdinandocorrias@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 000 Totale compenso € 8,20  
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*

4



**FORMATORE/TUTOR 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 28,2. Totale compenso € 28,2  
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. 4**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Monni Nome Maria Vincenza  
Codice Fiscale MNNMVN62A44B274J Luogo di nascita Burcei Data di nascita 04/01/1962  
Telefono 070/6096853 Cellulare 3669121264 Fax 070/6096908 e-mail mariavincenzamonni@asl8cagliari.it  
Qualifica Infermiera  
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 28,2. Totale compenso € 28,2  
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. 5 (Sostituto)**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Saiu Nome Antonio  
Codice Fiscale SAINTN53S04L924V Luogo di nascita Villacidro Data di nascita 04/11/1953  
Telefono 070/6096821 Cellulare 3665606215 Fax 070/6096908 e-mail antoniosaiu@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*

**Fonti di finanziamento**

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema     Formazione specifica
- Finanziamenti Regionali (indicare alto 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)	€ 64,60
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	€ 350,00
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b>		<b>€ 414,60</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 checked="" type="checkbox"/> DASS Accreditemento Strutture Sanitarie | <input 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

<b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	<b>ASL Cagliari</b> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari SSD Accreditemento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Il Responsabile <i>Dott. Aldo Monni</i>
<b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	<b>ASL Cagliari</b> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari SSD Accreditemento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Il Responsabile <i>Dott. Aldo Monni</i>