

# Allegato "A"

369

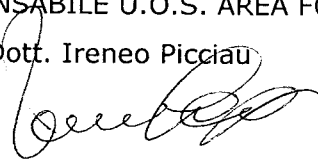
31 MAR. 2015

Preso d'atto Progetto Formativo Aziendale:  
**"Percorso che conduce alla donazione degli organi: aspetti clinici, assistenziali, comunicativi e relazionali"**.

Il presente allegato è composto di n. 14 fogli,  
di n. 14 pagine.

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto:** " *Percorso che conduce alla donazione degli organi: aspetti clinici, assistenziali, comunicativi e relazionali* "

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

Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NO**

**È previsto l'uso della sola lingua italiana? NO**

**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**

	<b>Data Inizio</b>	<b>Data fine</b>
Prima edizione	<u>04/03/2015</u>	<u>06/03/2015</u>
Seconda edizione	<u>00/00/00</u>	<u>00/00/0000</u>
Terza edizione	<u>00/00/00</u>	<u>00/00/0000</u>

**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 Aula Thun Microcitemico**

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) via Jenner sn 09121 Cagliari**



## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 50 Totale Partecipanti Fare clic qui per immettere testo.

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n.     Fare clic qui per immettere testo.  
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

**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 checked="" 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 Vascolare                                 | <input type="checkbox"/> Medicina Termale   | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia  |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale                            | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia                                | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia   |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia                         | <input type="checkbox"/> Nefrologia   | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica  |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico                               | <input type="checkbox"/> Neonatologia   | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia   | <input type="checkbox"/> Endocrinologia  |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica                 | <input checked="" type="checkbox"/> Neurofisiopatologia                           | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione  |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Neurologia                                    | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale  |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica                                     | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile                               | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline   |
| <input type="checkbox"/> Geriatria   | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia  |  |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione            | <input type="checkbox"/> Oftalmologia   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica  | <input type="checkbox"/> Oncologia  |  |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica                      | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base              |  |
|  | <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 emergenza ed urgenza

**Obiettivo formativo**

Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione – trapianto

**Finalità \***

### **A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**

acquisizione e implementazione delle conoscenze relative alle attività che, dall'individuazione del potenziale donatore, conducono alla donazione degli organi; promozione di una loro efficace applicazione:

### **B - Acquisizione competenze di processo:**

studio dell'intero processo di donazione e trapianto nella sua articolazione organizzativa, clinica e scientifica allo scopo di formare operatori esperti, consapevoli e aggiornati rispetto ad una realtà in continua evoluzione. A tal fine si rende fondamentale il coinvolgimento di tutte le figure professionali che prendono parte al processo, nelle sue diverse fasi, attraverso un percorso formativo specifico che, oltre a fornire competenze sul piano clinico, tecnico e procedurale, permettano di affinare anche le abilità comunicative e relazionali.

### **C - Acquisizione competenze di sistema:**

in un contesto così articolato si rende necessario assicurare la massima attenzione rispetto alla gestione delle attività, allo scopo di garantire qualità e sicurezza di tutto il percorso donativo. Per tale motivo si rende necessario uniformare le conoscenze di tutto il personale coinvolto nel processo di donazione affinché si consolidi l'organizzazione di una rete di professionisti capaci di integrarsi, non solo all'interno del gruppo di lavoro ma anche con gli altri servizi sanitari coinvolti nel procurement e dislocati sul territorio regionale

*\* 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 Addis Nome Maria Teresa

Codice Fiscale DDSMTR54S50A453R Luogo di nascita ARZACHENA Data di nascita 10/11/1954

Telefono 0706095365 Cellulare 3398973389 Fax 070521350 e-mail mariaateresaaddis@asl8cagliari.it

Qualifica Direttore Sanitario Competenze Coordinatore Aziendale Trapianti ASL Cagliari

**Referente della segreteria organizzativa**

Cognome Faemma Nome Maria Rosa

Telefono 0706095445 Cellulare 3393551858 Fax 070521350 e-mail mariarosafaemma@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: 26 Minuti: 0

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>9</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>0</u>	<u>30</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>5</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>4</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>4</u>	<u>30</u>
Role - Playing	RP	<u>4</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 Esterno  
Cognome Argiolas Nome Tomasina  
Codice Fiscale RGLTSN61T44L512F Luogo di nascita Ussana Data di nascita 04/12/1961  
Telefono 070539436 Cellulare 3465840521 Fax 070539409 e-mail tomasinaargiolas@aob.it Qualifica Infermiere  
presso il Coordinamento locale Procurement e Trapianti di Organi Tessuti e Cellule AO Brotzu  
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 Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)  
Numero Pasti 1 Totale spesa rimborso pasti € 0,00  
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 Esterno  
Cognome Bennardi Nome Linda  
Codice Fiscale BNNLND68H62L219A Luogo di nascita Torino Data di nascita 22/06/1968  
Telefono 0118194184 Cellulare 3495783919 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail nlinda.bennardi@libero.it  
Qualifica Psicologa Responsabile del Servizio Psicologia Medica per i Trapianti dell'AOU Torino  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 500,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)  
Numero Pasti 2 Totale spesa rimborso pasti € 000,00  
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 300,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. sostituto**

Ruolo Docente Esterno  
Cognome Biffa Nome Gabriella  
Codice Fiscale BFFGRL57D66I480N Luogo di nascita Genova Data di nascita 26/04/1957  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3356851568 Fax 0105556767 e-mail gabriella.biffa@sanmartino.it Qualifica Dirigente Psicologo IRCCS AOU San Martino di Genova ufficio Coordinamento Regionale per i prelievi di organo  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 500,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)  
Numero Pasti 2 Totale spesa rimborso pasti € 000,00  
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 300,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. sostituto**

Ruolo Docente Esterno  
Cognome BRAVI Nome ELENA  
Codice Fiscale BRVLNE64B61L781T Luogo di nascita Verona Data di nascita 21/02/1964  
Telefono 0461902367 Cellulare 3474699881 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail elena.bravi@apss.tn.it  
Qualifica Dirigente Psicologo Psicoterapeuta Direttore UOC Psicologia Clinica Trento Intervento psicologico in Area Critica  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 500,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)  
Numero Pasti 2 Totale spesa rimborso pasti € 000,00  
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 300,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 4**

Ruolo Docente Esterno  
Cognome DESSY Nome ELISA  
Codice Fiscale DSSLSE64T43L219Q Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita 03/12/1964  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3355946795 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail elisa.dessy@gmail.com Qualifica consulente e formatore senior  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 500,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.  
Numero Pasti 2 Totale spesa rimborso pasti € 000,00  
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 300,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 5**

Ruolo Docente Esterno  
Cognome FONSATO Nome ALESSIA  
Codice Fiscale FNSLSS75P48F335Z Luogo di nascita Moncalieri Data di nascita 08/09/1975  
Telefono 0119189795 Cellulare 3204268598 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail alessia.fonsato@gmail.com Qualifica Coordinatore ufficio di Coordinamento infermieristico per l'attività di prelievo di organi e tessuti ASL Torino  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 500,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)  
Numero Pasti 2 Totale spesa rimborso pasti € 000,00  
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 300,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*



**FORMATORE/TUTOR n. 6**Ruolo Docente EsternoCognome GENZANO BESSO Nome FEDERICOCodice Fiscale GNZFRC61S05L219P Luogo di nascita TORINO Data di nascita 05/11/1961Telefono 0116336518/9 Cellulare 3351328099 Fax 0116334363 e-mail federico.genzano@gmail.com QualificaDirigente Medico Responsabile banca delle cornee e paratiroidi. Coordinamento Regionale banche dei tessuti Regione Piemonte

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 8 Totale compenso € 500,00Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)Numero Pasti 2 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 300,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 7**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome GIUSTOLISI Nome GIADACodice Fiscale GSTGDI73A42C351I Luogo di nascita Catania Data di nascita 02/01/1973Telefono 0706092915 Cellulare 3479535600 Fax 0706092999 e-mail crtsardegna@tiscali.it Qualifica DirigenteMedico presso Coordinamento Regionale Donazione e Trapianti BinaghiInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

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 1 Totale spesa rimborso pasti € 0,00Pernottamento 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. 8**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome LITTERA Nome ROBERTOCodice Fiscale LTTRRT68A05B354K Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 05/01/1968Telefono 0706092915 Cellulare 3409040572 Fax 0706092999 e-mail crtsardegna@tiscali.it Qualifica DirigenteMedico presso il Coordinamento Regionale Donazione e Trapianti BinaghiInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

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 1 Totale spesa rimborso pasti € 0,00Pernottamento 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. 9

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome ONNIS Nome CARLA  
Codice Fiscale NNSCRL64S52B745M Luogo di nascita CARBONIA Data di nascita 12/11/1964  
Telefono 0706092915 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0706092999 e-mail crtsardegna@tiscali.it  
Qualifica Dirigente Medico presso Centro Regionale Trapianti Binaghi  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
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 1 Totale spesa rimborso pasti € 0,00  
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. 10

Ruolo Docente Esterno  
Cognome PETTINAO Nome PAOLO  
Codice Fiscale PTTPLA43A10B354O Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 10/01/1943  
Telefono 070496922 Cellulare 3338525758 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail ppettinao@gmail.com  
Qualifica Dirigente Medico Presidente associazione Regionale AIDO  
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 Fare clic qui per immettere testo. Totale compenso € 0,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)  
Numero Pasti 1 Totale spesa rimborso pasti € 0,00  
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. 11

Ruolo Docente Esterno  
Cognome POTENZA Nome RAFFAELE  
Codice Fiscale PTNRFL68E18C665P Luogo di nascita CHIVASSO Data di nascita 18/05/1968  
Telefono 0119102899 Cellulare 3351328361 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail rpotenza@cittadellasalute.to.it Qualifica Dirigente Medico specialista in Anestesia e Rianimazione Coordinatore Regionale Donazione e prelievi organi e tessuti ASL Torino 2  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 500,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)  
Numero Pasti 2 Totale spesa rimborso pasti € 000,00  
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 300,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. sostituto**

Ruolo Docente Esterno  
Cognome SALVAGO Nome FABRIZIA  
Codice Fiscale SLVFRZ64E66B354M Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 26/05/1964  
Telefono 070539693 Cellulare 3332607525 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail fabrisal@tiscali.it Qualifica Dirigente Psicologo Coordinamento Trapianti AO Brotzu  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 000,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.  
Numero Pasti 1 Totale spesa rimborso pasti € 0,00  
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. 12**

Ruolo Docente Esterno  
Cognome TICCA Nome PIETRINA  
Codice Fiscale TCCPRN63H42F979Z Luogo di nascita NUORO Data di nascita 02/06/1963  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3387697533 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail pietrina.t@alice.it Qualifica Dirigente medico Specialista in Anestesia e Rianimazione San Francesco Nuoro  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 200,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)  
Numero Pasti 1 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. sostituto**

Ruolo Docente Esterno  
Cognome ZIDDA Nome ELENA PASQUALINA  
Codice Fiscale ZDDLPS56G71G147T Luogo di nascita ORUNE Data di nascita 31/03/1956  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3293110767 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail elenazidda@tiscali.it Qualifica Dirigente Medico Responsabile Anestesia e Rianimazione San Francesco di Nuoro  
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 200,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)  
Numero Pasti 1 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. 13**

Ruolo Docente Esterno

Cognome ZONCHEDDU Nome PIETRO

Codice Fiscale ZNCPTR62D09B429J Luogo di nascita CALTANISSETTA Data di nascita 09/04/1972

Telefono 035515835 Cellulare 3484947905 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail pzonchedduhpg23.it

Qualifica Psichiatra ospedali Riuniti di Bergamo Referente area psicologico-psichiatrica del Coordinamento dell'area

Prelievo e Trapianti d'Organi della provincia di Bergamo. Presidente della SIPsyTO

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 500,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore. (D.P.R. 395/88)

Numero Pasti 2 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 300,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 14**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome ZORCOLO Nome FRANCESCA

Codice Fiscale ZRCFNC65S42B354F Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/11/2014

Telefono 0706092915 Cellulare 3339039989 Fax 0706092999 e-mail crtсарdegnа@tiscalli.it Qualifica Dirigente

Medico presso Coordinamento Regionale donazioni e Trapianti Binaghi

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 1 Totale spesa rimborso pasti € 0,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 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

### Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 3.200,00
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 Spese pasti Spese pernottamento/i (relative a tutte le edizioni)	€ 1.800,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 564,81
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b>		<b>€ 5.564,81</b>

### Macrostruttura di appartenenza

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti<br><input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi<br><input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici<br><input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza<br><input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari<br><input type="checkbox"/> D.G. Staff<br><input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale<br><input type="checkbox"/> P.O. Marino<br><input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico<br><input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe<br><input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino<br><input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità<br><input type="checkbox"/> P.O. Binaghi<br><input checked="" 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 style="text-align: center;"><b>Nome e cognome (in stampatello)</b></p> <p style="font-size: small;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>MARIA TERESA ADDIS</p>
<p style="text-align: center;"><b>Timbro e Firma (leggibile)</b></p> <p style="font-size: small;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	

### 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)	€ 3.200,00
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 Spese pasti Spese pernottamento/i (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 1.800,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 0,00
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b>		<b>€ 5.000,00</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 Accredimento 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 checked="" 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>          Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">MARIA TERESA ADDIS</p> 
<p><b>Timbro e Firma (leggibile)</b>          Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;"> <b>AZIENDA U.S.L. N° 8 - CAGLIARI</b>  <b>P.O. "A. BUSINCO"</b>  <b>DIRIGENTE SANITARIO</b>  <b>Dott.ssa M. TERESA ADDIS</b> </p>