ASLCagliari

Allegato "A"

689
16 GIU. 2015

Progetto Formativo Residenziale
"Percorso che conduce alla donazione degli organi: aspetti clinici, assistenziali, comunicativi e relazionali".

Il presente allegato è composto da n°13 fogli di n° 13 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE
f.f. Dott.ssa Marisa Udella

ASLCagliari

Servizio Proponente Direzione Sanitaria Businco

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

	Data Inzio	Data fine
Prima edizione	18/05/2015	20/05/2015
Seconda edizione	00/00/00	00/00/0000
Terza edizione	00/00/00	00/00/0000

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

ASL8
NP.2015/14942 del 30/04/2015 ore 11,56
Mitt.: Ospedale Businco
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 174 del 2015

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:

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

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 affinchè 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 mariateresaaddis@asl8cagliari.it
Qualifica Direttore Sanitario Competenze Coordinatore Aziendale Trapianti ASL Cagliari

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Faedda Nome Maria Rosa
Telefono 0706095445 Cellulare 3393551858 Fax 070521350 e-mail mariarosafaedda@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	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	9	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	0	30
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	5	0
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	4	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	00	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	4	0
Role - Playing	RP	4	00

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 mobilita 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 mobilita 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 mobilita 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 Esterno
Cognome GENZANO BESSO Nome FEDERICO
Codice Fiscale GNZFRC61S05L219P Luogo di nascita TORINO Data di nascita 05/11/1961
Telefono 0116336518/9 Cellulare 3351328099 Fax 0116334363 e-mail federico.genzano@gmail.com Qualifica Dirigente 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 € 100,00
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. 7

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome GIUSTOLISI Nome GIADA
Codice Fiscale GSTGDI73A42C351I Luogo di nascita Catania Data di nascita 02/01/1973
Telefono 0706092915 Cellulare 3479535600 Fax 0706092999 e-mail crrtsardegna@tiscali.it Qualifica Dirigente Medico presso Coordinamento Regionale Donazione e 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. 8

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome LITTERA Nome ROBERTO
Codice Fiscale LTTRRT68A05B354K Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 05/01/1968
Telefono 0706092915 Cellulare 3409040572 Fax 0706092999 e-mail crrtsardegna@tiscali.it Qualifica Dirigente Medico presso il Coordinamento Regionale Donazione e 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. 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 crrtsardegna@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 mobilita 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 mobilita 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 CALTANISETTA Data di nascita 09/04/1972
Telefono 035515835 Cellulare 3484947905 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail pzoncheddu@pg23.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 mobilita 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 crrtsardegna@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 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? ☐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 edi	€ 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
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)	**€ 5.000,00**

Macrostruttura di appartenenza

☐ Coordinamento distretti
☐ D.A. Servizi amministrativi
☐ D.A. Servizi tecnico logistici
☐ Centrale Operativa 118
☐ Dipartimento Emergenza Urgenza
☐ Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
☐ D.G. Staff
☐ DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
☐ Dipartimento Dipendenze
☐ Dipartimento Farmaco
☐ Dipartimento Prevenzione
☐ Dipartimento Salute Mentale
☐ P.O. Marino
☐ P.O. Microcitemico
☐ P.O. San Giuseppe
☐ P.O. San Marcellino
☐ P.O. Santissima Trinità
☐ P.O. Binaghi
☒ 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

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	MARIA TERESA ADDIS
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	AZIENDA U.S.L. N° 8 - CAGLIARI P.O. "A. BUSINCO" DIRIGENTE SANITARIO Dott.ssa M. TERESA ADDIS