

Allegato "A"

Preso d'atto approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"Istituzione Registro Malattie Rare"**.

Il presente allegato è composto di n. ¹¹.....fogli,
di n. ¹¹..... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciai



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1143 DEL 23 SET. 2015

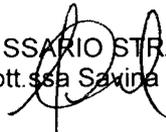
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " Istituzione Registro Malattie Rare "

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? NO
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Corso di addestramento

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: 10

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	15/06/2015	15/06/2015
Seconda edizione	16/06/2015	16/06/2015
Terza edizione	17/06/2015	17/06/2015

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 Informatica ASL8 – Area Formazione

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



Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 36 Totale Partecipanti 400

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

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

Progetto Formativo

Area tematica

Area specialità mediche

Obiettivo formativo

Linee guida – protocolli – procedure – documentazione clinica

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Istruzione sull'utilizzo del Registro Regionale per le Malattie Rare

B - Acquisizione competenze di processo:

Inserimento pazienti su Registro Regionale Malattie Rare

C - Acquisizione competenze di sistema:

Fare clic qui per immettere testo.

** 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 Moi Nome Paolo

Codice Fiscale MOIPLA51M201707R Luogo di nascita Seulo Data di nascita 20/08/1951

Telefono 070 6095660 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 070 503696 e-mail clinicapediatrica2@asl8cagliari.it

Qualifica Professore associato – Direttore Clinica Pediatrica, Talassemie e Altre Malattie Rare Competenze Pediatria e Malattie Rare

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.

Codice Fiscale 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.

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: 3 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>00</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>00</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>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>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>3</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 Esterno
Cognome Facchin Nome Paola
Codice Fiscale FCCPLA53L56L736V Luogo di nascita Venezia Data di nascita 16/07/1953
Telefono 049 8215700 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 049 8215701 e-mail epi@pediatria.unipd.it
Qualifica Professore associato di Pediatria a Padova
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 12 Totale spesa rimborso pasti € 333,48
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 5 Totale spesa pernottamento € 550,00
Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 250,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Esterno
Cognome Naccari Nome Francesca
Codice Fiscale NCCFNC86M66L736I Luogo di nascita Venezia Data di nascita 26/08/1986
Telefono 049 8215700 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 049 8215701 e-mail epi@pediatria.unipd.it
Qualifica Dottoranda in Scienze della Programmazione Sanitaria - Università degli Studi di Padova
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 12 Totale spesa rimborso pasti € 333,48
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 5 Totale spesa pernottamento € 550,00
Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 250,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Esterno
Cognome Barbieri Nome Sara
Codice Fiscale BRBSRA75M66B110D Luogo di nascita Bozzolo (MN) Data di nascita 26/08/1975
Telefono 049 8215700 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 049 8215701 e-mail epi@pediatria.unipd.it
Qualifica Medico specializzato in Medicina di Comunità. Contrattista con l'Azienda Ospedaliera di Padova, Coordinamento Regionale per le Malattie Rare
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 12 Totale spesa rimborso pasti € 333,48
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 5 Totale spesa pernottamento € 550,00
Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 250,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

A

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema
 Formazione specifica
 Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Deliberazione ASL8 n. 1149 del 21.06.2013
 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)	€ 0,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1850,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 1000,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 750,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ /
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 3'400,00

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 checked="" type="checkbox"/> P.O. Microcitemico |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie | <input 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

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	PAOLO MOI
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	 Prof. Paolo Moi Direttore Clinica di Medicina Interna, Pneumologia, Complesso e Raro Corso Ospedaliero Microcitemico È responsabile del Centro di riferimento regionale per le malattie rare AST 6 - Cagliari numero verde: 800095040 e-mail: info@malattiearesaldegna.it

Cagliari, 08.06.2015
Prot. 103

Al Direttore Generale
ASL8
Cagliari

All'Area Formazione
ASL8
Cagliari

*Verificare con
l'Area Formazione*
DIRETTORE SANITARIO
Dr. Pier Paolo Pani
14-07-15

Oggetto: Autorizzazione corso di addestramento e richiesta rimborso spese di viaggio e pernottamento per relatori e partecipanti provenienti da fuori Cagliari

Il sottoscritto Prof. Paolo Moi, Coordinatore del Centro di Riferimento Regionale per le Malattie Rare, chiede, in preparazione all'attivazione del Registro Regionale per le Malattie Rare, l'approvazione allo svolgimento del corso di addestramento per l'utilizzo di tale registro. Il corso, che si svolgerà in dodici edizioni (si allega calendario) presso l'Aula Informatica dell'Area Formazione, sarà rivolto a circa 400 operatori e referenti per le Malattie Rare provenienti da tutta la Sardegna.

L'istruzione sarà curata dal personale della Regione Veneto il cui registro è stato adottato dalla maggior parte delle regioni italiane e si avvia a diventare uno standard nazionale.

Oltre all'approvazione del corso di addestramento chiede di poter rimborsare le spese di viaggio, vitto e alloggio ai formatori (3) e le spese di viaggio a coloro che parteciperanno al corso che vengono da fuori Cagliari e che ne faranno richiesta.

Per quanto riguarda le spese di pernottamento si chiede, se i tempi lo permettono, che sia l'amministrazione a provvedere alla prenotazione e pagamento presso l'Hotel Regina Margherita di Cagliari.

Tutte le spese graveranno sui fondi assegnati dalla RAS il cui utilizzo è stato approvato con deliberazione ASL n. 1149 del 21.06.2013 e che prevedeva la voce "Missioni per implementazione Rete Regionale (Viaggi, pernottamenti del personale veneto in Sardegna, affitto sala informatica, pernottamenti referenti Centri della Sardegna) per un importo di € 80.000,00. COD PROGETTO 201011.

In attesa di vostro cenno di risposta, porgo cordiali saluti

Prof. Paolo Moi
Centro Pediatrico Microcitemico
ASL8 Cagliari
numero verde: 800095040
e-mail: paolo@malattierare.regione.sardegna.it

Asl Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Salarbus
c.f. e p. Na 02281430928
www.aslcagliari.it

Clinica Pediatrica, Talassemie e Malattie rare
Direttore: Prof. Paolo Moi
Via Jenner 09121 Cagliari
Tel 070/8065658 Fax 070/8065558

ASL8
NP.2015/23482 del 20/07/2015 ore 10.04
Mitt.: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 219 del 2015



AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
17 LUG. 2015	
SEGNA COME VISTO	

Calendario corso di addestramento "Registro Regionale Malattie Rare":

- 15/06/2015 Ore:08-11
- 15/06/2015 Ore:11-14
- 15/06/2015 Ore:15-18
- 16/06/2015 Ore:11-14
- 17/06/2015 Ore:08-11
- 17/06/2015 Ore:11-14
- 18/06/2015 Ore:08-11
- 18/06/2015 Ore:11-14
- 19/06/2015 Ore:08-11
- 19/06/2015 Ore:11-14

A

ASL8
NP.2015/24151 del 27/07/2015 ore 13.06
Mitt.: Area Formazione

Ass.: DIREZIONE SANITARIA

Class.: 1. Fasc.: 219 del 2015



Al Direttore Sanitario

Sede

Oggetto: Autorizzazione corso di addestramento e richiesta rimborso spese di viaggio e pernottamento per relatori e partecipanti provenienti da fuori Cagliari.

In riferimento alla nota pari oggetto n. 103 del 08.06.2015, a firma del Direttore della UOC Clinica Pediatrica, Talassemie e Malattie Rare, Dott. Paolo Moi, per la quale la S.V. in data 14.07.2015 ha chiesto una verifica della proposta, si comunica quanto segue:

- Come indicato nella nota, l'attività formativa, che si è già svolta presso la nostra sede, grava su fondi regionali assegnati al Dipartimento di Prevenzione. Pertanto, non generano un costo aggiuntivo per l'Azienda.
- La spesa preventivata è di € 3.400,00. Nessun partecipante ha chiesto il rimborso spese di viaggio.

In attesa di eventuali disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau



4

10

ASLB
NP.2015/25538 del 11/08/2015 ore 11,43
Mitt.: Area Formazione

Ass.: DIREZIONE SANITARIA
Class.: 1. Fasc.: 232 del 2015



Al Direttore Sanitario
Sede



Oggetto: Autorizzazione corso di addestramento e richiesta rimborso spese di viaggio e pernottamento per relatori e partecipanti provenienti da fuori Cagliari.

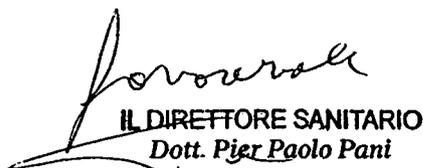
In riferimento alla Vostra nota pari oggetto n. NP/25227 del 07.08.2015, per la quale si richiede un controllo in merito, si comunica quanto segue:

- L'attività formativa, che si è già svolta presso la nostra sede, grava su fondi regionali assegnati dalla RAS alla nostra Azienda per progetti relativi alle malattie rare (vedi delibera ASL 8 n. 1149 del 21.06.2013). Pertanto, la formazione in questione non genera un costo aggiuntivo per l'Azienda.
- L'erronea presunzione di attribuzione di tali fondi al Dipartimento di Prevenzione è derivata dal fatto che la nota di richiesta di autorizzazione reca il protocollo e risulta spedita dal Dipartimento di Prevenzione.
- La spesa preventivata è di € 3.400,00. Nessun partecipante ha chiesto il rimborso spese di viaggio.

In attesa di eventuali disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau



IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani

25-08-15

Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

AZIENDA USL n. 8 - C
AREA FORMAZIONE

26 AGO, 2015

SEGNA COME

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

