

Allegato "A"

Approvazione Evento Formativo Residenziale: "PROGETTO CCM STRUMENTI VIS PER VALUTATORI E PROPONENTI"

Il presente allegato è composto da n° 4 fogli di
n° 4 pagine

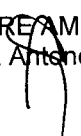
IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau



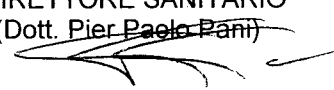
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1145 DEL 23 SET. 2015

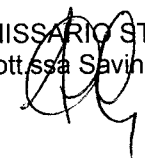
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)



ASL8

PG/2015/ 0093959 del 01/09/2015 ore 11,14

Mittente : Salute e Ambiente

Destinatari : RESPONSABILE AREA FORMAZIONE AS

Classifica : 2 Fascicolo : 134 del 2015



Responsabile
Area Formazione
Sede

Oggetto: Trasmissione materiale cartaceo corso di formazione "PROGETTO CCM STRUMENTI VIS PER VALUTATORI E PROPONENTI" 23-25 Settembre 2015

Si trasmette il seguente materiale ai fini dell'accreditamento del corso in oggetto:


- Scheda di attivazione del corso compilata e firmata
- Programma
- N 8 Moduli compilati e firmati di Accettazione di incarico dei seguenti docenti: Adele Ballarini, Fabrizio Bianchi, Cinzia Camurri, Liliana Cori, Ennio Cadum, Nunzia Linzalone, Marinella Natali, Cristiano Piccinelli,
- Modulo compilato e firmato dell'accettazione di incarico di responsabile scientifico
- Modulo compilato e firmato di indicazione scelta docenti e assenza di conflitto di interessi
- Elenco partecipanti
- Copia del parere favorevole del Direttore sanitario all'organizzazione del corso (prot.n 22434 del 08/07/2015)
- Copia nota della Regione sardegna -Assessorato Sanità – Ruolo ASL Capofila (n prot. 37865 del 03/04/2015)
- Questionario
- Scheda project work

Il Responsabile


Grazia Serra

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Dottoressa SILVANA ALLERCI



ASL8
NP.2015/26706 del 02/09/2015 ore 10,14
Mitt.: Salute e Ambiente

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 236 del 2015



Servizio Proponente

SSD SALUTE E AMBIENTE

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

PROGETTO CCM STRUMENTI VIS PER VALUTATORI E PROPONENTI

Si richiede l'accREDITAMENTO ECM del progetto formativo residenziale?

SI

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

(cancellare le voci che con interessano)

- 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?

SI

Se "SI" indicare l'importo €

30,00

f

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?

NO

Se "SI" indicare la denominazione

Numero di edizioni previste ____

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	██████	██████
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?

SI

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

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede: Dipartimento di Prevenzione c/o Cittadella della Salute Pad D

Indirizzo via Romagna 16- 09121 Cagliari

4

4

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 20 Totale Partecipanti 20

Aperto a n. 17 operatori di altre ASL

Professioni dei partecipanti

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- X Medico Chirurgo
- X Biologo
- X Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro

Discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

- *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*
- *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro*

Discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

Discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

Discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

Progetto Formativo

Area tematica

- **Area prevenzione e promozione della salute**

Obiettivo formativo

- **Sicurezza ambientale e/o patologie correlate**

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisizione di strumenti metodologici per valutare gli effetti sulla salute di interventi strutturali e atti di programmazione territoriale, nonché nei percorsi di valutazione ambientale (VAS, VIA, AIA)

B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisizione di abilità metodologiche nelle Valutazioni di Impatto Sanitario su progetti o programmi che comportano impatti ambientali/sanitari e per i quali si è chiamati ad esprimere parere in conferenza di Servizi

C - Acquisizione competenze di sistema:

L'adozione degli strumenti acquisiti per concretizzare l'integrazione dell'analisi degli impatti sulla salute in ogni programma, politica o progetto secondo quanto previsto dal il Piano Regionale di Prevenzione recentemente adottato

** 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 Natali Nome Marinella
Codice Fiscale NTLMNL55I66A944H
Luogo di nascita Bologna Data di nascita 26/07/1955
Telefono 0515277329 Cellulare _____ FAX 0515277065
e-mail mnatali@regione.emilia-romagna.it
Qualifica Biologa Competenze : Regione Emilia-Romagna- Servizio Sanità pubblica

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Fioretto Nome Daniela
Telefono 07047443890 Cellulare _____ FAX 070 47443874
e-mail danielafioretto@asl8cagliari.it

6

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: 14 __ Minuti: _00_

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	1	15
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	3	0
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED		
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	0	30
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	9	15
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED		
Role - Playing	RP		

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti

- *Questionario (allegare il modello)*
- *Project work (allegare la descrizione)*

Attrezzatura

- *Videoproiettore*
- *Lavagna a fogli mobili*
- *Computer portatile*

FORMATORE n.1

Ruolo: Docente Esterno

CognomeNatali _____ **Nome Marinella** _____

Codice Fiscale NLMNL55166A944H

Luogo di nascita Bologna **Data di nascita** 26/07/1955 **Telefono** 0515277329

Cellulare _____ **FAX** 0515277065 **e-mail** mnatali@regione.emilia-romagna.it

Qualifica Biologa **Competenze** Referente scientifico progetto CCM

Fascia retributiva di competenza e relativo importo _____

Ore di docenza/ da retribuire _____ **Totale compenso €** 0

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

A

8

FORMATORE n. 2

Ruolo: Docente Esterno,

Cognome Ballarini Nome Adele

Codice Fiscale BLLDLA80S67G337F

Luogo di nascita Parma Data di nascita 27/11/1980 Telefono _

Cellulare 3296858479 FAX 0515277065 e-mail aballarini@regione.emilia-romagna.it

Qualifica laureata in scienza della comunicazione-master in ecologia Competenze Regione Emilia Romagna
Servizio Sanità Pubblica

Fascia retributiva di competenza e relativo importo

-

Ore di docenza/ da retribuire ___ Totale compenso € 0

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

FORMATORE/ n.3

FRuolo: Docente Esterno,

Cognome Bianchi Nome Fabrizio

Codice Fiscale BNCFRZ53H11G7020

Luogo di nascita PISA Data di nascita 11/06/1953 Telefono

Cellulare 3482574511 FAX 050 3152570 e-mail fabrizio.bianchi@ifc.cnr.it

Qualifica Biologo Competenze Dirigente di ricerca CNR

Fascia retributiva di competenza e relativo importo

-

Ore di docenza/ da retribuire ___ Totale compenso € 0

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

FORMATORE/ n.4

Ruolo: Docente Esterno,

Cognome Cori Nome Liliana

Codice Fiscale CROLLN61D50E463M

Luogo di nascita La Spezia Data di nascita 10/04/1961 Telefono

Cellulare _____ FAX e-mail liliana.cori@ifc.cnr.it

Qualifica tecnologo CNR Competenze ricerca CNR

Fascia retributiva di competenza e relativo importo

-

Ore di docenza/ da retribuire ___ Totale compenso € 0

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

FORMATORE/ n.5

Ruolo: *Docente Esterno*,

Cognome Cadum _____ **Nome** Ennio _____

Codice Fiscale CDMNNE56P21D620E _____

Luogo di nascita Fiume _____ **Data di nascita** 21/09/1956 **Telefono** 0117730497

Cellulare _____ **FAX** _____ **e-mail** e.cadum@arpa.piemonte.it _____

Qualifica medico _____ **Competenze** Dirigente medico Dipartimento di Epidemiologia e Salute Ambientale, ARPA Piemonte

Fascia retributiva di competenza e relativo importo _____

Ore di docenza/ da retribuire _____ **Totale compenso €** 0 _____

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

FORMATORE/ n.6

Ruolo: *Docente Esterno*,

Cognome Linzalone _____ **Nome** Nunzia _____

Codice Fiscale LNZNZ73L64F052X _____

Luogo di nascita Matera _____ **Data di nascita** 24/07/1973 **Telefono** 050 3153462

Cellulare _____ **FAX** _____ **e-mail** linunzia@ifc.cnr.it _____

Qualifica Biologa – master Gestione e controllo dell'ambiente _____ **Competenze** ricercatrice CNR _____

Fascia retributiva di competenza e relativo importo _____

Ore di docenza/ da retribuire _____ **Totale compenso €** 0 _____

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

4

FORMATORE n. 8

Ruolo: Docente Esterno

Cognome Camurri _____ **Nome** Cinzia _____

Codice Fiscale CMRCNZ69H51H223J

Luogo di nascita Regio Emilia

Data di nascita 11/06/1969

Telefono 0522 630469

Cellulare _____ **FAX** _____

e-mail camurric@ausl.re.it

Qualifica Tecnico della prevenzione **Competenze** esperto in valutazioni di impatto sanitario

Fascia retributiva di competenza e relativo importo _____

Ore di docenza/ da retribuire _____ **Totale compenso €** 0 _____

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



Fonti di finanziamento

(N.B. cancellare tutte le voci che non interessano)

Formazione strategica e Formazione di sistema

Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento):

Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni): 30 Euro

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? No *(N.B. cancellare la voce che non interessa)*

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)	€ 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	€ 399,48
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)		€ 399,48

Macrostruttura di appartenenza

X Dipartimento Prevenzione

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)	Grazia Serra
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Il Responsabile SSD Salute e Ambiente Dott.ssa Grazia Serra 

ASL8

NP/2015/ 0022434 del 08/07/2015 ore 14,38

Mittente : DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Assegnatario : DIREZIONE SANITARIA

Classifica : 1.5.7.

**Al Direttore Sanitario
SEDE****Oggetto: organizzazione corso formazione regionale progetto CCM t4HIA**

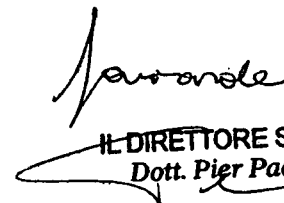
In riferimento alla nota dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, prot. n. 16009 del 29/06/2015, che si allega in copia, nella quale questa Azienda, già individuata quale ASL capofila in materia di salute e ambiente, viene incaricata di predisporre specifico corso di formazione nell'ambito del progetto CCM richiamato in oggetto, si chiede l'autorizzazione alla realizzazione e accreditamento del corso medesimo.

È opportuno precisare che il corso di cui trattasi è destinato ai Dirigenti dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL della Sardegna (già individuati dal Servizio Prevenzione dell'Assessorato Sanità) e si dovrà svolgere nei locali di questo Dipartimento nei giorni 23, 24, 25 settembre c.a, e sarà tenuto dagli esperti della Regione Emilia Romagna per i quali le spese di docenza e trasferta sono a carico del progetto CCM indicato in oggetto.

Si evidenzia che il medesimo Assessorato ha previsto una quota di iscrizione per ogni partecipante, a carico delle rispettive Aziende Sanitarie, pertanto non sono previste spese di organizzazione oltre quelle per l'accreditamento.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Dott.ssa Silvana Filocca


IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani

10-07-15

PEC SISAR

ASL8

PG/2015/ 0037865 del 03/04/2015 ore 12,48

Mittente REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Assegnatario DIREZIONE GENERALE

Classifica : 1.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

07 APR 2015
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della Sanità
Servizio Prevenzione

Prot. n.

Cagliari,

TRASMESSA VIA PEC

Regione Autonoma della Sardegna
Direzione Generale della Sanità
Prot. Uscita del 03/04/2015
nr. 0008769
Classifica XV.11.2
12-01-00

- > Al Commissario Straordinario della ASL Cagliari
- > Al Direttore del Dipartimento Prevenzione della ASL Cagliari



Oggetto: Ruolo di ASL capofila in materia di Salute e Ambiente.

Il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Cagliari è da anni impegnato sulle tematiche di Salute e Ambiente rivestendo, a livello regionale, un ruolo preminente anche nella programmazione del PRP 2014-2018, i cui obiettivi per l'area programmatica: "Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute" ricadono per la maggior parte tra le competenze della SSD Salute e Ambiente di codesto Dipartimento.

Rendendosi necessario identificare la ASL capofila in materia di salute e ambiente, si propone a codesta ASL di voler ricoprire tale ruolo.

In attesa di un cortese cenno di riscontro, si inviano cordiali saluti

Il Direttore Generale
Dott. Giuseppe Maria Sechi

[Handwritten mark]

14