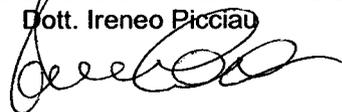


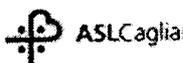
Allegato "A" - 1237
24 NOV. 2015

Approvazione Progetti Formativi Residenziali:
"Home automation office Microsoft Excel base"
"Home automation office Microsoft Word base"

Il presente allegato è composto da n° 15 fogli
di n° 15 pagine

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





ASL8
 NP 2015/3:993 del 27/10/2015 ore 13,01
 Mitt.: DISTRETTO 4 - Sarrabus-Gerrei
 Ass.: Area Formazione
 Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015



Servizio Proponente
 DISTRETTO 4 SARRABUS GERREI

15
 26

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: "Home Automation Office: Microsoft Word[®] base"

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

Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale

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 1

| | Data Inizio | Data fine | | Data Inizio | Data fine |
|-------------------------|-------------|------------|--------------------------|-------------|-----------|
| 1 ^a Edizione | 30/11/2015 | 09/12/2015 | 6 ^a Edizione | / / | / / |
| 2 ^a Edizione | / / | / / | 7 ^a Edizione | / / | / / |
| 3 ^a Edizione | / / | / / | 8 ^a Edizione | / / | / / |
| 4 ^a Edizione | / / | / / | 9 ^a Edizione | / / | / / |
| 5 ^a Edizione | / / | / / | 10 ^a 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. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

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 Laboratorio di Informatica ASL Cagliari c/o Cittadella della Salute - Pad G

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, Via Romagna 16 - 09127

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 12 Totale Partecipanti Fare clic qui per immettere testo.

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

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

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

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

- Farmacia Ospedaliera Farmacia Territoriale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
 Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati
 Sanità Animale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

- Psicologia Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

Area informatica

Obiettivo formativo

Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Fornire ai partecipanti le nozioni di base di uno strumento di videoscrittura al fine di consentirne un proficuo utilizzo nella specifica attività.

B - Acquisizione competenze di processo:

Fornire ai partecipanti le competenze e le soluzioni più utili per gestire con successo l'attività lavorativa quotidiana, aumentare la produttività e capacità di orientamento all'attività aziendale in dinamica sinergia con gli altri attori.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Focalizzare l'attenzione sul come fare (conoscenza delle funzionalità) e sul cosa fare (applicazione effettiva ai processi aziendali), spostando successivamente l'accento principalmente su quest'ultima fase.

** 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 Gaviano Nome Mauro

Codice Fiscale GVNMRA66E02B354D Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/05/1966

Telefono 070.47443601 Cellulare 366.5612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@asl8cagliari.it

Qualifica Collaboratore Tecnico Informatico Competenze Pluriennale esperienza nella formazione.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Aresu Nome Anna Maria Fortunata

Codice Fiscale RSANMR70D61H355H Telefono 070.9934809 Cellulare 320.3945153 Fax 070.9934811 e-mail annamariafortunata.aresu@asl8cagliari.it

5

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 12 Minuti: 30

Metodologie didattiche

| Metodologie | Sigla | Ore | Minuti |
|---|-------|-----------|-----------|
| Lezioni Magistrali | LM | <u>00</u> | <u>00</u> |
| Serie di relazioni su tema preordinato | LRP | <u>2</u> | <u>30</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>3</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>7</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 n. 1

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Poddie Nome Giuseppe
Codice Fiscale PDDGPP56S18Z103Q Luogo di nascita Morlanwelz - Belgio Data di nascita 18/11/1956
Telefono 070.47443630 Cellulare 328.4958721 Fax 070.47443694 e-mail giuseppepoddie@asl8cagliari.it Qualifica Operatore Tecnico
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
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 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 2

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Fadda Nome Gianfranco
Codice Fiscale FDDGFR70H04B354U Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 04/06/1970
Telefono 070.47443729 Cellulare 360.1020662 Fax 070.47443694 e-mail gianfrancofadda@asl8cagliari.it Qualifica Assistente Tecnico
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
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 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 3

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Anedda Nome Serafino Antonio
Codice Fiscale NDDSFN67A15G113V Luogo di nascita Oristano Data di nascita 15/01/1967
Telefono 070.47443640 Cellulare 360.1019806 Fax 070.47443694 e-mail serafinoantonioanedda@asl8cagliari.it
Qualifica Programmatore
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
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 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

4

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) | € 322,75 |
| 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 (a cura dell'Area Formazione) | € |
| Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <i>A cura dell'Area Formazione</i> | | € |

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Coordinamento distretti <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari <input type="checkbox"/> D.G. Staff <input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale <input type="checkbox"/> P.O. Marino <input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi <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

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p> | <p style="text-align: center;">MARCO S. FALCHI (VICE DIRETTORE)</p> |
| <p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p> | <p style="text-align: center;">SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA AZIENDA A.S.L. N° 8 DISTRETTO SANITARIO SARRABUS/GERREI</p> |

Purtroppo, 23/10/2015

[Handwritten signature]

8



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " Home Automation Office: Microsoft Excel[®] base "

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

Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale

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 1

| | Data Inizio | Data fine | | Data Inizio | Data fine |
|-------------------------|-------------|------------|--------------------------|-------------|-----------|
| 1 ^a Edizione | 17/11/2015 | 01/12/2015 | 6 ^a Edizione | / / | / / |
| 2 ^a Edizione | / / | / / | 7 ^a Edizione | / / | / / |
| 3 ^a Edizione | / / | / / | 8 ^a Edizione | / / | / / |
| 4 ^a Edizione | / / | / / | 9 ^a Edizione | / / | / / |
| 5 ^a Edizione | / / | / / | 10 ^a 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. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

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 Laboratorio di Informatica ASL Cagliari c/o Cittadella della Salute - Pad. G

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, Via Romagna 16 - 09127

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 12 Totale Partecipanti Fare clic qui per immettere testo.

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

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

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

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

- Farmacia Ospedaliera Farmacia Territoriale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
 Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati
 Sanità Animale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

- Psicologia Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

Area informatica

Obiettivo formativo

Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn

Finalità*

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Fornire ai partecipanti le nozioni di base dello strumento "foglio elettronico" al fine di consentirne un proficuo utilizzo nella specifica attività.

B - Acquisizione competenze di processo:

Fornire ai partecipanti le competenze e le soluzioni più utili per gestire con successo l'attività lavorativa quotidiana, aumentare la produttività e capacità di orientamento all'attività aziendale in dinamica sinergia con gli altri attori.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Focalizzare l'attenzione sul come fare (conoscenza delle funzionalità) e sul cosa fare (applicazione effettiva ai processi aziendali), spostando successivamente l'accento principalmente su quest'ultima fase.

** 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 Gaviano Nome Mauro

Codice Fiscale GVNMRA66E02B354D Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/05/1966

Telefono 070.47443601 Cellulare 366.5612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@asl8cagliari.it

Qualifica Collaboratore Tecnico Informatico Competenze Pluriennale esperienza nella formazione.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Aresu Nome Anna Maria Fortunata

Codice Fiscale RSANMR70D61H355H Telefono 070.9934809 Cellulare 320.3945153 Fax 070.9934811 e-mail annamariafortunata.aresu@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: 15 Minuti: 30

Metodologie didattiche

| Metodologie | Sigla | Ore | Minuti |
|---|-------|-----------|-----------|
| Lezioni Magistrali | LM | <u>00</u> | <u>00</u> |
| Serie di relazioni su tema preordinato | LRP | <u>2</u> | <u>30</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>4</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>9</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 n. 1

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Gaviano Nome Mauro
Codice Fiscale GVNMRA66E02B354D Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/05/1966
Telefono 070.47443601 Cellulare 366.5612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@asl8cagliari.it Qualifica Collaboratore Tecnico Informatico
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
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 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 2

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Fadda Nome Gianfranco
Codice Fiscale FDDGFR70H04B354U Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 04/06/1970
Telefono 070.47443729 Cellulare 360.1020662 Fax 070.47443694 e-mail gianfrancofadda@asl8cagliari.it Qualifica Assistente Tecnico
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
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 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 3

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Anedda Nome Serafino Antonio
Codice Fiscale NDDSFN67A15G113V Luogo di nascita Oristano Data di nascita 15/01/1967
Telefono 070.47443640 Cellulare 360.1019806 Fax 070.47443694 e-mail serafinoantonioanedda@asl8cagliari.it
Qualifica Programmatore
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
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 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di 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? Si No

Riepilogo voci di spesa del corso

| | | |
|--|--|----------|
| A | Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti) | € 400,21 |
| 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 (a cura dell'Area Formazione) | € |
| Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i> | | € |

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|--|
| <input checked="" 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 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) | MARCO S. FALCHI (VICE DIRETTORE) |
| Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) | SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA AZIENDA A.S.L. N° 8 DISTRETTO SANITARIO SARRABUS/GERREI |

Perugia, 15/23/10/2015

[Handwritten signature]

45