

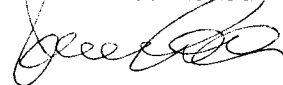
## Allegato "A"

Preso d'atto Progetto Formativo Aziendale  
**"Implementazione dei programmi di screening:  
analisi delle barriere e dei fattori facilitanti  
modificabili e non. Sperimentazione di  
strumenti Evidence-Based. Utilizzo piattaforma  
Access".**

Il presente allegato è composto da n° 19 fogli di  
n° 2 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciatù



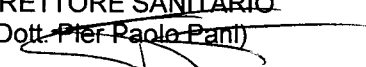
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 453 DEL 23 MAG. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott. ssa Savina Ortu)



ASL8

NP/2016/ 0004788 del 19/02/2016 ore 13,11

Mittente : Promozione della Salute

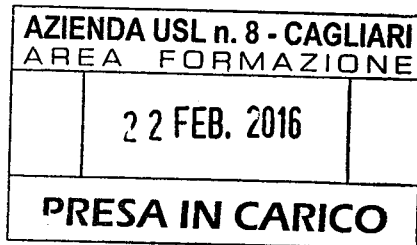
Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1.5.7.



Al  
Responsabile della  
AREA FORMAZIONE

S E D E



Oggetto: Evento formativo del 03/03/2016.

Si trasmette, in allegato, la documentazione sotto elencata, relativa all'evento formativo denominato  
*" Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti modificabili e non. Sperimentazione di strumenti evidence-based. Utilizzo piattaforma ACCESS"*

Scheda di attivazione PFA;

Indicazione di scelta dei docenti e dichiarazione di assenza di conflitto di interessi;

Indicazione di scelta del tutor e dichiarazione di assenza di conflitto di interessi;

Dichiarazione di accettazione di incarico di Responsabile scientifico e assenza di conflitto di interessi;

Dichiarazione di accettazione di incarico di tutor e assenza di conflitto di interesse.

Si rimane a disposizione per ulteriori informazioni e delucidazioni.

Distinti saluti

Dr.ssa Silvana Trocchia  
Responsabile del Servizio

pg 1

Servizio Proponente Fare clic qui per  
immettere testo.

## Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

**Titolo del Progetto: " Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti modificabili e non. Sperimentazione di strumenti evidence-based. Utilizzo piattaforma ACCESS"**

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

Scegliere un elemento.

**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**

**Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? SI**

**AGENAS – AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI**

**Numero di edizioni previste 1 (UNA)**


*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: Sala Arancio-Direzione Generale Asl 8 Cagliari**

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) 09047- Selargius – via Piero della Francesca 1**

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 40 Totale Partecipanti 40

- Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 21 operatori di altri Servizi ASL
- Aperto a n. 0 operatori di altre ASL -  Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Privati/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

5

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

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

**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

PREVENZIONE

### Obiettivo formativo

Appropriatezza prestazioni sanitarie nei LEA. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia.

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

FORNIRE ELEMENTI DI SUPPORTO PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI SCREENING CHE POSSANO SUPERARE LE DIFFERENZE TERRITORIALI NELLA REALIZZAZIONE DEI PROGRAMMI E GARANTISCANO IL LEA AGLI UTENTI.

#### B - Acquisizione competenze di processo:

MESSA A PUNTO DI UNO STRUMENTO, BASATO SUL MODELLO PRECEDE- PROCEED, CONTESTUALIZZATO CON TUTTE LE EVIDENZE EPIDEMIOLOGICHE E DI EFFICACIA DISPONIBILI PER I PROGRAMMI DI SCREENING ITALIANI E MODELLATO SULLE SINGOLE REALTA' REGIONALI.

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

ACQUISIZIONE E ANALISI DELLE BANCHE DATI DELLE ATTIVITA' DI SCREENING, AL FINE DI INDIVIDUARE I DETERMINANTI DELL'ESTENSIONE E DELL'ADESIONE.

#### D – Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance):

MESSA A PUNTO DI UNO STRUMENTO IN GRADO DI CONSENTIRE UNA VALUTAZIONE EFFICACE E SISTEMATICA DEI FATTORI COSTITUENTI LA QUALITA' DEGLI SCREENING E L'ASSISTENZA AGLI OPERATORI NELLE FASI DI PROGETTAZIONE, E VALUTAZIONE, ATTRAVERSO L'UTILIZZO DEL MODELLO PRECEDE-PROCEED.

#### E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 dal corso

*\* i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*

### Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome TILOCCA. Nome SILVANA.

Codice Fiscale TLCSVN54B54A007Q Luogo di nascita ABBASANTA Data di nascita 14/02/1954

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3294104978. Fax 07047443872 e-mail Fare clic qui per immettere testo.



Qualifica DIRIGENTE MEDICO Competenze DIRETTORE DI DIPARTIMENTO – RESPONSABILE  
U.O.C. PROMOZIONE DELLA SALUTE

**Referente della segreteria organizzativa**

Cognome TREMULO Nome PAOLO

Codice Fiscale TRMPLA60T31B354S Telefono 070 47443923 Cellulare Fare clic qui per immettere testo.

Fax 070 47443872 e-mail paolotremulo@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: 08 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>2</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>2</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>1</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>1</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>2</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 **FORMATORE**  
Cognome **CEREDA** Nome **DANILO**  
Codice Fiscale **CRDDNL78P11L667L** Luogo di nascita **VAPRIO D'ADDA (MI)** Data di nascita **11/09/1978**  
Professione **ECM** Fare clic qui per immettere testo. Disciplina **ECM** 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. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.  
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 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/TUTOR n. 2**

Ruolo **FORMATORE**  
Cognome **MARINO** Nome **MARTA**  
Codice Fiscale **MRNMRT78M66H501W** Luogo di nascita **ROMA** Data di nascita **26/08/1978**  
Professione **ECM** Fare clic qui per immettere testo. Disciplina **ECM** 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. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.  
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 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/TUTOR n. 3**

Ruolo **TUTOR**  
Cognome **BERTOCCHI** Nome **ALESSANDRA**  
Codice Fiscale **BRTLSN58A41E281G** Luogo di nascita **IGLESIAS** Data di nascita **01/01/1958**  
Professione **ECM** Fare clic qui per immettere testo. Disciplina **ECM** 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. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.  
Inquadramento **CGNL 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 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?  Sì  No

**Riepilogo voci di spesa del corso**

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<u>€ 254,00</u>
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 378,50</u>
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
F	Stima costi accreditamento ECM ( a cura dell'Area Formazione)	€ 172,15
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b>		<b>€ 804,75</b>

*A cura dell'Area Formazione*

SERVIZIO PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il Responsabile del Servizio  
Promozione della Salute  
Dr.ssa Silvana *Milocca*

12