ASLCagliari

745
28 GIU. 2016

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
"La rilevazione del fabbisogno formativo delle strutture"

Il presente allegato è composto
di n. 9 fogli, di n. 9 pagine

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

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

ASL8
NP.2016/16464 del 20/06/2016 ore 12:52
Mitt.: Area Formazione
Ass. DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Class.: 1. Fasc.: 115 del 2016

Al Direttore Amministrativo

Sede

Oggetto: autorizzazione evento formativo Rete dei Referenti Aziendali per la Formazione.

Questa Area Formazione ha programmato un incontro formativo della Rete dei Referenti per la Formazione dell'Azienda. L'incontro della durata di 4 ore, si svolgerà in data 30.06.2016 presso la sala arancio della Direzione aziendale.

L'obiettivo dell'evento è quello di favorire una più efficace rilevazione dei bisogni formativi delle strutture aziendali, in vista di una formazione sempre più mirata.

L'evento è stato accreditato ecm (€ 172) e ciò costituisce l'unico costo previsto, che verrà assolto mediante l'utilizzo del budget per la formazione specifica assegnato a questa Area Formazione, mentre gli interventi formativi del sottoscritto e di due collaboratori saranno gratuiti.

Si chiede, pertanto, l'autorizzazione alla realizzazione dell'evento.

Cordiali saluti,

Il Responsabile Area Formazione
Dott. Ireneo Picciau

Si autorizza
21.06.16
Antonella Cerrus

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

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

ASLCagliari

Servizio Proponente Area Formazione

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: *" La rilevazione del fabbisogno formativo delle strutture "*

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

Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale

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

	Data Inzio	Data fine		Data Inzio	Data fine
1ª Edizione	30/06/2016	30/06/2016	6ª Edizione	/ /	/ /
2ª Edizione	/ /	/ /	7ª Edizione	/ /	/ /
3ª Edizione	/ /	/ /	8ª Edizione	/ /	/ /
4ª Edizione	/ /	/ /	9ª Edizione	/ /	/ /
5ª Edizione	/ /	/ /	10ª 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 Sala Arancio Direzione Generale

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Piero della Francesca 1 Selargius (Su Planu)

ASL8
NP.2016/16402 del 20/06/2016 ore 10,07
Mitt.: Area Formazione
Ass.: Area Formazione
Class.: 1 Fasc.: 115 del 2016

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 80 **Totale Partecipanti** 80

☒ Riservato agli operatori del Servizio proponente - ☒ Aperto a n. 70 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 metodologica

Obiettivo formativo

Linee guida – protocolli – procedure – documentazione clinica

*Finalità **

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

SVILUPPO PROFESSIONALE DELLA RETE DEI REFERENTI FINALIZZATA ALLA FORMULAZIONE DI EFFICACI STRATEGIE DI FORMAZIONE , ALLA RILEVAZIONE DEL FABBISOGNO FORMATIVO E ALL'UTILIZZO DEI MODELLI DI RIFERIMENTO E STRUMENTI DI RIFERIMENTO PER LA PROGETTAZIONE E VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE.

B - Acquisizione competenze di processo:

ACQUISIRE COMPETENZE SPECIFICHE PER UNO SVILUPPO PROFESSIONALE.

C - Acquisizione competenze di sistema:

ACQUISIRE COMPETENZE DI SISTEMA NELL'AMBITO E IN RELAZIONE ALLE CARATTERISTICHE DELL'ORGANIZZAZIONE, LA COOPERAZIONE TRA DIVERSI SOGGETTI ALL'INTERNO DELL'ORGANIZZAZIONE. ACCRESCERE LA CONSAPEVOLEZZA DELLE COMPETENZE ACQUISITE NEL TRASFORMARE IL BISOGNO RILEVATO IN OBBIETTIVO FORMATIVO

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

DEFINIZIONE LINEE PFA 2017 E CONDIVISIONE RUOLO REFERENTE PER LA FORMAZIONE

4

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 06 **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 Bernardini Nome Laura
Codice Fiscale BRNLRA68P58B354Y Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 19/09/1968
Telefono 070 6093893 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0706093202 e-mail IRENEOPICCIAU@ASL8CAGLIARI.IT
Qualifica PSICOLOGO Competenze psicoterapeuta-coordinatore Area Formazione asl cagliari

Referente della segreteria organizzativa

Cognome BERNARDINI Nome LAURA
Codice Fiscale BRNLRA68P58B354YTelefono 0706093893 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail LAURABERNARDINI@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:** 4 **Minuti:** 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	1	30
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	00	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	1	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	1	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	00	30
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	00	00
Role - Playing	RP	00	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 Interno in orario di servizio
Cognome PICCIAU Nome IRENEO
Codice Fiscale PCCRNI50E09B354Q Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 09/05/1950
Professione ECM PSICOLOGO Disciplina ECM PSICOTERAPIA
Telefono 0706093897 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0706093202 e-mail IRENEOPICCIAU@ASL8CAGLIARI.IT Qualifica Fare clic qui per immettere testo.
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 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 Docente Interno in orario di servizio
Cognome BERNARDINI Nome LAURA
Codice Fiscale BRNLRA68P58B354Y Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 19/09/1968
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono 0706093893 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
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 Docente Interno in orario di servizio
Cognome BALLICU Nome GIOVANNI
Codice Fiscale BLLGNN70C27B354N Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 27/03/1970
Professione ECM educatore professionale Disciplina ECM educatore professionale
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

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)	€ 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 (a cura dell'Area Formazione)	€ 172,15
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) ***A cura dell'Area Formazione***	€ 172,15

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. San Giuseppe
☐ P.O. San Marcellino
☐ P.O. Santissima Trinità
☐ P.O. Binaghi

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)	IRENEO PICCIAU
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE (Dott. Ireneo Picciau)