

Allegato "A"

1021

Approvazione Corso di Formazione: "La valutazione di impatto sulla salute: Linee Guida per valutatori e proponenti"

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

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ASL8

NP/2016/ 0023658 del 22/09/2016 ore 10,44

Mittente : Salute e Ambiente

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1.5.7.



**Responsabile
Area Formazione
Sede**

Oggetto: Trasmissione materiale corso di formazione: "Valutazione di impatto sulla salute:Linee Guida per valutatori e proponenti"

Si trasmette il seguente materiale del corso in oggetto:

- Scheda di attivazione del corso compilata e firmata
- Programma
- 3 Moduli compilati e firmati di Accettazione di incarico docenti/responsabile scientifico:
- Modulo compilato e firmato di indicazione scelta docenti e assenza di conflitto di interessi
- Elenco partecipanti
- nota cambio responsabile scientifico

Il Responsabile


Grazia Serra



Servizio Proponente

Salute e ambiente

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

Valutazione di impatto sulla salute: Linee Guida per valutatori e proponenti

Si richiede l'accREDITamento ECM del progetto formativo residenziale?

NO

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

- 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?

NO

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	28/09/16	28/09/16
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 si, indicare l'indirizzo:

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

Indirizzo : via Romagna 16- 09121 Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 20 Totale Partecipanti 20

Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 15 operatori di altre ASL - Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Privati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

Tutte le professioni.

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

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

Tutte le discipline

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

4

Progetto Formativo

Area tematica

- Area prevenzione e promozione della salute

Obiettivo formativo

- Sicurezza ambientale e/o patologie correlate

5

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisizione dei contenuti delle linee guida per le valutazioni di impatto sulla salute

B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisizione di abilità nell'utilizzo degli strumenti metodologici di valutazione di impatto sulla salute su progetti o programmi che comportano impatti ambientali/sanitari come indicato nelle linee guida

C - Acquisizione competenze di sistema:

Adozione degli strumenti acquisiti per l'analisi degli impatti sulla salute in ogni programma, politica o progetto secondo quanto previsto dal 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: Nurchis Nome Pierpaolo
Codice Fiscale __ NRCPPPL58H16B354R
Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 16/06/1958
Telefono 070 47443876 Cellulare FAX 070 47443872
e-mail
Qualifica dirigente medico con specifiche competenze in valutazioni ambientali - sanitarie presso la SSD Salute e Ambiente della Asl di Cagliari.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Fioretto Nome Daniela
Telefono 07047443890 Cellulare FAX 070 47443874
e-mail danielafioretto@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: 6 Minuti: 0

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	2	
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperti guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	2	
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		
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG		
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	2	
Role - Playing	RP		

Valutazione

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

Caso studio

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

- Videoproiettore
- Lavagna a fogli mobili
- Computer portatile

FORMATORE n. 1

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio,

Cognome Nurchis **Nome** Pierpaolo

Codice Fiscale NRCPPPL58H16B354R

Luogo di nascita Cagliari **Data di nascita** 16/06/1958

Telefono 070 47443876

Cellulare _____ **FAX** 070 47443874

e-mail

Qualifica Dirigente Medico Igienista

Competenze specifiche competenze in valutazioni ambientali - sanitarie presso la SSD Salute e Ambiente

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza

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

f

8

FORMATORE n. 2

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio.

Cognome Matza Nome Oswaldo

Codice Fiscale MTZSLD54D12B354H

Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 12/04/1954

Telefono 070 47443883

Cellulare _____ FAX 070 47443874

e-mail osvaldomatza@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente Biologo

Competenze specifiche competenze in valutazioni ambientali - sanitarie presso la SSD Salute e Ambiente

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza

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

A

9

FORMATORE n. 3Ruolo: Docente Esterno, Esterno.Cognome Usai Nome Salvatore_CosimoCodice Fiscale SUACMS58P27E441BLuogo di nascita Lanusei Data di nascita 27/9/1958Telefono 0783 9111380Cellulare 3687852437 FAX 0783 9111327e-mail c.salvatore.usai@asloristano.itQualifica **Dirigente medico di igiene e sanità pubblica con competenze in valutazioni di impatti sanitari****È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata****Fonti di finanziamento**

1

 Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): *nota RAS n.19023 del 7/7/2016 e nota Serv. Bilancio n.19527 del 21/07/2016 – codice progetto 201510*
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	€ 0,00
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)		€ 0,00

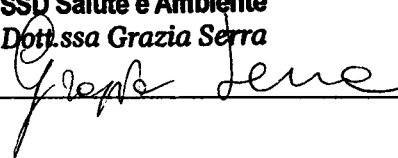
Macrostruttura di appartenenza

- Dipartimento Prevenzione

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

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 Dot.ssa Grazia Serra 

4