

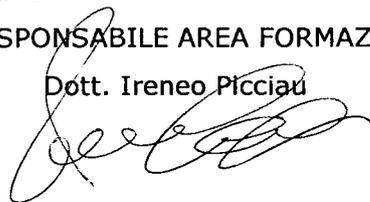
## Allegato "A"

### **Preso d'atto Progetto Formativo Aziendale: "La Slow Medicine: una proposta culturale e pratica".**

Il presente allegato è composto di n..8...fogli,  
di n..8... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1288 DEL 13 OTT, 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott.ssa Savina Ortu)





Servizio Proponente UOC Pianificazione e  
Controllo Strategico, Qualità e Risk  
Management

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

Titolo del Progetto: " *La Slow Medicine: una proposta culturale e pratica* "

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 Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1ª Edizione	28/09/2016	28/09/2016	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 Aula Riunioni della Sede Amm.va Centrale ASL

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

A

**Partecipanti**

**Numero di partecipanti per edizione 50 Totale Partecipanti 50**

- 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/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

**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"/> Cardiocirurgia                           | <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 checked="" 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

4

## Progetto Formativo

### Area tematica

#### Area qualità e risk management

### Obiettivo formativo

Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebn – ebn – ebp)

### Finalità

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Promuovere l'esercizio di pratiche utili o benefiche per chi ne usufruisca e contrastare il ricorso a procedure o trattamenti inutili o addirittura dannosi

#### B - Acquisizione competenze di processo:

Favorire un approccio culturale che consenta la gestione appropriata delle procedure diagnostiche e dei trattamenti, finalizzata non solo alla qualità delle prestazioni sanitarie, ma anche alla sostenibilità del sistema sanitario pubblico

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

Perseguire l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure

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

Sviluppare una rete di relazioni che migliori la gestione dei percorsi di cura e favorisca l'uso appropriato delle risorse in Sanità

#### 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 Rossi Nome Giovanna

Codice Fiscale RSSGNN54L51E425B Luogo di nascita La Maddalena (OT) Data di nascita 11/07/1954

Telefono 070 609 3336 Cellulare 348 0698319 Fax 070 609 2610 e-mail giovannarossi@asl8caqliari.it

Qualifica Dirigente Medico Competenze Resp. UOC Pianificazione e Controllo Strategico, Qualità e Risk Management

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Rossi Nome Giovanna

Codice Fiscale RSSGNN54L51E425B Telefono 070 609 3336 Cellulare 348 0698319 Fax 070 609 2610 e-mail giovannarossi@asl8caqliari.it

4

## 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>01</u>	<u>20</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>02</u>	<u>20</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>01</u>	<u>20</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</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>03</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) Collegamento internet, Cancelleria (pennarelli colorati, nastro adesivo, post-IT, fotocopie)

4

**FORMATORE/TUTOR n. 1**Ruolo Docente EsternoCognome Bobbio Nome Marco CarloCodice Fiscale BBBMCC51P05L219K Luogo di nascita Torino (To) Data di nascita 05/09/1951Professione ECM Dirigente Medico Disciplina ECM CardiologiaTelefono 011 841163 Cellulare 3886188631 Fax 0171 642062 e-mail mbobbio51@gmail.com Qualifica Segretario generale Slow Medicine

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 008 Totale compenso € 800,00Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)Numero Pasti 002 Totale spesa rimborso pasti € 055,58Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 001 Totale spesa pernottamento € 110,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 300,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Docente EsternoCognome Ecca Nome Anna RitaCodice Fiscale CCENRT58P49E281S Luogo di nascita Iglesias (Carbonia Iglesias) Data di nascita 09/09/1958Professione ECM Dirigente Medico Disciplina ECM Medici di FamigliaTelefono 070 565926 Cellulare 347 3842801 Fax 070 6754536 e-mail ritaecca@gmail.com Qualifica Coordinatore Punto Slow Sardegna

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 001 Totale compenso € 100,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità 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 servizioCognome Tarantini Nome FrancaCodice Fiscale TRNFNC59P51B745N Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 11/09/1959Professione ECM Dirigente Psicologo Disciplina ECM PsicoterapiaTelefono 070 609 4477 Cellulare 347 9067020 Fax 070 6094475 e-mail franca tarantini@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente PsicologoInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Co-Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 2,05Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 001 Totale compenso € 2,05

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 4**Ruolo Docente EsternoCognome Solinas Nome Raffaele

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Professione ECM Dirigente Medico Disciplina ECM Medicina GeneraleTelefono 070 9532204 Cellulare 338 7425982 Fax 070 216181 e-mail solinasraffaele@tiscali Qualifica Dirigente PsicologoInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 001 Totale compenso € 100,00

**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

**Elenco voci di spesa del corso**

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	400,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	70,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 26,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 388,18
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
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<b>€ 1.056,33</b>

**Macrostruttura di appartenenza**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti                        | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze     |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi                    | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco        |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici                 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione    |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118                         | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza                 | <input type="checkbox"/> P.O. Marino                 |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe           |
| <input checked="" 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                |

**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

<b>Nome e cognome</b> (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	<b>Dott.ssa Giovanna Rossi</b>
<b>Timbro e Firma</b> (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico, Qualità e Risk Management Il Responsabile <i>Giovanna Rossi</i>