

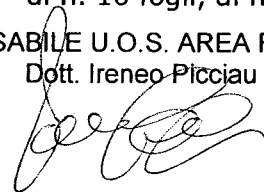
1130
25 OTT. 2016

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale ***"Monitoraggio Emodinamico in sala operatoria e area critica"***

Il presente allegato è composto
di n. 10 fogli, di n. 10 pagine

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



n° prot. 230/16

Cagliari 13.10.2016

Al Responsabile Area Formazione

Oggetto: Attivazione Progetto Formativo Aziendale _
Monitoraggio Emodinamico in sala operatoria e area critica


Al fine di poter procedere all'attivazione del Progetto Formativo _
Monitoraggio Emodinamico in sala operatoria e area critica

si trasmette in allegato la seguente documentazione:

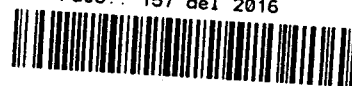
- Modulo "Richiesta di attivazione del progetto formativo
- Indicazione di scelta dei docenti/relatori e assenza di conflitto di interesse
- Moduli assenza di conflitto di interesse da parte dei docenti
- Dichiarazione di accettazione incarico di responsabile scientifico
- Programma del corso per accreditamento
- Questionario di valutazione per accreditamento ECM

Distinti saluti.

Il Responsabile U.O.C. Anestesia e Rianimazione

 **ASL Cagliari**
P.O. SS. TRINITA'
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
RESPONSABILE F.F.
Dott. Gavino Antonio Scarpa

ASL8
NP. 2016/25615 del 17/10/2016 ore 09,00
Mitt.: OSPEDALE SS. TRINITA'
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2016



Richiesta Attivazione Progetto Formativo ResidenzialeTitolo del Progetto: " *Monitoraggio Emodinamico in sala operatoria e area critica* "Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostanteCorso di aggiornamento tecnologico e strumentaleL'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NOÈ previsto l'uso della sola lingua italiana? SIÈ prevista una quota di partecipazione? NOSe "SI" indicare l'importo € 000,00Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NOSe "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.**Numero di edizioni previste**

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	<u>22/11/2016</u>	<u>22/11/2016</u>	6 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
2 ^a Edizione	<u>16/12/2016</u>	<u>16/12/2016</u>	7 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
3 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	8 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
4 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	9 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
5 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	10 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>

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 svolgimentoSi 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 Urologia SS TrinitàIndirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Is Mirrionis

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 0 Totale Partecipanti 74

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 14 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 checked="" 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 checked="" 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 cardiovascolare

Obiettivo formativo

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

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Implementazione dei contenuti tecnici e professionali pertinenti all'argomento sulla scorta di nuove evidenze della letteratura scientifica internazionale con immediato riconoscimento delle criticità del paziente ricoverato in UTI e sala operatoria

B - Acquisizione competenze di processo:

Sviluppo di specifiche attività e procedure atte a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, appropriatezza e sicurezza delle strategie di approccio al malato critico in ambito perioperatorio e terapia intensiva

C - Acquisizione competenze di sistema:

Integrazione multiprofessionale

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

La valutazione della qualità formativa avverrà, su base soggettiva, con la predisposizione di una scheda di gradimento.

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: Fare clic qui per immettere testo 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 Pinna Nome Roberto

Codice Fiscale PNRRRT5719204S Luogo di nascita Grottaferrata Data di nascita 19/10/1957

Telefono Fare clic qui per immettere testo Cellulare Fare clic qui per immettere testo Fax Fare clic qui per immettere testo
e-mail robertopinna@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente medico Competenze Fare clic qui per immettere testo

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Floris Nome Maura

Codice Fiscale FLRMRA69L56H856Q Telefono 0706095862 Cellulare 3405327588 Fax Fare clic qui per immettere testo
e-mail maurafloris@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: 04 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>03</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>01</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>00</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. 1Ruolo Docente Interno fuori orario di servizioCognome PINNA Nome ROBERTOCodice Fiscale PNNRRT5719204S Luogo di nascita GROTTAFERRATA Data di nascita 19/10/1957Professione ECM MEDICO Disciplina ECM ANESTESIA RIANIMAZIONETelefono 070288527 Cellulare Fare clic qui per immettere testo Fax 0706095854 e-mail robertopinna@asl8cagliari.itQualifica dir.medico 1 livInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza fuori orario di servizio € 41,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 006 Totale compenso € 246,00Spese 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 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 fuori orario di servizioCognome Di Giuseppe Nome LauraCodice Fiscale DGSLRA67L52L103U Luogo di nascita Teramo Data di nascita 12/07/1967Professione ECM Medico Disciplina ECM Anstesia e RianimazioneTelefono 0706095858 Cellulare 3479464259 Fax Fare clic qui per immettere testo e-mail lauradigius@hotmail.comQualifica Dirigenza MedicaInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza fuori orario di servizio € 41,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 Totale compenso € 164,00Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elementoNumero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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 fuori orario di servizioCognome Floris Nome MauraCodice Fiscale FLRMRA69L56H856Q Luogo di nascita San Gavino Monreale Data di nascita 16/07/1969Professione ECM infermiere Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testoTelefono Fare clic qui per immettere testo Cellulare 3405327588 Fax 0706095854 e-mail maurafloris@sl8cagliari.itQualifica infermiereInquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 002 Totale compenso € 51,64Spese 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 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 fuori orario di servizioCognome Abis Nome PatriziaCodice Fiscale BSAPRZ63P51G207R Luogo di nascita Pabillonis Data di nascita 11/09/1963Professione ECM infermiere Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testoTelefono Fare clic qui per immettere testo Cellulare 3397897709 Fax Fare clic qui per immettere testo e-mail patriziaabis@asl8cagliari.itQualifica Fare clic qui per immettere testo

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 001 Totale compenso € 51,64

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio 000 Totale spesa € 000,00

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 mobilità 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)	€ 513,28
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)		€ 685,43
<i>A cura dell'Area Formazione</i>		

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 Accredimento 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

<p>Nome e cognome (in stampatello)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>ANTONIO GAVINO SCARPA</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	