

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale **"PNE e codifica SDO in ambito ostetrico"**

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

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1366 DEL - 4 NOV. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Panni)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " PNE e codifica SDO in ambito ostetrico "

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
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

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
1 ^a Edizione	<u>11/11/2016</u>	<u>11/11/2016</u>	6 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.
2 ^a Edizione	<u>11/11/2016</u>	<u>11/11/2016</u>	7 ^a Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
3 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.	8 ^a Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
4 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.	9 ^a Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
5 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.	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 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 medici presso servizio Urologia - Presidio SS Trinità
Indirizzo Via Is Mirronis

ASL8
NP. 2016/25731 del 17/10/2016 ore 15,53
Mitt.: OSPEDALE SS. TRINITA'
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2016



Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 25 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:

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

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

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	<u>3</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>00</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>1</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>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>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.

Progetto Formativo

Area tematica

Area gestionale management organizzativa

Obiettivo formativo

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

Finalità

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Corretta codifica cartella clinica – SDO

B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisire competenze riguardo ai PDTA che disciplinano i processi sanitari

C - Acquisizione competenze di sistema:

Favorire la collaborazione, le forme di aggregazione e integrazione e il confronto fra gli operatori fino a costituire vere e proprie "comunità di pratica", "comitati di progetto", "team di processo".

D – Previsione di ricaduta formativa:

Miglioramento delle performance PNE. Acquisire maggiore conoscenza sulle modalità di scelta dei codici di diagnosi e procedure e maggiore consapevolezza sull'importanza della corretta codifica ai fini della appropriata rappresentazione dell'attività svolta dall'Unità Operativa, con particolare riferimento ai dati PNE.

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 6 dal corso

Miglioramento degli indicatori di Performance del PNE

** 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 Tronci Nome Caterina

Codice Fiscale trncrn63I53b354a Luogo di nascita Data di nascita 13/07/1963

Telefono 330782145. Cellulare 330782145 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail caterinatronci@asl8cagliari.it

Qualifica dirigente medico ostetricia e ginecologia Competenze responsabile sala parto

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Paolo Nome Cannas

Codice Fiscale CNNPLA73T26E742I Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 292608432 Fax
Fare clic qui per immettere testo. e-mail paolocannas@asl8cagliari.it

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
 Cognome Sais Nome Rosella
 Codice Fiscale SSARLL56L60I182K Luogo di nascita Santadi Data di nascita 20/07/1956
 Professione ECM Medico Disciplina ECM Igiene ed organizzazione servizi ospedalieri
 Telefono 0706093636 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail rosellasais@asl8cagliari.it Qualifica Resp UOC
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza fuori orario di servizio € 41,00
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. Totale compenso € 82,00
 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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
 Cognome Susnik Nome Anna
 Codice Fiscale SSNNA55C64D354N Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 24/03/1955
 Professione ECM Medico Disciplina ECM Igiene ed organizzazione servizi ospedalieri
 Telefono 0706093668 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail annasusnik@asl8cagliari.it Qualifica dirigente medico
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza fuori orario di servizio € 41,00
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. Totale compenso € 164,00
 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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. Fare clic qui per immettere testo.

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
 Cognome Cannas Nome Paolo
 Codice Fiscale CNNPLA73T26E742I Luogo di nascita Lunamantrona Data di nascita 26/12/1973
 Professione ECM Resp UOC Disciplina ECM Tecnico analista
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3292608432 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail paolocannas@asl8cagliari.it Qualifica Responsabile struttura complessa
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza fuori orario di servizio € 41,00
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. Totale compenso € 82,00
 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 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): Formazione strategica .
 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)	€ 328,00
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)	€ 178,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)		328,00 €
<i>A cura dell'Area Formazione</i>		
TOTALE		€ 500,15

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 Accreditemento 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) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>ELEO MORA COCCOLONE</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>  ASL Cagliari P.O. S.S. Trinita - Cagliari STRUTTURA COMPLESSA OSTETRICIA E GINECOLOGIA Il Primario: <i>Dr.ssa Eleonora Coccollone</i> </p>

paravole

