

**SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ATS- AREA SOCIO SANITARIA LOCALE CAGLIARI**

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° DTD8-2017-390 DEL 26/06/2017

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE

**OGGETTO:
PRESA D'ATTO PROGETTO FORMATIVO RESIDENZIALE: "APPROCCIO
RIABILITATIVO AL LINFEDEMA"**

Con la presente sottoscrizione si dichiara che l'istruttoria è corretta, completa nonché conforme alle risultanze degli atti d'ufficio, per l'utilità e l'opportunità degli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.

Responsabile Struttura Proponente:
Dott. /Dott.ssa: TULLIO GARAU (firma digitale apposta)

La presente Determinazione:
è soggetta alla comunicazione al competente Assessorato regionale ai sensi dell'art. 29 della L. R. n° 10/ 2006 e ss.mm.ii.

Si attesta che la presente determinazione dirigenziale viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line dell'ASSL Cagliari, dal **27/06/2017** al **12/07/2017**

Il Responsabile del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione

- VISTA** la Legge Regionale n. 17 del 27.07.2016 di istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS);
- VISTA** la Deliberazione del Direttore Generale della ASSL di Sassari n. 143 del 29/12/2016 di nomina del dott. Paolo Tecleme Direttore dell'Area Socio Sanitaria di Cagliari;
- VISTO** la Deliberazione del Direttore Generale della ATS n. 11 del 18/01/2017 avente per oggetto l'individuazione delle funzioni/attività attribuite ai Direttori delle Aree Socio-Sanitarie e ai Dirigenti dell'Azienda per la Tutela della Salute;
- VISTA** la nota prot. n. 817 del 05.01.2017 con la quale il Direttore ASSL Cagliari, nelle more dell'adozione da parte dell'ATS del nuovo sistema di deleghe dirigenziali, al fine di garantire continuità nell'erogazione dei servizi, conferma i provvedimenti di attribuzione delle deleghe aziendali adottati dall'ex ASL 8;
- VISTA** la nota del Direttore ASSL Cagliari, prot. n. NP/2017/30358 del 04/04/2017, con la quale conferma che il dott. Tullio Garau, già nominato sostituto, prosegue nello svolgimento della funzione di Responsabile del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione;
- DATO ATTO** che il soggetto che propone il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;
- RICHIAMATO** il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, (G.U. n. 80 del 05/04/2013), in materia di trattamento dei dati personali;
- VISTA** la Legge Regionale n.10 del 28.07.2006 sul "Riordino del servizio sanitario della Sardegna" e in particolare l'art.25 che stabilisce che "La Regione riconosce l'importanza della formazione tecnico-professionale e gestionale della dirigenza e del restante personale del SSR e a, tale scopo ne favorisce la formazione continua e promuove occasioni di formazione sulla programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, con particolare attenzione alla diffusione delle tecniche di monitoraggio e controllo sull'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni e dei servizi sanitari;
- l'Accordo Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul "Riordino del Sistema di Formazione Continua in Medicina", del 1 agosto 2007 e il successivo Accordo del 2 febbraio 2017 sul documento "La formazione continua nel settore salute";
- il D.P.C.M. 26 Luglio 2010 - Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, stipulato in data 5 Novembre 2009, in materia di accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero e liberi professionisti;

l'art. 3 della L. 136/2010 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" e s.m.i.;

il D. lgs. 12 aprile 2006, n. 163 Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE;

l'art. 53, comma 6 lettera F bis del D. lgs. n. 165 del 30.03.2001 e successive modifiche ed integrazioni;

la DGR n. 72/23 del 19 dicembre 2008, "Riordino del sistema regionale della formazione continua in medicina";

la Delibera ASL Cagliari n. 401 del 16 aprile 2010, "Adozione, in via sperimentale, del Regolamento Aziendale in Materia di Formazione ed Aggiornamento Professionale";

PRESO ATTO

delle delibere ASL Cagliari n. 137 del 30/01/2013 " recepimento della deliberazione G.R. n. 52/94 del 23/12/2011, n. 138 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/74 del 24/07/2012, n. 139 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/79 del 24/07/2012 e n. 140 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/80 del 24/07/2012, relative agli indirizzi per il Nuovo Sistema ECM;

della delibera della Giunta Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n. 4/14 del 5 febbraio 2014 "Manuale di Accreditamento dei provider regionali ECM";

ATTESO

che il costo per l'organizzazione del corso di formazione graverà sui Fondi della Formazione Specifica assegnati al Distretto n° 5 per l'anno 2017;

VISTA

la richiesta di attivazione del progetto formativo aziendale n° NP/2016/27141 del 03/11/2016 (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A) con la quale il dott. Maurizio Rachele, Responsabile del Distretto n.5 Sarcidano, Barbagia di Seulo e Trexenta chiede che sia attivato il Progetto Formativo Residenziale: "**Approccio riabilitativo al Linfedema**", nella quale vengono specificati gli obiettivi del progetto , il responsabile scientifico, la tipologia dei partecipanti e i docenti e i costi;

la nota prot. n. NP/2017/40782 del 08/05/2017 di autorizzazione all'utilizzo dei Fondi della Formazione Specifica assegnati al Distretto n° 5 per l'anno 2017 del predetto progetto formativo da parte del Direttore ASSL dott. Paolo Teclème;

ACCERTATO che:

Sede, durata e docenti

- Il corso si è tenuto in n. 1 edizione della durata pari a 7,00 ore;
- Destinatari del progetto sono stati n. 30 operatori aziendali, i cui nominativi sono stati comunicati dal Servizio proponente l'evento formativo;
- Le attività didattiche si sono svolte a Suelli (CA) il 16 dicembre 2016 nella Sala della Biblioteca Comunale;
- le attività di docenza, come meglio di seguito precisato sono state affidate al docente esterno: **dott. Pierluigi Zolesio**;

Modalità di partecipazione:

La formazione in parola, ferme restando le esigenze di continuità del servizio, ha costituito aggiornamento obbligatorio per i dipendenti ATS Sardegna ASSL Cagliari individuati, per i quali le eventuali eccedenze orarie accumulate in occasione dell'attività formativa rispetto al debito settimanale daranno luogo, esclusa qualsivoglia forma di monetizzazione, al recupero della stessa previa intesa con il diretto responsabile gerarchico;

Aspetti economici:

La spesa massima prevista per la realizzazione del progetto è pari a € 900,00 e si specifica che in tale spesa rientra il solo compenso per la docenza, per un costo procapite previsto per partecipante di € 30,00 e un costo orario per partecipante pari € 4,29 come specificato in dettaglio nella tabella costi previsti (allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale - Allegato A);

Preso atto che:

- i docenti sono stati individuati e proposti dalla dott. Maurizio Rachele, Responsabile del Distretto n.5 Sarcidano, Barbagia di Seulo e Trexenta con dichiarazioni prot. n° NP NP/2016/27141 del 03/11/2016 (Allegato A) acquisite agli atti che si allegano al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale, dalle quali risulta che la scelta è stata effettuata nell'ambito dei professionisti in possesso di una esperienza tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, anche in virtù dei ruoli professionali svolti e che non sussistono cause di inconferibilità, incompatibilità, o di conflitto di interessi per l'affidamento dell'incarico di docenza;
- il docente con autocertificazione prot. n. NP/2016/27141 del 03/11/2016 (Allegato A) hanno fornito le dichiarazioni, che si allegano al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale, relative all'insussistenza di cause di inconferibilità, incompatibilità, o di conflitto di interessi all'assunzione dell'incarico di docenza;

DETERMINA

per i motivi esposti in premessa:

- 1) di prendere atto del Progetto Formativo Aziendale "**Approccio riabilitativo al Linfedema**";
- 2) di definire che le attività formative si sono tenute come da data, articolazione oraria indicate nel programma;
- 3) di fissare in € 900,00 le spese complessive sostenute per la realizzazione del progetto formativo in oggetto (dettagliati nella tabella contenuta nell'Allegato A). Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docente);
- 4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 30,00 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 4,29;
- 5) che il costo per l'organizzazione del corso di formazione graverà sui Fondi della Formazione Specifica assegnati al Distretto n. 5 Sarcidano, Barbagia di Seulo e Trexenta per l'anno 2017;
- 6) di dare atto che la spesa graverà sull'esercizio finanziario secondo la tabella di seguito riportata:

Anno	Autorizzazione di spesa	Macro	Conto Economico	Descrizione Conto	Importo Aggiudicato Iva Inclusa
2017	BS2	Area Formazione	A506030201	Compensi ai docenti esterni	€ 900,00

- 7) di autorizzare il Servizio Bilancio al pagamento delle competenze dovute in favore di coloro che erogheranno servizi per la funzionalità del progetto formativo a seguito di presentazione di regolare documentazione contabile e previa liquidazione contenente l'attestazione di regolare esecuzione da parte del responsabile della UO proponente il Progetto formativo;
- 8) di demandare all'Area Formazione del Servizio Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale, per quanto di competenza, gli adempimenti organizzativi ed amministrativi connessi con l'attuazione delle predette attività ECM regionale e l'eventuale utilizzo della cassa economale di competenza;
- 9) di comunicare la presente deliberazione all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, ai sensi dell'art. 29, comma 2, della L.R. n. 10/2006, come modificato dall'art. 3 della L.R. n° 21/2012;

Il Responsabile del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione

dott. Tullio Garau
(firma digitale apposta)



ATS Sardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

Allegato "A"

"Approccio riabilitativo al Linfedema"

Il presente allegato è composto
di n. 13 fogli, di n. 13 pagine

2

ASLB
NP.2016/27142 del 03/11/2016 ore 13.59
Mitt.: DISTRETTO 5 - Sarcidano-BarbagiaAss.: Area Formazione
Class.: 1, Fasc.: 167 del 2016Al Responsabile Area Formazione
dott. Ireneo Picciau

N. Prot. 4390 2 NOV. 2016

Oggetto: Richiesta attivazione Progetto Formativo Residenziale “Approccio riabilitativo al linfedema”

In relazione alla richiesta di attivazione del Progetto Formativo Residenziale “Approccio riabilitativo al linfedema”, si inviano in allegato i seguenti documenti:

- Richiesta attivazione Progetto Formativo Residenziale
- Richiesta preventivo docenza
- Preventivo di spesa
- Programma del corso
- Indicazione di scelta del docente
- Accettazione di incarico
- Curriculum Vitae del docente
- Questionario ECM.

Cordiali saluti.

Senorbì, li

Il Direttore del Distretto
Dott. Maurizio Rachele

nao

2

Servizio Proponente Distretto Sarcidano
Barbagia di Seulo Trexenta**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**Titolo del Progetto: " *Approccio riabilitativo al Linfedema* "Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? **SI**
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostanteCorso di aggiornamentoL'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 € 000,00Il 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>16/12/2016</u>	<u>16/12/2016</u>	6 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
2 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</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 della Biblioteca del Comune di SuelliIndirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Provinciale Suelli

ASL8

NP.2016/26201 del 21/10/2016 ore 13,03

Mitt.: DISTRETTO 5 - Sarcidano-Barbagia ...

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 157 del 2016



Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 30 Totale Partecipanti 30

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 5 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 0 operatori di altre ASL - Aperto a n. 5 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:

- | | | |
|---|---|--|
| <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"/> 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 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., transf., 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

5

Progetto Formativo

Area tematica

Area riabilitazione

Obiettivo formativo

Contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisire maggiore conoscenza del lindedema e maggiori competenze tecniche sull'approccio riabilitativo allo stesso

B - Acquisizione competenze di processo:

Migliorare la qualità del trattamento riabilitativo

C - Acquisizione competenze di sistema:

Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni.

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

Acquisizione di maggiori competenze da parte degli operatori del Distretto e conseguente miglioramento della qualità del servizio del t

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 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 ZOLESIO Nome PIERLUIGI

Codice Fiscale ZLSPLG55E10B354S Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 10/05/1955

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3382526531 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail zolesiop@tiscali.it

Qualifica Medico Fisiatra Competenze resp. Servizio Recupero e Rieducazione funzionale P.O. Businco

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Campio Nome Franca

Codice Fiscale CMPFNC59B48D969N Telefono 0782820301 Cellulare 3204845521 Fax 0782800025 e-mail francacampio@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: 00 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>7</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>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>	<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.

7

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Esterno

Cognome ZOLESIO Nome PIERLUIGI

Codice Fiscale ZLSPLG55E10B354S Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 10/05/1955

Professione ECM MEDICO Disciplina ECM FISIATRIA

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3382526531 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail zolesiop@tiscali.it Qualifica resp. Servizio Recupero e Rieducazione funzionale P.O. Businco

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 007 Totale compenso €700

Spese 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 1 Totale spesa rimborso pasti 27,79

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali 20

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

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Scegliere un elemento.

Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.

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

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

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

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Scegliere un elemento.

Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.

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

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

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)	€ 900,00
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)	€
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 900,00

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Coordinamento distretti
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici
<input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118
<input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza
<input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
<input type="checkbox"/> D.G. Staff
<input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
<input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze
<input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco
<input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> P.O. Marino
<input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe
<input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino
<input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità
<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

<p style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello)</p> <p style="font-size: small;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: large; font-family: cursive;">MAURIZIO RACHELE</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p style="font-size: small;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">AZIENDA U.S.L.N.8 - CAGLIARI DISTRETTO n.5</p> <p style="font-size: x-small;">Società a partecipazione paritetica, Barbagia di Seulo e Trexenta</p> <p style="font-size: x-small;">Indirizzo: Via Maurizio Rachele</p> <p style="font-size: large; font-family: cursive;">Maurizio Rachele</p>

Progetto formativo residenziale

Approccio riabilitativo al linfedema

Suelli, 16 dicembre 2016

- Ore 8.00 Registrazione dei partecipanti.
- Ore 8.30 Anatomia, fisiologia e fisiopatologia del sistema linfatico.
- Ore 9.30 Epidemiologia e stadiazione del linfedema.
- Ore 10.30 Pausa
- Ore 11.00 Classificazione e genetica del linfedema primario.
- Ore 12.00 Clinica del linfedema. Diagnosi clinica e strumentale.
- Ore 13-00 Pausa pranzo
- Ore 14.00 Principi di terapia decongestiva manuale.
- Ore 15.30 Progetto riabilitativo decongestivo, programmi in fase di attacco e mantenimento.
- Ore 16.00 Tutori elastocontenitivi, scelta dei materiali, presa delle misure, prescrizione.
- Ore 16.30 Altra terapia del linfedema.
- Ore 16.45 Somministrazione questionario di valutazione
- Ore 17.00 Chiusura lavori

10

Progetto Formativo Residenziale
Approccio riabilitativo al Linfedema

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti	€ 900,00
Pernottamento Vitto docenti e partecipanti	€ 0,00
Mobilità docenti	€ 0,00
Materiali didattici	€ 0,00
Spese varie e/o impreviste	€ 0,00
Costi effettivi di accreditamento ECM	€ 0,00
TOTALE	€ 900,00

Costo medio per partecipante € 30,00
Costo medio x ora x partecipante € 4,29

Indicazione di scelta del Docente o Codocente e dichiarazione assenza di conflitto di interessi

(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto dott. Maurizio Rachele _____ Responsabile/Direttore della Struttura
_____ Distretto Sarcidano Barbagia di Seulo e Trexenta _____ ,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "Approccio riabilitativo al linfedema " di prossima programmazione,

1) indico quale docente/ dell'attività formativa in questione

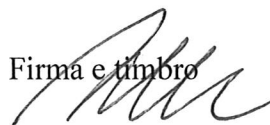
il Dr. Pierluigi Zolesio _____

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale e valutato il preventivo di spesa (allegato) e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi.

- 2) Dichiaro che**, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta **non sussistono** da parte mia **conflitti di interesse**.

Data,

Firma e timbro



12

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR. 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto dott. Pierluigi Zolesio, nominato in qualità di **Responsabile scientifico e Docente** per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "Approccio riabilitativo al linfedema" di prossima programmazione,

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 12/10/2016

Firma

