

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

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° DTD8-2017-608 DEL 08/09/2017

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE

**OGGETTO:
PFA "PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti"**

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 **08/09/2017** al **23/09/2017**

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 per la Formazione Aziendale definiti con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016;

VISTA

la scheda di attivazione del Progetto Formativo prot. n. NP/2017/61595 del 13/07/2017 (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A) con la quale il dott. Aldo Monni, Responsabile del SSD Accreditamento Istituzionale, chiede che sia attivato il progetto formativo aziendale extra piano "**PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti**", nella quale sono precisati gli obiettivi, il responsabile scientifico, la tipologia dei partecipanti, i costi, i docenti del progetto formativo;

ACCERTATO che:

- le attività di formazione proposte risultano articolate come segue:

Sede, durata e docenti

- Il corso sarà tenuto in n. 6 edizioni della durata pari a 4h 20min. ciascuna;
- Destinatari del progetto (50 partecipanti per edizione) saranno individuati e comunicati dalla struttura proponente all'Area Formazione;
- Le attività didattiche si svolgeranno dal 26 ottobre 5 dicembre 2017 presso i locali aziendali;
- le attività di docenza, come meglio di seguito precisato saranno affidate ai docenti interni fuori orario di servizio a titolo gratuito: Luigi Furcas, Anna Girau, Maria Teresa Orano, Sebastiano Patti, Sabrina Peditzi, Giorgio Pia, Ilenia Piras, Pietro Antonio Porru;

Modalità di partecipazione:

La formazione in parola, ferme restando le esigenze di continuità del servizio, costituisce aggiornamento obbligatorio per i dipendenti ASSL di 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 € 172,15. Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (costi di accreditamento), 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 proposti ed individuati dal Responsabile della UO proponente con dichiarazione acquisita agli atti (nota prot. NP/2017/61595 del 13/07/2017) dalla quale risulta che le scelte sono state 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 come risulta dai *curricula* degli stessi e dichiara, inoltre, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, che in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte sua conflitti di interesse, (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A);
- il Responsabile della U.O. proponente ha fornito le dichiarazioni acquisite agli atti (note prot. n. NP/2017/61595 del 13/07/2017) da parte dei docenti relative all'insussistenza di cause di inconferibilità, incompatibilità, o di conflitto di interessi all'assunzione dell'incarico conferito (che si allegano quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A);

DETERMINA

per i motivi esposti in premessa:

- 1) di approvare il Progetto Formativo Aziendale **“PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti”**;
- 2) di definire che le attività formative si terranno come da data, articolazione oraria indicate nel programma;
- 3) di fissare in € 172,15 le spese complessive da sostenere 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 (costi di accreditamento);
- 4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 7,48 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 0,33;
- 5) che il costo per l'organizzazione del corso di formazione graverà sui fondi per la Formazione Aziendale definiti con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016;

- 6) di dare atto che la spesa graverà sull'esercizio finanziario secondo la tabella di seguito riportata:

ANNO	UFFICIO AUTORIZZ.	MACRO	COD. CONTO	DESCRIZIONE	IMPORTO (IVA INCL.)
2017	BS2	Area Formazione	A506030204	Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale	€ 172,15

- 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)

Allegato “A”

Il presente allegato è composto
di n. 22 fogli, di n. 22 pagine

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP. 2017/61595 del 13/07/2017 ore 09,01
Mitt.: ASSSL Cagliari SSD Servizio Accred...
Ass.: ASSSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1.



Cagliari,

Oggetto: Richiesta attivazione corso formazione

UOC Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale - Area Formazione
Sede

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile della SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e
Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari committente del seguente Progetto Formativo dal titolo:
- PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti.

Chiede che venga attivato e accreditato ecm e con la presente si trasmette il seguente materiale didattico:

- Richiesta attivazione Progetto formativo Residenziale
- Programma delle giornate formative
- Richiesta autorizzazione docente non iscritto albo
- Accettazione Incarico responsabile scientifico
- Indicazione di scelta del docente e dichiarazione di assenza di conflitti di interesse
- Accettazione incarico docente e assenza conflitti interesse
- Domande per questionario di valutazione orale

Si precisa che il percorso formativo sopraelencato non è previsto dal piano di formativo aziendale 2017 e
non ha nessun costo aggiuntivo se non quelli previsti per l'accREDITAMENTO ecm.

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
13 LUG. 2017	
PRESA IN CARICO	

Responsabile SSD Accreditamento Istituzionale

Dr. Aldo Monni



Servizio Proponente SSD Funzioni
Connesse alle Autorizzazioni e
Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio
Sanitari

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso Feriti* "

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?

Se "SI" indicare la denominazione

Numero di edizioni previste

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	<u>26/10/2017</u>	<u>26/10/2017</u>	6 ^a Edizione	<u>05/12/2017</u>	<u>05/12/2017</u>
2 ^a Edizione	<u>02/11/2017</u>	<u>31/10/2017</u>	7 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
3 ^a Edizione	<u>08/11/2017</u>	<u>08/11/2017</u>	8 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
4 ^a Edizione	<u>15/11/2017</u>	<u>15/11/2017</u>	9 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
5 ^a Edizione	<u>22/11/2017</u>	<u>22/11/2017</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 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 P.O. SS Trinità - Sala Urologia

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari - Via Is Mirrionis

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/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., 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 emergenza ed urgenza

Obiettivo formativo

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

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acrescere le conoscenze teoriche e pratiche sul coordinamento e gestione in equipe della fase ospedaliera della maxi emergenza

B - Acquisizione competenze di processo:

Fornire abilità pratiche sulla gestione operativa in situazioni di afflusso massivo di pazienti all'interno del Pronto Soccorso e conseguente interessamento delle Unità Operative Ospedaliere

C - Acquisizione competenze di sistema:

La finalità del percorso è la seguente: 1) **Informare i professionisti sanitari coinvolti nella gestione della Maxi emergenza sui principi operativi che regolano il soccorso ospedaliero** 2) **Elencare il metodo corretto per affrontare in ospedale gli scenari di soccorso sanitario sulla maxi emergenza**

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

La formazione specifica e mirata, oggetto di questo specifico corso, riteniamo sia in grado di fornire un valore aggiunto al professionista sanitario. Lo sviluppo in concreto delle competenze del professionista coinvolto avviene incrementando le performance individuali e arricchendo, nel contempo, il capitale intellettuale dell'area socio sanitaria di Cagliari. La ricaduta formativa a distanza sarebbe, tuttavia, utile valutarla a distanza di tempo attraverso indicatori specifici e indagini appropriate

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 Pia Nome Giorgio

Codice Fiscale PIAGRG53M18B354E Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 18/08/1953

Telefono 070281925 Cellulare 339 210 741 per inviare testo Fax 070181925 e-mail giorgiopia@asl8cagliari.it

Qualifica Medico Competenze Direttore Pronto Soccorso SS Trinità

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Furcas Nome Luigi

Codice Fiscale FRCLGU60M30L521O Telefono 070/6096908 Cellulare 3669121500 Fax 6908 e-mail luigifurcas@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: 4 Minuti: 20

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>40</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>40</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) _____

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Pia Nome Giorgio
Codice Fiscale PIAGRG53M18B354E Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 18/08/1953
Professione ECM Medico Disciplina ECM Responsabile Pronto Soccorso
Telefono 070281925 Cellulare 349 200 000 Fax 070 200 000 e-mail giorgiopia@asl8cagliari.it Qualifica Direttore Pronto Soccorso
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scoprire il sistema
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scoprire il sistema
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. 2

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Orano Nome Maria Teresa
Codice Fiscale RNOMTR48M51B354H Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/08/1948
Professione ECM Medico Disciplina ECM Medico
Telefono 070 6095768 Cellulare 349 200 000 Fax 070 6095903 e-mail mariateresaorano@asl8cagliari.it Qualifica Direzione Sanitario P.O.
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scoprire il sistema
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scoprire il sistema
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 Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Furcas Nome Luigi
Codice Fiscale FRCLGU60M30L521O Luogo di nascita Uta Data di nascita 30/08/1960
Professione ECM Infermiere Disciplina ECM Infermiere
Telefono 070/6096854 Cellulare 349 200 000 Fax 070 609 6854 e-mail luigifurcas@asl8cagliari.it Qualifica Infermiere
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scoprire il sistema
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scoprire il sistema
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. 4

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Piras Nome Ilenia
Codice Fiscale PRSLNI78P54E625R Luogo di nascita Livorno Data di nascita 15/09/1978
Professione ECM Infermiere Disciplina ECM Infermiere
Telefono 0706096082 Cellulare Fare clic qui per immettere testo Fax Fare clic qui per immettere testo e-mail ileniapiras@asl8cagliari.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliete 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 Scegliete 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. 5

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Peditzi Nome Sabrina
Codice Fiscale PDTSRN71E52B354Q Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 12/05/1971
Professione ECM Medico Disciplina ECM Medico
Telefono 070281925 Cellulare Fare clic qui per immettere testo Fax Fare clic qui per immettere testo e-mail sabrina.peditzi@asl8cagliari.it Qualifica Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliete 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 Scegliete 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. 6

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Girau Nome Anna
Codice Fiscale GRINNA71H41D334P Luogo di nascita Domusnovas Data di nascita 01/06/1961
Professione ECM Infermiere Disciplina ECM Infermiere
Telefono 070281925 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 COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliete 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 Scegliete 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. 7

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
 Cognome Patti Nome Sebastiano
 Codice Fiscale PTTSST66M02B354V Luogo di nascita Castellana Grotte (CT) Data di nascita 02/08/1966
 Professione ECM Medico Disciplina ECM Medico
 Telefono 070281925 Cellulare 070281925 Fax 070281925 e-mail sebastianopatti@asl8cagliari.it Qualifica Medico PS
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scaglieri 1000000
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
 Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scaglieri 1000000
 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. 8

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
 Cognome Porru Nome Pietroantonio
 Codice Fiscale PRRPRN54D24D287C Luogo di nascita Desulo Data di nascita 24/04/1954
 Professione ECM Medico Disciplina ECM Medico
 Telefono 070281925 Cellulare 070281925 Fax 070281925 e-mail pietroantonioporru@asl8cagliari.it Qualifica Medico PS
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scaglieri 1000000
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
 Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scaglieri 1000000
 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): Parere della Regione Siciliana
 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)	<u>€ 0,00</u>
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	<u>€ 172,15</u>
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<u>€ 172,15</u>

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 type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input checked="" 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

<p align="center">Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p align="center">ASL Cagliari Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Il Responsabile <i>Dott. Aldo Monti</i></p>
<p align="center">Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p align="center">ASL Cagliari Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Il Responsabile <i>Dott. Aldo Monti</i></p>

Evento Formativo Residenziale

"PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti"

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti	€ 0,00
Alloggio e vitto docenti	€ 0,00
Mobilità docenti	€ 0,00
Materiali didattici	€ 0,00
Spese varie e/o impreviste	€ 0,00
Costi effettivi di accreditamento ECM	€ 172,15
TOTALE	€ 172,15

Costo medio per partecipante € 7,48
Costo medio x ora x partecipante € 0,33

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 Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti** di prossima programmazione,

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

- Dott.ssa Maria Teresa Orano
- Dr Giorgio Pia
- Dr Luigi Furcas
- Dott.ssa Ilenia Piras
- Dott.ssa Sabrina Pedditzi
- Dott.ssa Anna Girau
- Dr Pietroantonio Porru
- Dr Sebastiano Patti

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale 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

ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accreditamento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile Dott. Aldo Monni

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)

La sottoscritta **Sabrina Pedditzi** nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo: **PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti** 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,

01/06/17

Firma



Dichiarazione

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

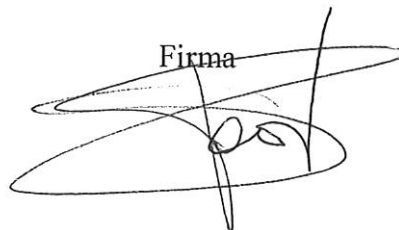
(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto **Sebastiano Patti** nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo: **PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti** 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, 26-05-17

Firma


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 **Luigi Furcas** nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo:

PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti 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,

Firma


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)

La sottoscritta **Anna Girau** nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo:

PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti 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,

Firma



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)

La sottoscritta **Ilenia Piras** nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo:

PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti 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,

Firma


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)

La sottoscritta **Maria Teresa Orano** nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo: **PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti** 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, 26-06-2017

Firma



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 **Giorgio Pia** nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo:

PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti 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,

Firma



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 **Pietroantonio Porru** nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo: **PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso di Feriti** 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,

Firma
