

Allegato “A”

Percorso formativo destinato agli operatori degli Uffici Scelta e Revoca del medico

Il presente allegato è composto
di n. 14 fogli, di n. 14 pagine

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " Percorso Formativo destinato agli Operatori degli Uffici Scelta e Revoça del Medico "

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? No
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Scegliere un elemento.

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>22/11/2017</u>	<u>22/11/2017</u>	6 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
2 ^a Edizione	<u>29/11/2017</u>	<u>29/11/2017</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 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 Conferenze Sede Distretto Area Vasta , Pad G Cittadella della Salute

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Romagna 16, Cagliari



Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 35 **Totale Partecipanti** 35

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. 7 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 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 giuridico - normativa

Obiettivo formativo

Linee guida – protocolli – procedure – documentazione clinica

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Corretta applicazione delle norme e disposizioni in materia di scelta e revoca del medico, aggiornamento anagrafe assistiti tramite l'utilizzo delle procedure informatiche in uso.

B - Acquisizione competenze di processo:

l'utilizzo corretto delle procedure in uso permette l'inter scambio di notizie utili per tutti gli Operatori che utilizzano la procedura ANAGS e il Sistema T.S., così da consentire a tutti di operare con una percentuale di errori inferiore.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Ogni singolo partecipante acquisirà nuove competenze in termini di espletamento delle funzioni assegnate

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

Si prevede che la corretta applicazioni delle linee guida in uso (Accordo Stato Regioni del 20/12/2012), possa consentire ad ogni singolo partecipante un miglioramento sia in termini di efficacia che di efficienza in relazione alle funzioni quotidianamente svolte

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 Lepori Nome Pietrina Giovanna

Codice Fiscale LPRPRN56P56L953T Luogo di nascita Villagrande Strisaili Data di nascita 16/09/1956

Telefono 070.47443617 Cellulare [Fare clic qui per immettere testo.](#) Fax 070.47443715 e-mail pietrinalepori@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente amministrativo Competenze Responsabile Struttura Complessa

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Piras Nome Piero

Codice Fiscale PRSPRI61B20B354A Telefono 070.47443617 Cellulare [Fare clic qui per immettere testo.](#) Fax 070.47443715 e-mail pieropiras@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: 5 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>00</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>5</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.](#)

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio
Cognome Piras Nome Piero
Codice Fiscale PRSPRI61B20B354A Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 20/02/1961
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono 070.47443617 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 070.47443715 e-mail piropiras@asl8cagliari.it
Qualifica Collaboratore Amm.va tit. P.O.
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 10 Totale compenso € 258,20
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. 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)	€ 258,20
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>		€ 258,20

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti
<input checked="" 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 Accredimento 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>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>Dr.ssa Pietrina Giovanna Lepori</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;"> ASL Cagliari Distretto Sociosanitario 1 CAGLIARI - AREA VASTA U.O.C. Anziani Disabili e Soggetti Fragili IL RESPONSABILE Dott.ssa <i>Pietrina Lepori</i> </p> <p style="text-align: right;"><i>A.A.T. ad integrazione</i></p>

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP. 2017/90136 del 26/10/2017 ore 08:31
Mitt.: ASSSL Cagliari Direzione Amministrativa
Ass: ASSSL Cagliari Area Formazione
Class.: I Fasc. 2427 del 2017



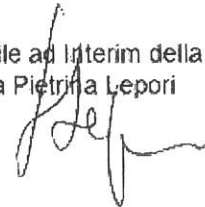
Al Responsabile dell'Area Formazione
Sede

Oggetto: "Percorso Formativo destinato agli Operatori degli Uffici Scelta e
Revoca de Medico – Terza edizione – Formazione specifica anno 2017

Con riferimento al progetto formativo indicato in oggetto, si chiede l'autorizzazione all'utilizzo
del budget assegnato a questa UOC per l'anno 2017 per la formazione specifica del Personale del
comparto.

Distinti saluti

La Responsabile ad Interim della UOC
Dr.ssa Pietrina Lepori




IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE



**Indicazione di scelta del docente
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)

La sottoscritta Pietrina Lepori Responsabile ad interim della U.O.C. committente del
Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

“Percorso formativo destinato agli Operatori degli Uffici Scelta e Revoca del Medico “

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il/la Sig./Dr. Piero Piras

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale 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.

- 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**.

Cagliari, 23/10/2017

Dr.ssa Pietrina Giovanna Lepori



Dichiarazione

DOCENTE

Accettazione incarico di ~~Tutor~~ 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)

DOCENTE

Io sottoscritto Piero Piras nominato in qualità di ~~Tutor~~ per il Percorso Formativo dal titolo:

“ Percorso formativo destinato agli Operatori degli Uffici Scelta e Revoca del Medico “

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.

Cagliari, 23/10/2017

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
PG/2017/382531 del 07/11/2017 ore 11,09
Mitt.: PIRAS PIERO
Ass.: ASL Cagliari Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 2766 del 2017



Piero Piras


ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/89928 del 25/10/2017 ore 11,25
Mitt.: ASSL Cagliari Direzione Amministrativa

Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 170 del 2017



Al Responsabile dell'Area Formazione
S e d e

Oggetto: Programma del Progetto "Percorso Formativo destinato agli Operatori degli Uffici Scelta e Revoca de Medico – Terza edizione.

Con riferimento al progetto formativo indicato in oggetto, destinato a tutti gli Operatori degli Uffici S/R del medico di tutta la ASSL di Cagliari, si illustra di seguito il programma che verrà sviluppato:

PROGRAMMA CORSO

Sistema T.S.

inserimento nuovi nati con Aggiornamento data fine assistenza ASL/SSN ;
aggiornamento scelte temporanee cittadini italiani - data scadenza assistenza ASL
data assistenza SSN (illimitata);
Aggiornamento scelte cittadini extra comunitari e comunitari : **data fine assistenza ASL - data fine assistenza SSN;**
Varie ed eventuali sulla gestione del Sistema T.S.

Modalità di Revoca del MMG ai cittadini detenuti

Comunicazioni Case Circondariali
Aggiornamento anagrafe assistiti (30 giorni)
MMG e assistenza ai detenuti sottoposti a regimi carcerari alternativi (cittadini italiani – comunitari – extracomunitari)

Cittadini Extracomunitari:

Collaborazione con i Centri di accoglienza in fase di prima iscrizione – verifica regolarità documentazione (doppi CF ecc.) – deleghe.

Gestione iscritti SASN

Individuazione categorie

Assistenza sanitaria alla popolazione straniera – Accordo Stato Regioni del 20/12/2012 -

STP – ENI :

brevi cenni sulle modalità di assegnazione del Codice

Assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari di età inferiore ai 18 anni minori accompagnati e non accompagnati :

modalità di erogazione dell'assistenza.

12

Documentazione

Cittadini Extracomunitari:

Collaborazione con i Centri di accoglienza in fase di prima iscrizione – verifica regolarità documentazione (doppi CF ecc.) – deleghe.

Cittadini Italiani che ricevono la pensione da un altro Stato dell’U.E.
assistenza sanitaria

Allineamento dati MEF

Comunicazioni da AAT agli Uffici

Variazione anagrafiche Comuni

Modalità di revoca cittadini Deceduti – Trasferiti – Irreperibili sulla procedura ANAGS

Utilizzo appropriato del campo NOTE

Allineamento T.S. – aggiornamento ad ogni variazione

Allineamento tramite Sardegna IT procedura ANAGS – Portale TS (brevi cenni)

Si precisa inoltre che il programma di cui trattasi si articolerà nei giorni 22 e 29 Novembre 2017, dalle ore 14.00 alle ore 18.00.

Sempre negli stessi giorni, dalle ore 18.00 alle ore 19.00 seguirà un confronto dibattito sugli argomenti trattati.

Distinti saluti

La Responsabile ad Interim della UOC
Dr.ssa Pietrina Lepori



Progetto Formativo Residenziale

"Percorso formativo destinato agli operatori degli Uffici Scelta e Revoca del medico"

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti	€ 258,20
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	€ 0,00
TOTALE	€ 258,20

Costo medio per partecipante € 3,69
 Costo medio x ora x partecipante € 0,74