ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

Allegato "A"

Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nelle ASSL del Sud Sardegna

Il presente allegato è composto
di n. 30 fogli, di n. 30 pagine

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

Prot: NP/2018/29782
19.04.2018

Servizio Proponente Fare clic qui per immettere testo.

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: *" Accompagnamento dei professionisti nelll'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nelle ASSL Sud Sardegna "*

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici

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 4

	Data Inzio	Data fine		Data Inzio	Data fine
1ª Edizione	23/04/2018	05/11/2018	6ª Edizione	/ /	/ /
2ª Edizione	23/04/2018	05/11/2018	7ª Edizione	/ /	/ /
3ª Edizione	14/05/2018	12/11/2018	8ª Edizione	/ /	/ /
4ª Edizione	14/05/2018	12/11/2018	9ª Edizione	/ /	/ /
5ª Edizione	/ /	/ /	10ª Edizione	/ /	/ /

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 Aule formazione ATS

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Fare clic qui per immettere testo.

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 40 **Totale Partecipanti** 160

☒ Riservato agli operatori del Servizio proponente - ☒ Aperto a n. Fare clic qui per immettere testo. operatori di altri Servizi ASL

☒ Aperto a n. Fare clic qui per immettere testo. operatori di altre ASL - ☒ Aperto a n. Fare clic qui per immettere testo. 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:

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

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 gestionale management organizzativa

Obiettivo formativo

Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura

*Finalità **

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni

B - Acquisizione competenze di processo:

Migliorare capacità di analisi delle criticità dei processi in atto e proporre azioni di miglioramento

C - Acquisizione competenze di sistema:

Migliorare l'approccio integrato dei professionisti e costruire reti informative. Lavorare per processi

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

Migliorare la qualità dei servizi edelle cure

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 00 **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 Cannas Nome Paolo
Codice Fiscale CNNPLA73T26E742I Luogo di nascita LUNAMATRONA Data di nascita 26/12/1973
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail cannaspao@hotmail.com
Qualifica dirigente ATS Competenze tecniche amministrative manageriali

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Cauli Nome Luciana
Codice Fiscale CLALCN62A60L998BTelefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail lucianacauli@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:** 20 **Minuti:** 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	20	00
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	00	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	00	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	00	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	00	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	00	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	00	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	00	00
Role - Playing	RP	00	00

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 Esterno
Cognome CAPPONI Nome ANDREA
Codice Fiscale CPPNDR61T05D969Y Luogo di nascita GENOVA Data di nascita 05/12/1961
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3357461492 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail andrea.capponi@magioreosp.novara.it Qualifica DIRETTORE SC VERIFICA E REVISIONE DELLA QUALITA'
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 24 Totale compenso € 2400,00
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 6 Totale spesa rimborso pasti €166,74
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 3 Totale spesa pernottamento € 330,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 600,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Esterno
Cognome CERULLO Nome LOREDANA
Codice Fiscale CRLLDN77C60B819F Luogo di nascita CARPI (MO) Data di nascita 20/03/1977
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono 349-4669527 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail cerullo.loredana@asmn.re.it Qualifica RESPONSABILE UFFICIO QUALITA' E ACCREDITAMENTO
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 16 Totale compenso € 1600,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 4 Totale spesa rimborso pasti € 111,16
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 Totale spesa pernottamento € 220,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 400,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Esterno
Cognome CHIARINOTTI Nome DONATELLA
Codice Fiscale CHRDTL57P47F952Y Luogo di nascita NOVARA Data di nascita 07/09/1957
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3204392287 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail d.chiarinotti@maggioreosp.novara.it Qualifica MEDICO RES. SS VERIFICA E REVISIONE QUALITA'
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 40 Totale compenso € 4000,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 10 Totale spesa rimborso pasti € 277,90
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 5 Totale spesa pernottamento € 550,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 1000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 4

Ruolo Tutor Interno in orario di servizio
Cognome CAULI Nome LUCIANA
Codice Fiscale CLALCN62A60L998B Luogo di nascita VILLAPUTZU Data di nascita 20/01/1962
Professione ECM INFERMIERE Disciplina ECM INFERMIERISTICA
Telefono 0706093275 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail lucianacauli@asl8cagliari.it Qualifica CPSinfermiere
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 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. 5

Ruolo Tutor Interno in orario di servizio
Cognome MONTISCI Nome SARAH
Codice Fiscale MNTSRH89H43B354A Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 03/06/1989
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3477920220 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail sarah.montisci@gmail.com Qualifica INGEGNERE CLINICO
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 40 Totale compenso € 516,40
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. 6

Ruolo Tutor Interno in orario di servizio
Cognome PORCEDDU Nome CINZIA
Codice Fiscale PRCCNZ81B47ZII2O Luogo di nascita WOLFSBURG Data di nascita 07/02/1981
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 cinzia.porceddu @gmail.com Qualifica SOCIOLOGA
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 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. 7 (SOSTITUTO)

Ruolo Tutor Interno in orario di servizio
Cognome BATZELLA Nome ELISABETTA
Codice Fiscale BTZLBT81A63E441T Luogo di nascita LANUSEI Data di nascita 23/01/1981
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 eli.batzella@gmail.com Qualifica MEDICO
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. Totale compenso Fare clic qui per immettere testo.
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? ☐Si ☒No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€9032,80
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1100,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 555,80
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 2000,00
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)	€ 275,43
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) *A cura dell'Area Formazione*	€ 12'964,03

Macrostruttura di appartenenza

☐ Coordinamento distretti
☐ D.A. Servizi amministrativi
☐ D.A. Servizi tecnico logistici
☐ Centrale Operativa 118
☐ Dipartimento Emergenza Urgenza
☐ Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
☒ D.G. Staff
☐ DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
☐ Dipartimento Dipendenze
☐ Dipartimento Farmaco
☐ Dipartimento Prevenzione
☐ Dipartimento Salute Mentale
☐ P.O. Marino
☐ P.O. San Giuseppe
☐ P.O. San Marcellino
☐ P.O. Santissima Trinità
☐ P.O. Binaghi

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	PAOLO CANNAS
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	ATS Sardegna Azienda Tutela Salute ASSL Sanluri

Prot. NP/2018/29285
19.04.2018

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

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)

Io sottoscritto Paolo Cannas Responsabile/Direttore della Struttura Uffici Staff di Sanluri,

committente e responsabile scientifico del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi diagnostici terapeutici

assistenziali nelle ASSL Sud Sardegna" di prossima programmazione,

1) **indico quali docenti dell'attività formativa in questione**
-Dott. Capponi Andrea,
-Dott.ssa Charinotti Donatella
-Dott.ssa Cerullo Loredana
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**.

Data,
5/4/18

Firma e timbro
ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Sanluri

Prot: NP/2018/29287
19.04.2018

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Indicazione di scelta del tutor
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 Paolo Cannas Responsabile/Direttore della Struttura Uffici Staff di Sanluri,

committente e Responsabile Scientifico del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici

assistenziali nelle ASSL Sud Sardegna" di prossima programmazione,

1) **indico quale tutor dell'attività formativa in questione**
la Dott.ssa Sarah Montisci

---

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale 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**.

Data,
5/4/18

Firma e timbro
ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Sanluri

Prot: NP/2018/29287
19.04.2018

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Indicazione di scelta del tutor
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 Paolo Cannas Responsabile/Direttore della Struttura Uffici Staff di Sanluri,

committente e Responsabile Scientifico del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici

assistenziali nelle ASSL Sud Sardegna" di prossima programmazione,

1) **indico quale tutor dell'attività formativa in questione**
la Dott.ssa Cinzia Porceddu

---

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale 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**.

Data,
5/4/18

Firma e timbro
ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Sanluri

Prot: NP/2018/29287
19.04.2018

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Indicazione di scelta del tutor
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 Paolo Cannas Responsabile/Direttore della Struttura Uffici Staff di Sanluri,

committente e Responsabile Scientifico del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici

assistenziali nelle ASSL Sud Sardegna" di prossima programmazione,

1) **indico quale tutor dell'attività formativa in questione**
la Dott.ssa Luciana Cauli

---

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale 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**.

Data,
5/4/18

Firma e timbro
ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Sanluri

Prot: NP/2018/29287
19.04.2018

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Indicazione di scelta del tutor
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 Paolo Cannas Responsabile/Direttore della Struttura Uffici Staff di Sanluri,

committente e Responsabile Scientifico del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici

assistenziali nelle ASSL Sud Sardegna" di prossima programmazione,

1) **indico quale tutor dell'attività formativa in questione**
la Dott.ssa Elisabetta Batzella

---

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale 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**.

Data,
5/4/18

Firma e timbro
ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Sanluri

Prot: PG/2018/134674
19.04.2018

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

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 **CAPPONI ANDREA**

nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

" Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei PDTA nelle ASSL Sud Sardegna"

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, 3 Aprile 2018

Firma

PROT: PG/2018/134670
19.04.2018

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

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 Donatella Chiarinotti, nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nelle ASSL Sud Sardegna" 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,
Novara lì 03 aprile 2018

Firma e timbro

D. Chiarinotti

Prot: PG/2018/134668
19.04.2018

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

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 sottoscritta Loredana Cerullo, nominata in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nelle ASSL Sud Sardegna" 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, 30/03/18

Firma e timbro
Loredana Cerullo

Prot.: PG/2018/134687
19.04.2018

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Dichiarazione

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)

Io sottoscritto Elisabetta Batzella nominato in qualità di Tutor per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: " Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nelle ASSL Sud Sardegna "

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

Prot: PG/2018/134685
19.04.2018

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Dichiarazione

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)

Io sottoscritto Luciana Cauli nominato in qualità di Tutor per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: " Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi clinico organizzativi assistenziali nelle ASSL Sud Sardegna"

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

Luciana Cauli

Prot: PG/2018/134681
19.06.2018

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Dichiarazione

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)

Io sottoscritto Sarah Montisci nominato in qualità di Tutor per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: " Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nelle ASSL Sud Sardegna "

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,
05/06/2018

Firma
Sarah Montisci

Prot: PG/2018/134678
19.04.2018

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Dichiarazione

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)

Io sottoscritto Cinzia Porceddu nominato in qualità di Tutor per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: " Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nelle ASSL Sud Sardegna "

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,
5/4/18

Firma

Progetto Formativo

Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali nelle ASSL del Sud Sardegna

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti e tutor	€ 9.032,80
Alloggio e vitto docenti	€ 1.655,80
Mobilità docenti	€ 2.000,00
Materiali didattici	€ 0,00
Spese varie per servizi	€ 0,00
Costi effettivi di accreditamento ECM	€ 275,43
TOTALE	€ 12.964,03

Costo medio per partecipante	€ 81,03
Costo medio x ora x partecipante	€ 4,05

Articolazione del corso:

Il corso prevede 4 edizioni di 20 ore ciascuna. Ogni partecipante alla fine del corso deve aver contribuito con il gruppo alla ricerca delle evidenze scientifiche per lo sviluppo clinico ed organizzativo del documento.

Le giornate previste per le prime due edizioni sono: **23 aprile, 4 giugno, 2 luglio, 1 ottobre, 5 novembre.**

Le giornate previste per la terza e quarta edizione sono: **14 maggio, 28 maggio, 18 giugno, 8 ottobre, 12 novembre.**

Destinatari del corso:

Parteciperanno al corso massimo 40 professionisti provenienti dai diversi ruoli e diverse sedi.

Programma di dettaglio:

Prime due edizioni

23 aprile

Docente: Cerullo Loredana

Mattina: Gestione del paziente con frattura di vertebra osteoporotica

Ore 8.00 – 8.30
Registrazione presenze e introduzione al corso

Ore 8.30 – 10.30
Lezione frontale. Introduzione al percorso organizzativo

Ore 10.30
Coffee break

Ore 11.00- 13.00
Sviluppo del percorso organizzativo. Matrice delle responsabilità

PAUSA PRANZO

Pomeriggio: Gestione del paziente diabetico

Ore 14.00-14.30
Registrazione presenze e introduzione al corso

Ore 14.30-16.30
Lezione frontale. Introduzione al percorso organizzativo

Ore 16.30-18.30
Sviluppo del percorso organizzativo. Matrice delle responsabilità

4 giugno

Docente: Cerullo Loredana

Mattina: Gestione del paziente con frattura di vertebra osteoporotica

Ore 8.00 – 8.30
Registrazione presenze

Ore 8.30 – 10.30
Lezione frontale.
Sviluppo del percorso organizzativo. Matrice delle responsabilità

Ore 10.30
Coffee break

Ore 11.00- 13.00
Sviluppo della matrice delle resposabilità

PAUSA PRANZO

Pomeriggio: Gestione del paziente diabetico

Ore 14.00-14.30
Registrazione presenze

Ore 14.30-16.30
Lezione frontale.
Sviluppo del percorso organizzativo. Matrice delle responsabilità

Ore 16.30-18.30

Sviluppo della matrice delle resposabilità

2 luglio

Docente: Capponi Andrea

Mattina: Gestione del paziente con frattura di vertebra osteoporotica

Ore 8.00 – 8.30
Registrazione presenze

Ore 8.30 – 10.30
Sistemi di monitoraggio. Set di indicatori e introduzione agli audit

Ore 10.30
Coffee break

Ore 11.00- 13.00
Sistemi di monitoraggio. Set di indicatori e introduzione agli audit

PAUSA PRANZO

Pomeriggio: Gestione del paziente diabetico

Ore 14.00-14.30
Registrazione presenze

Ore 14.30-16.30
Sistemi di monitoraggio. Set di indicatori e introduzione agli audit

Ore 16.30-18.30
Sistemi di monitoraggio. Set di indicatori e introduzione agli audit

1 ottobre

Docente: Capponi Andrea

Mattina: Gestione del paziente con frattura di vertebra osteoporotica

Ore 8.00 – 8.30
Registrazione presenze

Ore 8.30 – 10.30
Riesame percorso organizzativo

Ore 10.30
Coffee break

Ore 11.00- 13.00
Riesame matrice responsabilità

PAUSA PRANZO

Pomeriggio: Gestione del paziente diabetico

Ore 14.00-14.30
Registrazione presenze

Ore 14.30-16.30
Riesame percorso organizzativo

Ore 16.30-18.30
Riesame matrice responsabilità

5 novembre

Docente: Capponi Andrea

Mattina: Gestione del paziente con frattura di vertebra osteoporotica

Ore 8.00 – 8.30
Registrazione presenze

Ore 8.30 – 10.30
Approfondimento indicatori e audit

Ore 10.30
Coffee break

Ore 11.00- 12.30
Laboratorio simulazione prossimo audit

Ore 12.30-13.00
Questionario ECM

PAUSA PRANZO

Pomeriggio: Gestione del paziente diabetico

Ore 14.00-14.30
Registrazione presenze

Ore 14.30-16.30
Approfondimento indicatori e audit

Ore 16.30-18.00
Laboratorio simulazione prossimo audit

ORE 18.00-18.30
Questionario ECM

Terza e quarta edizione

14 maggio

Docente: Chiarinotti Donatella

Mattina: K colon

Ore 8.00 – 8.30
Registrazione presenze e introduzione al corso

Ore 8.30 – 10.30
Lezione frontale. Introduzione al percorso organizzativo

Ore 10.30
Coffee break

Ore 11.00- 13.00
Sviluppo del percorso organizzativo. Matrice delle responsabilità

PAUSA PRANZO

Pomeriggio: k prostata

Ore 14.00-14.30
Registrazione presenze e introduzione al corso

Ore 14.30-16.30
Lezione frontale. Introduzione al percorso organizzativo

Ore 16.30-18.30
Sviluppo del percorso organizzativo. Matrice delle responsabilità

28 maggio

Docente: Chiarinotti Donatella

Mattina: k colon

Ore 8.00 – 8.30
Registrazione presenze

Ore 8.30 – 10.30
Lezione frontale
Sviluppo del percorso organizzativo. Matrice delle responsabilità

Ore 10.30
Coffee break

Ore 11.00- 13.00
Sviluppo della matrice delle resposabilità

PAUSA PRANZO

Pomeriggio: k prostata

Pomeriggio: Gestione del paziente diabetico

Ore 14.00-14.30
Registrazione presenze

Ore 14.30-16.30
Lezione frontale
Sviluppo del percorso organizzativo. Matrice delle responsabilità

Ore 16.30-18.30

Sviluppo della matrice delle resposabilità

18 giugno

Docente: Chiarinotti Donatella

Mattina: k colon

Ore 8.00 – 8.30
Registrazione presenze

Ore 8.30 – 10.30
Sistemi di monitoraggio Set di indicatori e introduzione agli audit

Ore 10.30
Coffee break

Ore 11.00- 13.00
Sistemi di monitoraggio. Set di indicatori e introduzione agli audit

PAUSA PRANZO

Pomeriggio: k prostata

Ore 14.00-14.30
Registrazione presenze

Ore 14.30-16.30
Sistemi di monitoraggio. Set di indicatori e introduzione agli audit

Ore 16.30-18.30
Sistemi di monitoraggio. Set di indicatori e introduzione agli audit

8 ottobre

Docente: Chiarinotti Donatella

Mattina: k colon

Ore 8.00 – 8.30
Registrazione presenze

Ore 8.30 – 10.30
Riesame percorso organizzativo

Ore 10.30
Coffee break

Ore 11.00- 13.00
Riesame matrice responsabilità

PAUSA PRANZO

Pomeriggio: k prostata

Ore 14.00-14.30
Registrazione presenze

Ore 14.30-16.30
Riesame percorso organizzativo

Ore 16.30-18.30
Riesame matrice responsabilità

12 novembre

Docente: Chiarinotti Donatella

Mattina: k colon

Ore 8.00 – 8.30
Registrazione presenze

Ore 8.30 – 10.30
Approfondimento indicatori e audit

Ore 10.30
Coffee break

Ore 11.00- 12.30
Laboratorio simulazione prossimo audit

Ore 12.30-13.00
Questionario ECM

PAUSA PRANZO

Pomeriggio: k prostata

Ore 14.00-14.30
Registrazione presenze

Ore 14.30-16.30
Approfondimento indicatori e audit

Ore 16.30-18.00
Laboratorio simulazione prossimo audit

ORE 18.00-18.30
Questionario ECM