

Allegato “A”

PDTA e AUDIT. Revisione dei percorsi aziendali.

Il presente allegato è composto
di n. 18 fogli, di n. 18 pagine

Jana
28/5/18
96

Servizio Proponente [Fare clic qui per immettere testo.](#)

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: "PDTA e Audit. Revisione dei percorsi aziendali "

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 previste⁴

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	18/06/2018	03/12/2018	6 ^a Edizione	/ /	/ /
2 ^a Edizione	18/06/2018	03/12/2018	7 ^a Edizione	/ /	/ /
3 ^a Edizione	20/06/2018	19/11/2018	8 ^a Edizione	/ /	/ /
4 ^a Edizione	20/06/2018	19/11/2018	9 ^a Edizione	/ /	/ /
5 ^a Edizione	/ /	/ /	10 ^a 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:

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

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:00dal 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 CNNPLA73T26E742 | 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 paolo.cannas@atssardegna.it

Qualifica dirigente ATS Competenze tecniche amministrative manageriali

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Cauli Nome Luciana

Codice Fiscale CLALCN62A60L998B Telefono [Fare clic qui per immettere testo](#) Cellulare [Fare clic qui per immettere testo](#) Fax [Fare clic qui per immettere testo](#) e-mail luciana.cauli@atssardegna.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: 12 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>6</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>00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>6</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. 1Ruolo Docente EsternoCognome CAPPONI Nome ANDREACodice 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 € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 36 Totale compenso € 3600,00Spese 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 Fare clic qui per immettere testo. Totale spesa rimborso pasti Fare clic qui per immettere testo.

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 6 Totale spesa pernottamento € 660,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 1200,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Docente EsternoCognome ZAVATTARO Nome FRANCESCO

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 zavattarofrancesco@gmail.com Qualifica

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 12 Totale compenso € 1200,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti Fare clic qui per immettere testo. Totale spesa rimborso pasti €Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 Totale spesa pernottamento € 220,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 400,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 3**Ruolo Tutor Interno in orario di servizioCognome CAULI Nome LUCIANACodice Fiscale CLALCN62A60L998B Luogo di nascita VILLAPUTZU Data di nascita 20/01/1962Professione ECM INFERMIERE Disciplina ECM INFERMIERISTICATelefono 0706093275 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail lucianacauli@asl8cagliari.it Qualifica CPSinfermiereInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 24 Totale compenso € 67,68

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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. 4Ruolo Tutor Interno in orario di servizioCognome PORCEDDU Nome CINZIACodice Fiscale PRCCNZ81B47ZII2O Luogo di nascita WOLFSBURG Data di nascita 07/02/1981Professione 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 SOCIOLOGAInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTOFascia retributiva di competenza e relativo importo [Scegliere un elemento](#).Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 24 Totale compenso € 67,68Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio [Scegliere un elemento](#).Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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 (SOSTITUTO)**Ruolo Tutor Interno in orario di servizioCognome BATZELLA Nome ELISABETTACodice Fiscale BTZLBT81A63E441T Luogo di nascita LANUSEI Data di nascita 23/01/1981Professione 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 MEDICOInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTOFascia 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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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

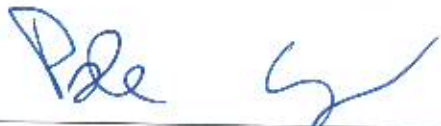
A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€4935,36
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 880,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 1600,00
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)	€ 206,58
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 7.621,94

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 checked="" type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input 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>Nome e cognome (in stampatello)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>PAGLO CAUNAS</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p></p>

**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 di Staff ASSL Sanluri ,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

“ PDTA e AUDIT revisione dei percorsi aziendali”, di prossima programmazione

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

- il Dr. il Dr Capponi Andrea
- il Dr Zavattaro Francesco

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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

- 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


ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP. 2018/37882 del 28/05/2018 ore 12.39
Mitt.: SC Ufficio di Staff ASSL Sanluri
Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1, Fasc.: 1502 del 2018



**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:
"PDTA e AUDIT revisione dei percorsi aziendali" di prossima programmazione

1) indico quali tutor dell'attività formativa in questione

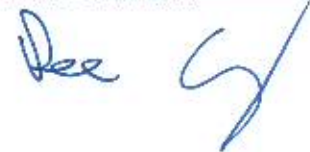
- Dott.ssa Luciana Cauli,
- Dott.ssa Elisabetta Batzella(sostituto)
- Dott.ssa Cinzia Porceddu

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,

Firma e timbro



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP 2018/37883 del 28/05/2018 ore 12,40
Mitt.: SC Ufficio di Staff ASL Sanluri
Ass.: ASL Cagliari Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 1502 del 2018



“PDTA E AUDIT. REVISIONE DEI PERCORSI AZIENDALI”

Articolazione del corso:

Il corso prevede **4 edizioni di 12 ore ciascuna.**

Le date previste per la prima e seconda edizione Gestione del paziente con Scopenso Cardiaco e Gestione integrata del paziente con BPCO sono: 18 giugno, 10 settembre, 15 ottobre, 3 dicembre.

Le date previste per la terza e quarta edizione Percorso nascita e Gestione del paziente con frattura prossimale di femore sono: 20 giugno, 11 luglio, 17 settembre, 19 novembre.

Programma di dettaglio prima e seconda edizione:

18 giugno 2018 Docente Capponi Andrea

MATTINA: Gestione del paziente con Scopenso Cardiaco

Ore 9.15 – 9.30

Registrazione presenze

Ore 9.30 – 11.00

Lezione frontale - I percorsi clinico organizzativi come strumento di programmazione e controllo, di miglioramento continuo delle prestazioni e di integrazione e coordinamento tra unità organizzative e professionalità diverse.

Ore 11.00

Coffee break

Ore 11.15- 12.45

Riesame del ragionamento clinico e revisione della letteratura.

POMERIGGIO: Gestione integrata del paziente con BPCO

Ore 14.30-14.45

Registrazione presenze

Ore 14.45-16.15

Lezione frontale - I percorsi clinico organizzativi come strumento di programmazione e controllo, di miglioramento continuo delle prestazioni e di integrazione e coordinamento tra unità organizzative e professionalità diverse.

Ore 16.15

Coffee break

Ore 16.30-18.00

Riesame del ragionamento clinico e revisione della letteratura.

10 settembre 2018 Docente Capponi Andrea

MATTINA: Gestione del paziente con Scopenso Cardiaco

Ore 9.15 – 9.30

Registrazione presenze

Ore 9.30 – 11.00

Lezione frontale.
Riesame del ragionamento organizzativo

Ore 11.00

Coffee break

Ore 11.15- 12.45

Revisione della matrice delle attività

POMERIGGIO: Gestione Integrata del paziente con BPCO

Ore 14.30-14.45

Registrazione presenze

Ore 14.45-16.15

Lezione frontale.
Riesame ragionamento organizzativo

Ore 16.15

Coffee break

Ore 16.30-18.00

Revisione della matrice delle attività

15 ottobre 2018 Docente Capponi Andrea

MATTINA: Gestione del paziente con Scopenso Cardiaco

Ore 9.15 – 9.30

Registrazione presenze

Ore 9.30 – 11.00

Sistemi di monitoraggio. Set di indicatori e introduzione agli audit

Ore 11.00

Coffee break

Ore 11.15- 12.45

Aggiornamento set indicatori

POMERIGGIO: Gestione integrata del paziente con BPCO

Ore 14.30-14.45

Registrazione presenze

Ore 14.45-16.15

Sistemi di monitoraggio. Set di indicatori e introduzione agli audit

Ore 16.15

Coffee break

Ore 16.30-18.00

Aggiornamento set di indicatori

3 dicembre docente Capponi Andrea

MATTINA: Gestione del paziente con Scopenso Cardiaco

Ore 9.15 – 9.30

Registrazione presenze

Ore 9.30 – 11.00

Audit: analisi dati

Ore 11.00

Coffee break

Ore 11.15- 12.45

Audit: spazi di miglioramento

Questionario ECM

POMERIGGIO: Gestione integrata del paziente con BPCO

Ore 14.30-14.45

Registrazione presenze

Ore 14.45-16.15

Audit: analisi dati

Ore 16.15

Coffee break

Ore 16.30-18.00

Audit: spazi di miglioramento

Questionario ECM

Programma di dettaglio terza e quarta edizione:

20 giugno 2018 Docente Zavattaro Francesco

MATTINA: Percorso nascita

Ore 9.15 – 9.30

Registrazione presenze

Ore 9.30 – 11.00

Lezione frontale - I percorsi clinico organizzativi come strumento di programmazione e controllo, di miglioramento continuo delle prestazioni e di integrazione e coordinamento tra unità organizzative e professionalità diverse.

Ore 11.00

Coffee break

Ore 11.15- 12.45

Riesame del ragionamento clinico e revisione della letteratura.

POMERIGGIO: Gestione del paziente con frattura prossimale del femore

Ore 14.30-14.45

Registrazione presenze

Ore 14.45-16.15

Lezione frontale - I percorsi clinico organizzativi come strumento di programmazione e controllo, di miglioramento continuo delle prestazioni e di integrazione e coordinamento tra unità organizzative e professionalità diverse.

Ore 16.15

Coffee break

Ore 16.30-18.00

Riesame del ragionamento clinico e revisione della letteratura.

11 luglio 2018 Docente Zavattaro Francesco

MATTINA: Percorso nascita

Ore 9.15 – 9.30

Registrazione presenze

Ore 9.30 – 11.00

Lezione frontale.

Riesame del ragionamento organizzativo

Ore 11.00

Coffee break

Ore 11.15- 12.45

Revisione della matrice delle attività

POMERIGGIO: Gestione del paziente con frattura prossimale del femore

Ore 14.30-14.45

Registrazione presenze

Ore 14.45-16.15

Lezione frontale.

Riesame ragionamento organizzativo

Ore 16.15

Coffee break

Ore 16.30-18.00

Revisione della matrice delle attività

17 settembre 2018 Docente Capponi Andrea

MATTINA: Percorso nascita

Ore 9.15 – 9.30

Registrazione presenze

Ore 9.30 – 11.00

Sistemi di monitoraggio. Set di indicatori e introduzione agli audit

Ore 11.00

Coffee break

Ore 11.15- 12.45

Aggiornamento set indicatori

POMERIGGIO: Gestione del paziente con frattura prossimale del femore

Ore 14.30-14.45

Registrazione presenze

Ore 14.45-16.15

Sistemi di monitoraggio. Set di indicatori e introduzione agli audit

Ore 16.15

Coffee break

Ore 16.30-18.00

Aggiornamento set di indicatori

19 novembre docente Capponi Andrea

MATTINA: Percorso nascita

Ore 9.15 – 9.30

Registrazione presenze

Ore 9.30 – 11.00

Audit: analisi dati

Ore 11.00

Coffee break

Ore 11.15- 12.45

Audit: spazi di miglioramento
Questionario ECM

POMERIGGIO: Gestione del paziente con frattura prossimale del femore

Ore 14.30-14.45

Registrazione presenze

Ore 14.45-16.15

Audit: analisi dati

Ore 16.15

Coffee break

Ore 16.30-18.00

Audit: spazi di miglioramento
Questionario ECM

Responsabile scientifico: Dott. Cannas Paolo

Docenti esperti: Andrea Capponi, Dott. Zavattaro Francesco

Tutor: Dott.ssa Cinzia Porceddu , Dott.ssa Luciana Cauli,

Materiale didattico:

Sarà fornito materiale didattico relativo a tutti gli argomenti trattati e le principali normative di riferimento.

Modalità di valutazione:

Sarà predisposto una test di valutazione finale al fine dell'attribuzione dei crediti come previsto dalla normativa.

Progetto Formativo

PDTA e AUDIT. Revisione dei percorsi aziendali.

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti e tutor	€ 4.935,36
Alloggio e vitto docenti	€ 880,00
Mobilità docenti	€ 1.600,00
Materiali didattici	€ 0,00
Spese varie per servizi	€ 0,00
Costi effettivi di accreditamento ECM	€ 206,58
TOTALE	€ 7.621,94

Costo medio per partecipante € 47,64
Costo medio x ora x partecipante € 3,97