



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 29 AGO. 2018

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Percorso per i facilitatori delle attività formative dell'AOb". CIG Z1624BBBD7 Spesa complessiva € 9.150,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 29 AGO. 2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

*Il Direttore Amministrativo*

IL DIRETTORE GENERALE Dott.ssa Graziella Pintus

Coadiuvato dal

Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata

Direttore Sanitario Dott. Vinicio Atzeni

**Su** proposta della SSD Formazione;

**Acquisito** il Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria;

**Atteso** che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale sanitario;

**Premesso** che l'Azienda, nello specifico la SSD Formazione vuole attivare il suddetto corso al fine di formare i professionisti che all'interno delle strutture di appartenenza, abbiano conoscenze e abilità necessarie per la gestione dell'intero ciclo formativo, così da costituire una rete di referenti per la SSD Formazione;

**Considerato** che la formazione è rivolta al personale dell'Azienda per un totale 75 partecipanti suddivisi in tre edizioni;

**Considerato** altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2018 approvato con Deliberazione n° 284 del 07.02.2018;

**Dato atto** che si è reso necessario individuare un operatore economico qualificato che possa effettuare l'attività formativa in parola;

**Atteso** che ai sensi dell'art. 36 comma 2 lett. a del D. Lgs. 50/2016 è stata effettuata un'indagine di mercato mediante richiesta di preventivo trasmessa alle Ditte Fondazione Gimbe, Praxi e Promo P.A. Fondazione, nei termini fissati sono pervenute le offerte delle predette Ditte. I Responsabili Scientifici hanno espresso parere favorevole per la Ditta Promo P.A. Fondazione come da dichiarazione di scelta Prot. n. 5998 del 06.07.2018 allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**Ritenuto** di dover assegnare l'attività di docenza in argomento alla Ditta Promo P.A. Fondazione per un importo complessivo pari a € 7.800,00 lorde onnicomprensive per la docenza, spese di viaggio, vitto e alloggio;

%



Segue Dèliberazione n. 1873 del 29 AGO. 2018

- Rilevato** altresì che l'attività di tutoraggio sarà svolta da Tutors interni come da elenco autorizzato nel progetto;
- Valutato** il progetto formativo: "Percorso per i facilitatori delle attività formative dell'AOB" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

### DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Percorso per i facilitatori delle attività formative dell'AOB", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
2. Di assegnare alla Ditta Promo P.A. Fondazione l'attività di docenza in argomento per un importo complessivo pari a € 7.800,00 lorde omnicomprendenti per la docenza, spese di viaggio, vitto e alloggio.
3. Di confermare che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 75 partecipanti suddivisi in tre edizioni. Il tutoraggio sarà svolto da Tutors interni come da elenco autorizzato nel progetto.
4. Di determinare che la spesa complessiva pari a € 9.150,00 (novemilacentocinquanta euro) graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.
5. Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
6. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei Tutors interni.
7. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 9.150,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott.ssa Graziella Pintus



Al Sig. Direttore Generale

**RICHIESTA:**

**EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

*PERCORSO PER I FACILITATORI DELLE ATTIVITA FORMATIVE NELL'AOB*

**STRUTTURA PROPONENTE**

*Ufficio Formazione*

**RESPONSABILE SCIENTIFICO**

*Dott.ssa Bruna Dettori*

*Dott. Gino Sedda*

**OBIETTIVI**

*Il corso si propone di formare professionisti che all'interno delle strutture di appartenenza, abbiano conoscenze e abilita' necessarie per la gestione dell'intero ciclo formativo, così da costituire una rete di referenti per la SSD Formazione.*

**CONTENUTI**

*Il sistema ecm*

*Il ruolo del referente della formazione*

*L'analisi dei fabbisogni*

*La progettazione*

*L'erogazione e la comunicazione*

*La valutazione*

**A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**

Acquisire conoscenze e metodi per la rilevazione del fabbisogno formativo.

**B) Acquisizione competenze di processo:**

Acquisire strumenti e metodi per la progettazione e la valutazione di un evento formativo (organizzazione/ erogazione).

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Acquisire strumenti e metodi per il trasferimento delle conoscenze e delle abilità acquisite durante l'evento formativo.

**TIPOLOGIA DI EVENTO:****A) FORMAZIONE RESIDENZIALE**

- Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)
- Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)
- Conferenza (minimo 4 ore)
- Corso (minimo 4 ore)
- Retraining

**SEDE DI SVOLGIMENTO**

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI  NO

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura \_\_\_\_\_

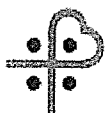
**SPAZI NECESSARI**

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)
- Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
- Aula con capienza di n. \_\_\_\_\_ partecipanti
- Sala conferenza per n. \_\_\_\_\_ partecipanti
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**AUSILI DIDATTICI**

- LAVAGNA LUMINOSA
- LAVAGNA A FOGLI MOBILI

 PC VIDEOPROIETTORE ALTRO DA SPECIFICARE \_\_\_\_\_**EDIZIONI E DATE***Il progetto formativo si svolge in più edizioni?*Sì  NO *Se Sì, indicare le date di inizio e fine, se No, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista. Indicare numero massimo dei partecipanti per edizioni.*

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	25	11 OTTOBRE 2018	12 OTTOBRE 2018
2	25	23 OTTOBRE 2018	24 OTTOBRE 2018
3	25	13 NOVEMBRE 2018	15 NOVEMBRE 2018

**PROFESSIONI***Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.***PROFESSIONI SANITARIE** **Farmacista**

n. \_\_\_\_\_

 **Ospedaliera**

n. \_\_\_\_\_

 **Farmacia Territoriale**

n. \_\_\_\_\_

 **Medico chirurgo**

n. \_\_\_\_\_

 **Angiologia**

n. \_\_\_\_\_

 **Cardiologia**

n. \_\_\_\_\_

 **Dermatologia e Venereologia**

n. \_\_\_\_\_

 **Ematologia**

n. \_\_\_\_\_

 **Endocrinologia**

n. \_\_\_\_\_

 **Gastroenterologia**

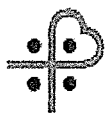
n. \_\_\_\_\_

 **Genetica Medica**

n. \_\_\_\_\_



<input type="checkbox"/> Geriatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Malattie dell' Apparato Respiratorio	n. _____
<input type="checkbox"/> Malattie Infettive	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Fisica e Riabilitazione	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Interna	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Termale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport	n. _____
<input type="checkbox"/> Nefrologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neonatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile	n. _____
<input type="checkbox"/> Oncologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Pediatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Psichiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Radioterapia	n. _____
<input type="checkbox"/> Reumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Cardiochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare	n. _____
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Oftalmologia	n. _____



- |   |                 |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Trasfusionale</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>                                       | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>                                      | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i>                      | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta )</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <br>  |                 |
| <input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i>                                      | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i>                                   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i>  | <i>n. _____</i> |



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 6 a 13

 *Privo di Specializzazione*

n. \_\_\_\_\_

 *Odontoiatra*

n. \_\_\_\_\_

 *Psicologo – Psicoterapeuta*

n. \_\_\_\_\_

 *Psicoterapia*

n. \_\_\_\_\_

 *Psicologia*

n. \_\_\_\_\_

 *Laureati non medici (specificare)*

\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA** *Infermiere*

n. \_\_\_\_\_

 *Infermiere pediatrico*

n. \_\_\_\_\_

 *Ostetrica/o*

n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE** *Podologo*

n. \_\_\_\_\_

 *Fisioterapista*

n. \_\_\_\_\_

 *Logopedista*

n. \_\_\_\_\_

 *Ortottista – Assistente di Oftalmologia*

n. \_\_\_\_\_

 *Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva*

n. \_\_\_\_\_

 *Tecnico Riabilitazione Psichiatrica*

n. \_\_\_\_\_

 *Terapista Occupazionale*

n. \_\_\_\_\_

 *Educatore Professionale*

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE** *Assistente Sanitario*

n. \_\_\_\_\_

 *Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro*

n. \_\_\_\_\_

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE** *Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare*

n. \_\_\_\_\_

Azienda Ospedaliera G. Brotzu

P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari

P.iva: 02315520920

www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione

Responsabile: Dott. Andrea Corrias

Tel. 070.5296.5576

Tel. 070.5296.5575-5578-5574

Fax: 070.5296.5594

E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

AO Brotzu

Sede Ufficio Formazione

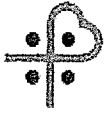
Corpo G 1° piano

Via Edward Jenner

09121 Cagliari

[www.aob.it](http://www.aob.it)





- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Sanitario di Radiologia Medica</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audiometrista</i>                   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audioprotesista</i>                 | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico di Neurofisiopatologia</i>          | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Ortopedico</i>                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Dietista</i>                                | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igienista Dentale</i>                       | n. _____ |

**X TUTTE LE PROFESSIONI**

**N. 75**

**X TUTTE LE PROFESSIONI NON ECM**

**N.6**

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**  
*(indicare esterni)*

- ASL n. \_\_\_\_\_
- Strutture private*
- Altri enti o amministrazioni pubbliche*

**DURATA E ARTICOLAZIONE**

*(Indicare la durata complessiva del progetto formativo con riferimento alle ore effettive di formazione previste dai vari eventi in cui si articola il progetto).*

*Durata complessiva dell'attività formativa: Ore: 48*

**PROGRAMMA**

*Si allega file del programma del corso: SI X NO*

**MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.**  
*(Barrare le caselle d'interesse)*

- Fotocopie di testi*
- X Slides**
- Testi/libri*
- Riviste*
- Cd*



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 8 a 13

Altri supporti

## VALUTAZIONE

### MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

Prova Pratica

Role playing con griglia

Prova manuale

Prova orale

Strutturata

Non strutturata

Prova scritta

tema

saggio

tesina

altro

Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)

Project Work

**VOCI DI SPESA**

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

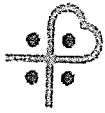
Docenza	€ ATTIVITÀ DI TUTOR DIDATTICO 51 H X 25.82=€1320 € 7800 (omnicomprensivi)
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 9150.00

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: \_\_\_\_\_ €

Quote di iscrizione: \_\_\_\_\_ €

**RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI****Dati del Responsabile Scientifico:**

Il Responsabile Scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica.

Nome	<u>Bruna</u>	Cognome	<u>Dettori</u>
Qualifica	<u>Dirigente professioni Sanitarie</u>		
Struttura	<u>Dirigenza delle professioni sanitarie</u>		
Telefono		Cellulare	<u>3296286057</u>
Fax		email	<u>brunadettori@aob.it</u>
Nome	<u>Gino</u>	Cognome	<u>Sedda</u>
Qualifica	<u>Dirigente professioni sanitarie</u>		
Struttura	<u>Dirigenza delle professioni sanitarie</u>		
Telefono		Cellulare	<u>3450251063</u>
Fax		email	<u>ginisedda@aob.it</u>

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	<u>GIORGIO ERNESTO</u>	cognome	<u>SANGIORGI</u>
Telefono	<u>070830386</u>	Cellulare	<u>335213483</u>
Fax		email	<u>sangiorqi@unica.it</u>
Curriculum	<u>SI</u>		

**TUTOR**

Nome	<u>Sandra</u>	cognome	<u>Bargone</u>
Telefono	<u>07052965575</u>	Cellulare	<u>3397808244</u>
Fax		email	<u>sandrabargone@tiscali.it</u>
Curriculum	<u>si</u>		

Nome	<u>Maria Carmina</u>	cognome	<u>Campus</u>
Telefono	<u>07052965575</u>	Cellulare	<u>3281770082</u>
Fax		email	<u>mariacarminacompus@aob.it</u>
Curriculum	<u>si</u>		

Nome	<u>Alba</u>	cognome	<u>Piras</u>
------	-------------	---------	--------------



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 11 a 13

Telefono	<u>07052965578</u>	Cellulare	<u>3394011095</u>
Fax		email	
Curriculum	<u>Si</u>		<u>Alba.piras@aob.it</u>
Nome	<u>Concetta</u>	cognome	<u>Toscano</u>
Telefono	<u>07052965578</u>	Cellulare	
Fax		email	<u>Concetta.toscano@aob.it</u>
Curriculum	<u>si</u>		

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

*Il corso si propone di realizzare la rete dei referenti della Formazione della AOB. La rete dei referenti della formazione supporta e collabora con la SSD Formazione per la raccolta del fabbisogno formativo progettazione degli eventi, valutazione ricaduta formativa.*

**B) Motivazione della scelta economica:**

*Per la realizzazione della rete dei Referenti nel piano formativo annuale 2018 erano stati previsti due differenti percorsi formativi: uno da destinarsi ad una platea di 50 persone (in due edizioni) per una spesa preventivata di 6000 €, finalizzato a rafforzare competenze già presenti. Tale percorso avrebbe coinvolto il personale della SSD Formazione e una selezionata quota di dipendenti che a vario titolo negli ultimi anni hanno prestato la loro collaborazione per la Progettazione di eventi formativi e che quindi partivano da un background formativo già strutturato. L'altro percorso (spesa preventivata 2200€) era finalizzato a coinvolgere e formare una platea più ampia di dipendenti con lo scopo di capillarizzare la rete della formazione distribuendo i referenti in maniera omogenea in tutti i dipartimenti Aziendali. Per ragioni di sostenibilità temporali, dovute a difficoltà ad attivare entrambi i corsi, e per ottimizzare tempi e percorsi formativi si è deciso di attivare un unico corso che coinvolgesse tutte le figure individuate, e di utilizzare per un unico percorso le spese preventivate per i due corsi.*

*Per l'affidamento della docenza esterna è stata fatta una indagine di mercato (vedi dichiarazione di scelta allegata prot.n. 5998 del 06/07/18). La scelta è ricaduta sulla Agenzia Formativa PromoPa.*

*L' Agenzia Formativa PromoPa per le tre edizioni del corso più una piattaforma e-learning messa a disposizione per i discenti per i sei mesi successivi al corso ha un costo omnicomprensivo di 7.800 euro .*

*I compensi dei Tutor Didattici interni sono conformi a quanto previsto dal CCNL.*

**C) Motivazione della scelta dei docenti:**

*I docenti indicati dalla PromoPa sono stati individuati sulla base delle competenze professionali specifiche in ambito della formazione nelle aziende sanitarie.*

*Nel corso è stata prevista la presenza di tutor didattici che collaboreranno con il Docente per i lavori di*



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 12 a 13

gruppo e le attività interattive. I Tutor didattici sono stati individuati tra il personale della SSD Formazione per competenze ed esperienze specifiche nelle materie oggetto del corso. :

**A) Docenti Interni:**in orario di servizio fuori orario di servizio **B) Docenti Esterni:**

x

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, **60 giorni prima** dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

Luogo: \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Nome e cognome (in stampatello) \_\_\_\_\_

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

Responsabile Scientifico

Timbro e Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

Responsabile Scientifico

Nome e cognome (in stampatello) \_\_\_\_\_

Il Responsabile della struttura organizzativa,

(Struttura Complessa, Struttura Semplice

Dipartimentale)

Timbro e Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

Il Responsabile della struttura organizzativa

(Struttura Complessa, Struttura Semplice

Dipartimentale)

Nome e cognome (in stampatello) \_\_\_\_\_

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

Il Direttore del Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintor

BRUNA DETTORI

GINO SEDDA

AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU  
Dirigente Professioni Sanitarie  
Infermieristiche e Ostetriche  
Dr.ssa Bruna Dettori

AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU  
Dirigente Professioni Sanitarie  
Tecniche Riabilitaz. e Prevenzione  
Dr. Gino Sedda



Edizione / Data / Mese /Anno

Aula

TITOLO: "PERCORSO PER I FACILITATORI DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE NELL'AOB"

## Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
1° GIORNO	////	////	////////////////////////////////////	//// /	////	
Sessione 1 mattina	8.30	13.30				
Dettaglio 1	8.30	9.00	Presentazione del corso: obiettivi finalità aspettative	RTP	Giorgio Sangiorgi	
Dettaglio 2	9.00	9.30	Il programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina	RTP	Giorgio Sangiorgi	
Dettaglio 3	9.30	10.30	La formazione come motore dello sviluppo di competenze Il ruolo del referente della formazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>Le competenze del referente della formazione e del formatore</li> </ul>	RTP	Giorgio Sangiorgi	
Dettaglio 4	10.30	11.00	L'analisi dei fabbisogni <ul style="list-style-type: none"> <li>le macrofasi di un progetto formativo</li> <li>strumenti per l'analisi dei fabbisogni</li> <li>la mappatura delle competenze</li> </ul>	RTP	Giorgio Sangiorgi	
Dettaglio 5	11.00	12.00	La progettazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>le logiche della progettazione</li> <li>I diversi interventi formativi</li> <li>Le metodologie didattiche</li> <li>La formazione online</li> </ul>	RTP	Giorgio Sangiorgi	
Dettaglio 6	12.00	13.00	Come trasformare un bisogno formativo in obiettivo formativo esercitazione di gruppo	LPG	Giorgio Sangiorgi Tutor Sandra Bargone Carmen Campus	TUTOR Alba Piras Concetta Toscano
Dettaglio 7	13.00	13.30	CONFRONTO DIBATTITO	CD	Giorgio Sangiorgi	
13.30	14.30		Pausa pranzo			
Sessione 2	14.30	17.30				



*Nome e Cognome (In stampatello)*

*Responsabile Ufficio Formazione*

*Timbro e firma (leggibile)*

AO Brotzu - Cagliari  
UFFICIO FORMAZIONE  
Resp.: Dott. Andrea Corrias

**NOTE:**

**Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):**

- 1) Progetto;
- 2) Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;
- 3) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);
- 4) Programma ecm

**Allegare in formato cartaceo**

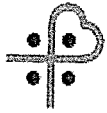
- 1) Preventivi;
- 2) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale





pomeriggio						
Dettaglio 1	14.30	17.00	Simulazione intervista rilevazione fabbisogno formativo LAVORI DI GRUPPO	LPG	Giorgio Sangiorgi Tutor Sandra Bargone Carmen Campus	TUTOR Alba Piras Concetta Toscano
Dettaglio 2	17.00	17.30	CONFRONTO DIBATTITO	CD	Giorgio Sangiorgi	

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
2° GIORNO	////	////	////////////////////////////////////	////	////	
Sessione 1 mattina	8.30	13.30				
Dettaglio 1	8.30	10.00	La valutazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• finalità della valutazione</li> <li>• la valutazione di gradimento</li> <li>• la valutazione dell'applicazione nel contesto professionale</li> <li>• strumenti di valutazione</li> </ul>	RTP	Giorgio Sangiorgi	
Dettaglio 2	10.00	13.00	Preparare E Realizzare Un Progetto Formativo che preveda strumenti di valutazione	LPG	Giorgio Sangiorgi Tutor Sandra Bargone Carmen Campus	TUTOR Alba Piras Concetta Toscano
Dettaglio 3	13.00	13.30	CONFRONTO DIBATTITO	CD	Giorgio Sangiorgi	TUTOR
	13.30	14.30	<b>Pausa pranzo</b>			
Sessione 2 pomeriggio	14.30	18.00				
Dettaglio 1	14.30	17.30	PROGETTAZIONE FINALE DI UN PROGETTO FORMATIVO : LAVORI DI GRUPPO	LPG	Giorgio Sangiorgi Tutor Sandra Bargone Carmen Campus	TUTOR Alba Piras Concetta Toscano
Dettaglio 2	17.30	18.00	Conclusione lavori e compilazione dei questionari ecm	RTP	Giorgio Sangiorgi	



	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	5	30
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	1	30
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI		
LG	PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)		
LPG	LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO	9	30
ED	ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE		
RP	ROLE-PLAYING		

NP **2018/5998** del 6/7/2018

Cagliari 06/07/2018

**Oggetto:** Dichiarazione di scelta - corso di formazione dal titolo: *“Formazione in House la Rete dei Referenti della Formazione della AOB.*

A seguito di indagine di mercato con richiesta di preventivo agli operatori economici Fondazione Gimbe, Praxi, Promo P.A. Fondazione, sono pervenute le seguenti offerte (che si allegano alla presente):

- 1) **Fondazione Gimbe** (PG 15914 del 03/07/2018): offerta conforme per caratteristiche tecniche richieste, offerta economica pari a € 30.000.
- 2) **Praxi** (PG 15912 del 03/07/2018): offerta conforme per caratteristiche tecniche richieste, offerta economica pari a € 11.200.
- 3) **Promo P.A. Fondazione** (PG 15913 del 03/07/2018): offerta conforme per caratteristiche tecniche richieste, offerta economica pari a € 7.800.

Dopo aver valutato i tre preventivi la scelta ricade sull'offerta presentata dalla Agenzia Promo P.A. Fondazione, in quanto oltre a soddisfare tutte le caratteristiche richieste è l'offerta con il prezzo più basso.

I Responsabili Scientifici

Gino Sedda

AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU  
Dirigente Professioni Sanitarie  
Tecniche, Riabilitaz. e Prevenzione  
Dr. Gino Sedda

Bruna Dettori

AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU  
Dirigente Professioni Sanitarie  
Infermieristiche e Ostetriche

