

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1945

del 18.11.2020

Oggetto: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Metodi e strumenti per l'implementazione dei Percorsi Clinico Organizzativi: PCO K Colon". Spesa complessiva € 3.774,00.

PDTD/2020/1984

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 18.11.2020 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

La presente Determinazione Dirigenziale prevede un impegno di spesa a carico dell'Azienda

SI NO

Il Responsabile della SSD Formazione

- Visto** il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Viste** le Leggi Regionali n. 10/2006 e n. 05/2007;
- Visto** l'art. 36 comma 2 lettera a), del D. LGS 50/2016;
- Vista** la Deliberazione n. 1811 del 07.08.2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della SSD Formazione, alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;
- Atteso** che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale sanitario;
- Considerato** che l'Azienda in particolare la Direzione Medica del P.O. San Michele vuole attivare il suddetto corso al fine di implementare in ambito aziendale i Percorsi Clinico Organizzativi, impartire metodologie e fornire strumenti operativi specifici per l'introduzione di un sistema di miglioramento continuo del Governo clinico;
- Considerato** altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2020 approvato con Deliberazione n° 2592 del 24.12.2019;
- Dato Atto** che l'attività formativa rivolta al personale sanitario dell'Azienda per un totale di 20 partecipanti, sarà svolta sia da docenti esterni che da Tutor didattici interni ed esterni come da elenco autorizzato nel progetto;

segue Determinazione n. 1945 del 18.11.2020

Valutato il progetto formativo: "Metodi e strumenti per l'implementazione dei Percorsi Clinico Organizzativi: PCO K Colon", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Metodi e strumenti per l'implementazione dei Percorsi Clinico Organizzativi: PCO K Colon", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale di 20 partecipanti, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da Tutor didattici interni ed esterni, come da elenco autorizzato nel progetto,.
3. Di determinare che la spesa complessiva di € 3.774,00 (tremilsettecentosettantaquattro euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2020.
4. Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
5. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei Tutor didattici interni.
6. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 3.774,00.

Il Responsabile della S.S.D. Formazione
Dott.ssa Carla Ghiani



Al Sig. Commissario Straordinario

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

Metodi e strumenti per l'implementazione dei Percorsi Clinico Organizzativi: PCO K Colon

STRUTTURA PROPONENTE

Direzione Medica del PO San Michele

OBIETTIVI

Il corso di formazione ha l'obiettivo di impartire metodologie e fornire strumenti operativi specifici per l'introduzione di un sistema di miglioramento continuo del Governo clinico basato sui percorsi e sugli audit; rappresenta un valido supporto teorico tecnico e operativo per i servizi e gli operatori coinvolti.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

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

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

I partecipanti acquisiranno metodologie e strumenti operativi volti alla creazione ed al miglioramento continuo di specifici processi aziendali

B) Acquisizione competenze di processo:

Attuare interventi diversi in modo coordinato, tutti orientati verso la realizzazione di un obiettivo comune

C) Acquisizione competenze di sistema:

Conoscere e comprendere il filo conduttore che collega la strategia Aziendale alle attività delle diverse strutture dipartimentali esplicitando i principali processi da presidiare con la predisposizione, attuazione dei percorsi necessari per il loro governo

**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 PO San Michele

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. **20** 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?

SI NO

Se **Si**, 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	20	25/09/2020	09/12/2020

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. _____
- Geriatria** n. _____
- Malattie Metaboliche e Diabetologia** n. _____
- Malattie dell' Apparato Respiratorio** n. _____
- Malattie Infettive** n. _____
- Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza** n. _____
- Medicina Fisica e Riabilitazione** n. _____
- Medicina Interna** n. _____
- Medicina Termale** n. _____
- Medicina Aeronautica e Spaziale** n. _____
- Medicina dello Sport** n. _____
- Nefrologia** n. _____
- Neonatologia** n. _____



<input type="checkbox"/> <i>Neurologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Neuropsichiatria Infantile</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i>	<i>n.</i> _____
<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> _____



- Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)* n. _____
- Radiodiagnostica* n. _____
- Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica* n. _____
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione* n. _____
- Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro* n. _____
- Medicina Generale (Medici di Famiglia)* n. _____
- Continuità Assistenziale* n. _____
- Pediatria (Pediatri di libera scelta)* n. _____
- Scienza dell'alimentazione e dietetica* n. _____

- Direzione medica di presidio ospedaliero* n. _____
- Organizzazione dei servizi sanitari di base* n. _____
- Audiologia e Foniatria* n. _____
- Psicoterapia* n. _____
- Privo di Specializzazione* n. _____
- Odontoiatra** n. _____
- Psicologo – Psicoterapeuta** n. _____
- Psicoterapia* n. _____
- Psicologia* n. _____

Laureati non medici (specificare)

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. _____

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. _____
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n. _____
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n. _____
- Tecnico Audiometrista* n. _____
- Tecnico Audioprotesista* n. _____
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. _____
- Tecnico Ortopedico* n. _____
- Dietista* n. _____
- Igienista Dentale* n. _____

X TUTTE LE PROFESSIONIn. **20****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 16 per 1 edizioni, per un totale di 16 ore suddivise in 4 giornate da 4 ore.

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
- Slides
- Testi/libri
- Riviste
- Cd
- 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 (16*100 €)	€ 1600
Docenza Tutor Didattici ((16*25.82)*1))	€ 413,12
Pernottamento (120*4)	€ 480
Pasti ((2*60)*4))	€ 480
Spese di viaggio (200*4))	€ 800
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ (3774)

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: _____ €
 Quote di iscrizione: _____ €

RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI

Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Dati del Responsabile Scientifico:

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

Nome Carla Cognome Ghiani
 Qualifica Dirigente Medico
 Struttura Direzione Sanitaria
 Telefono 070539438 Cellulare _____
 Fax 070530814 email carlaghiani@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Andrea Cognome Capponi
 Telefono _____ Cellulare _____
 Fax _____ email andreacapponi@maggioreo-sp.novara.it

Curriculum allegato

Nome Francesco Cognome Zavattaro
 Telefono _____ Cellulare _____
 Fax _____ email zavattarofrancesco@gmail.com

Curriculum allegato

Nome Donatella Cognome Chiarinotti
 Telefono _____ Cellulare _____
 Fax _____ email d.chiarinotti@gmail.com



Curriculum	<u>allegato</u>		
Nome	<u>Carla</u>	Cognome	<u>Ghiani</u>
Telefono	<u>070539438</u>	Cellulare	
Fax	<u>070530814</u>	email	<u>carlaghiani@aob.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

TUTOR DIDATTICI (dati dei tutor)

Nome	<u>Alessandra</u>	Cognome	<u>Zucca</u>
Telefono	<u>070539431</u>	Cellulare	
Fax	<u>070530814</u>	email	<u>alessandra.zucca@aob.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

Nome	<u>Nicola</u>	Cognome	<u>Cannas</u>
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum	<u>allegato</u>		

Nome	<u>Sarah</u>	Cognome	<u>Montisci</u>
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum	<u>allegato</u>		

Nome	<u>Carla</u>	Cognome	<u>Ghiani</u>
Telefono	<u>070539438</u>	Cellulare	
Fax	<u>070530814</u>	email	<u>carlaghiani@aob.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

Nome	<u>Francesca</u>	Cognome	<u>Coghe</u>
Telefono		Cellulare	
Fax		email	<u>francescacoghe@aob.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

Nome	<u>Nicola</u>	Cognome	<u>Cannas</u>
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum	<u>allegato</u>		



Nome	<u>Paola</u>	Cognome	<u>Pitzalis</u>
Telefono	<u>070539989</u>	Cellulare	<u></u>
Fax	<u>070530814</u>	email	<u>paolapitzalisi@aob.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		<u></u>

Nome	<u>Antonio</u>	Cognome	<u>Manti</u>
Telefono	<u>070539334</u>	Cellulare	<u></u>
Fax	<u>070530814</u>	email	<u>antoniomanti@aob.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		<u></u>

A) Motivazione della scelta scientifica:

Implementare in ambito aziendale i Percorsi Clinico Organizzativi al fine di impartire metodologie e fornire strumenti operativi specifici per l'introduzione di un sistema di miglioramento continuo del Governo clinico

B) Motivazione della scelta economica:

Ai docenti verrà corrisposto il compenso orario previsto secondo le Linee Guida regionale (100 euro/ ora). Verranno inoltre rimborsate le spese di vitto, viaggio e alloggio.
Ai tutor verrà corrisposto il compenso secondo il regolamento vigente.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Esperti qualificati nella stesura di PDTA.

A) Docenti Interni:

- in orario di servizio*
fuori orario di servizio

B) Docenti Esterni: X

A) Tutor Didattici Interni:

- in orario di servizio*
fuori orario di servizio X

B) Tutor Didattici Esterni:

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)
Commissario Straordinario
Timbro e Firma (leggibile)
Direttore Generale

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

Nome e Cognome (In stampatello)
Responsabile Ufficio Formazione
Timbro e firma (leggibile)



PFA: "Metodi e strumenti per l'implementazione dei Percorsi Clinico Organizzativi" - PCO K Colon

Edizione 1 – 25/09/2020 – 26/10/2020 – 09/11/2020 – 09/12/2020

Aula CICCU – 1° Piano PO San Michele

Programma didattico

Sessione	Inizio	Fine	PRIMA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	9:00	9:30	Presentazione del corso Contenuti ed Obiettivi	RTP	Chiarinotti	Cannas P./Ghiani Capponi Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Dettaglio 2	9:30	11:00	Riesame dei percorsi clinico organizzativi: strumento di programmazione e controllo e coordinamento tra unità organizzative	RTP	Chiarinotti	Cannas P./Ghiani Capponi Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Dettaglio 3	11:00	12:00	Riesame degli strumenti e dei modelli per la stesura dei percorsi clinico organizzativi e la loro rappresentazione	RTP	Chiarinotti	Cannas P./Ghiani Capponi Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Dettaglio 4	12:00	13:00	Riesame del Ragionamento Clinico	RTP	Chiarinotti	Cannas P./Ghiani Capponi Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti



Sessione	Inizio	Fine	SECONDA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	9:00	13:00	Percorso e riesame del organizzativo	RTP	Chiarinotti	Cannas P./Ghiani Capponi Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Sessione	Inizio	Fine	TERZA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	09.00	10.30	Le Matrici delle responsabilità	RTP	Chiarinotti	Cannas P./Ghiani Capponi Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Dettaglio 2	10.30	13.00	Introduzione ai sistemi di monitoraggio	RTP	Chiarinotti	Cannas P./Ghiani Capponi Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Sessione	Inizio	Fine	QUARTA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	14.30	16:00	Set di indicatori e Audit	RTP	Chiarinotti	Cannas P./Ghiani Capponi Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti
Dettaglio 2	16.00	18.00	Laboratorio simulazione	LG	Chiarinotti	Cannas P./Ghiani Capponi Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu,



								Pitzalis, Manti
	18:00	18:30	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	Chiarinotti	Cannas P./Ghiani Capponi Zavattaro	Zucca	Cannas N. Ghiani, Coghe, Montisci, Ruggiu, Pitzalis, Manti

LM	LEZIONI MAGISTRALI							
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO						14	
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI							
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")							
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)						2	
LPG	LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO							
ED	ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE							
RP	ROLE-PLAYING							