

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1184

del 14.07.2022

Oggetto: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "PDTA K Prostata". Spesa complessiva € 5.900,00.

PDTD/2022/1173

---

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 14.07.2022 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;

**Vista** la Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020 – Riforma del Sistema Sanitario Regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della Legge Regionale n. 10 del 28.07.2006, della Legge Regionale n. 23 del 2014 e della Legge Regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore;

**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;

**Considerato** che l'Azienda in particolare la Direzione Medica di Presidio San Michele vuole attivare il suddetto corso al fine di impartire metodologie e fornire strumenti operativi specifici per l'introduzione di un sistema di miglioramento continuo del Governo clinico basato sui Percorsi, sugli Audit e sulla Lean, rappresenta un valido supporto teorico tecnico e operativo per i servizi e gli operatori coinvolti;

**Considerato** altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2022 approvato con Deliberazione n° 1437 del 22.12.2021;

**Dato Atto** che l'attività formativa rivolta al personale sanitario dell'Azienda per un totale 30 partecipanti, sarà svolta da docenti esterni e da Tutor didattici interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto;

**Recepito** che l'attività di tutoraggio sarà svolta da Tutors d'aula interni come da elenco autorizzato nel progetto;

segue Determinazione n. 1184 del 14.07.2022

**Valutato** il Progetto Formativo Aziendale ECM: "PDTA K Prostata" 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 Progetto Formativo Aziendale ECM: "PDTA K Prostata", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale 30 partecipanti, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta da docenti esterni e da Tutor didattici interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto.
3. Di confermare altresì che l'attività di tutoraggio sarà svolto da tutor d'aula interni, fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto.
4. Di determinare che la spesa complessiva di € 5.900,00 (cinquemilanovecento euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2022.
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 Tutor didattici e dei Tutor d'aula interni.
7. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 - Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale - la spesa complessiva di € 5.900,00.

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

*Al Sig. Direttore Generale*

***RICHIESTA:***

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

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

**"PDTA K Prostata"**

**STRUTTURA PROPONENTE**

Direzione Medica di Presidio S. MICHELE

*DESTINATARI (chi è autorizzato a timbrare con la causale 56 e 16)*

**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, 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. **30** 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)
<b>1</b>	<b>30</b>	<b>30 Marzo 2022</b>	<b>2 Dicembre 2022</b>

**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. \_\_\_\_\_
- Geriatrics* 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. \_\_\_\_\_

Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 4 a 15

- |  |                 |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i>                   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Termale</i>                   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Aeronautica e Spaziale</i>    | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina dello Sport</i>               | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Nefrologia</i>                         | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neonatologia</i>                       | <i>n. _____</i> |
| <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> |
| <br>   |                 |
| <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> |

Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 5 a 15

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

Emissione 28/06/2016

Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4

Pag. 6 a 15

**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. \_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_\_

**Azienda Ospedaliera G. Brotzu**

P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari

P.iva: 02315520920

www.aobrotzu.it

**SSD Formazione**

Responsabile: Dott. ssa Carla Ghiani

Tel. 070.539438

Tel. 070.5296.5575-5578-5574

Fax: 070.5296.5594

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

**AO Brotzu**

**Sede SSD Formazione**

Corpo G 1° piano

Via Edward Jenner

09121 Cagliari

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

Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 7 a 15

**X TUTTE LE PROFESSIONI**

**n. 30**

**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: **1 edizione 8 gg X 4 ore per un totale di 32**

**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  
 Altri supporti

**VALUTAZIONE**

**MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO**

- Prova Pratica  
 Role playing con griglia

Emissione 28/06/2016

Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4

Pag. 8 a 15

- Prova manuale*
- Prova orale*
  - Strutturata*
  - Non strutturata*
- Prova scritta*
  - tema*
  - saggio*
  - tesina*
  - altro*
- Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)*

**X Project Work**

### **VOCI DI SPESA**

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

<i>Docenza</i>	€ 3.200
<i>Tutor didattico</i>	€ 827
<i>Tutor d'aula</i>	€ 413
<i>Pernottamento</i>	€ 500
<i>Pasti</i>	€ 160
<i>Spese di viaggio</i>	€ 800
<i>Altro:</i>	
1. <i>materiale didattico</i>	€
2. <i>costo accreditamento</i>	€
<b>Totale</b>	<b>€ 5.900</b>

### **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	Marinella	Cognome	Spissu
Qualifica	Dirigente Medico		
Struttura	Direzione PO San Michele		
Telefono	Cellulare		
Fax	070530814	email	<u>marinellaspissu@aob.it</u>

Nome	Roberta	Cognome	Manca
Qualifica	Incarico Funzione Organizzazione Percorsi Clinici		
Struttura	Staff di Direzione		
Telefono	070539210	Cellulare	
Fax	070539747	email	<u>robertamanca@aob.it</u>

**Docenti**

Nome	Chiarinotti	Cognome	Donatella
Qualifica	Dirigente Medico		
Struttura	Esterno		
Telefono	Cellulare		
Fax	email		



Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 10 a 15

---

---

*Nome* Capponi *Cognome* Andrea  
*Qualifica* Direttore Medico dei Presidi  
*Struttura* Azienda Universitaria di Novara  
*Telefono* *Cellulare*  
*Fax* *email* [andrea.capponi@maggioreosp.novara.it](mailto:andrea.capponi@maggioreosp.novara.it)

---

---

*Nome* Leigheb *Cognome* Fabrizio  
*Qualifica* Dirigente Medico Responsabile  
*Struttura* Azienda ospedaliera universitaria Maggiore della Carità di Novara  
*Telefono* *Cellulare*  
*Fax* *email* [fabrizio.leigheb@maggioreosp.novara.it](mailto:fabrizio.leigheb@maggioreosp.novara.it)

**Tutor Didattici**

---

---

*Nome* Aramu *Cognome* Francesca  
*Qualifica* Dirigente Medico  
*Struttura* Direzione PO Businco  
*Telefono* *Cellulare*  
*Fax* *email* [francesca.aramu@aob.it](mailto:francesca.aramu@aob.it)

---

---

*Nome* Argiolas *Cognome* Federico  
*Qualifica* Dirigente Medico  
*Struttura* Direzione PO Businco  
*Telefono* *Cellulare*  
*Fax* *email* [federico.argiolas@aob.it](mailto:federico.argiolas@aob.it)

Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 11 a 15

---

---

*Nome* Cannas *Cognome* Nicola  
*Qualifica* Dirigente Medico  
*Struttura* Direzione PO San Michele  
*Telefono* Cellulare  
*Fax* email [nicola.cannas@aob.it](mailto:nicola.cannas@aob.it)

---

---

*Nome* Coghe *Cognome* Francesca  
*Qualifica* Dirigente Medico  
*Struttura* Direzione PO San Michele  
*Telefono* Cellulare  
*Fax* email [francesca.coghe@aob.it](mailto:francesca.coghe@aob.it)

---

---

*Nome* Ghiani *Cognome* Carla  
*Qualifica* Dirigente Medico  
*Struttura* Direzione PO San Michele  
*Telefono* Cellulare  
*Fax* email [carla.ghiani@aob.it](mailto:carla.ghiani@aob.it)

---

---

*Nome* Manti *Cognome* Antonio  
*Qualifica* Dirigente Medico  
*Struttura* Direzione PO San Michele  
*Telefono* Cellulare  
*Fax* email [antonio.manti@aob.it](mailto:antonio.manti@aob.it)

---

---

*Nome* Pitzalis *Cognome* Paola  
*Qualifica* Dirigente Medico

Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 12 a 15

*Struttura* Direzione PO San Michele  
*Telefono* *Cellulare*

*Fax* *email* [paola.pitzalis@aob.it](mailto:paola.pitzalis@aob.it)

*Nome* Zucca *Cognome* Alessandra

*Qualifica* Dirigente Medico

*Struttura* Direzione PO San Michele

*Telefono* *Cellulare*

*Fax* *email* [alessandra.zucca@aob.it](mailto:alessandra.zucca@aob.it)

*Nome* Cinzia *Cognome* Porceddu

*Qualifica* Collaboratore Tecnico  
Professionale Sociologa

*Struttura* Direzione  
PO San Michele

*Telefono* 070539210 *Cellulare*

*Fax* 070539747 *email* [cinzia.porceddu@aob.it](mailto:cinzia.porceddu@aob.it)

*Nome* Roberta *Cognome* Manca

*Qualifica* Incarico Funzione  
Organizzazione Percorsi Clinici

*Struttura* Staff di Direzione

*Telefono* 070539210 *Cellulare*

*Fax* 070539747 *email* [robertamanca@aob.it](mailto:robertamanca@aob.it)

**Tutor d'aula**

*Nome* Concetta *Cognome* Toscano

*Qualifica* Collaboratore Professionale  
Infermiere

*Struttura* Ufficio Formazione

Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 13 a 15

Telefono		Cellulare	
Fax		email	<u>concettatoscano@aob.it</u>
Nome	<u>Marianna</u>	Cognome	<u>Loi</u>
Qualifica	<u>Incarico Funzione e Organizzazione</u>		
Struttura	<u>Servizio Acquisti</u>		
Telefono		Cellulare	
Fax		email	<u>mariannaloi@aob.it</u>
Nome	<u>Sandra</u>	Cognome	<u>Bargone</u>
Qualifica	<u>Collaboratore Professionale Infermiere</u>		
Struttura	<u>Ufficio Formazione</u>		
Telefono		Cellulare	
Fax		email	<u>sandra.bargone@aob.it</u>
Nome	<u>Daniela</u>	Cognome	<u>Desogus</u>
Qualifica	<u>Collaboratore Amministrativo</u>		
Struttura	<u>Direzione Sanitaria</u>		
Telefono		Cellulare	
Fax		email	<u>danieladesogus@aob.it</u>
Nome	<u>Rita</u>	Cognome	<u>Loffredo</u>
Qualifica	<u>Collaboratore Amministrativo</u>		
Struttura	<u>Direzione Generale</u>		
Telefono		Cellulare	

---

Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 14 a 16

---

Fax

email

[ritalloffredo@aob.it](mailto:ritalloffredo@aob.it)

---

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Implementare in ambito aziendale i Percorsi Clinici 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 didattici e tutor d'aula verrà corrisposto il compenso secondo il regolamento vigente.

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

Esperti qualificati nella stesura di PDTA.





**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

Stampa fantasma (inverted) of the ARNAS G. Brotzu logo and text.

**PFA: "PDTA K Prostata"**

**1° Edizione**

*30 Marzo (9.00-13.00) 22 Aprile (14.30-18.30)*  
*10 Maggio (9.00-13.00) 14 Giugno (14.30-18.30)*  
*13 Settembre (9.00-13.00) 04 Ottobre (14.30-18.30)*  
*08 Novembre (9.00-13.00) 02 Dicembre (14.30-18.30)*

Aula Ciccu

**Programma didattico**

Sessione	Inizio	Fine	PRIMA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	9.00	11.00	Introduzione PDTA	RTP	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
Dettaglio 2	10.00	12.00	Metodi e strumenti	RTP	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
Dettaglio 3	12.00	13.00	Discussione	CD	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca

Sessione	Inizio	Fine	SECONDA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	14.30	15.30	Impostazione del PDTA	DT	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
Dettaglio 2	15.30	17.30	Elaborazione PDTA	ED	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
Dettaglio 3	17.30	18.30	Presentazione delle Comunità di Pratica	LG	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
Sessione	Inizio	Fine	TERZA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	9.00	10.00	Introduzione al Ragionamento Clinico	RTP	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe

								Manca Manti Pitzalis Porceddu
Dettaglio 2	10.00	13.00	Sviluppo della Flow Chart RG	ED	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
<b>Sessione</b>	<b>Inizio</b>	<b>Fine</b>	<b>QUARTA GIORNATA</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Docente</b>	<b>Sostituto Docente</b>	<b>Tutor</b>	<b>Sostituto Tutor</b>
Dettaglio 1	14.30	15.30	Percorso Organizzativo	CD	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
Dettaglio 2	16.30	18.30	Sviluppo della Flow Chart PO	ED	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
<b>Sessione</b>	<b>Inizio</b>	<b>Fine</b>	<b>QUINTA GIORNATA</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Docente</b>	<b>Sostituto Docente</b>	<b>Tutor</b>	<b>Sostituto Tutor</b>
Dettaglio 1	09.00	11.00	Rilevazione dati attività	LG	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani

								Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
Dettaglio 2	11.00	13.00	Rilevazione dati PNE	LG	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
<b>Sessione</b>	<b>Inizio</b>	<b>Fine</b>	<b>SESTA GIORNATA</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Docente</b>	<b>Sostituto Docente</b>	<b>Tutor</b>	<b>Sostituto Tutor</b>
Dettaglio 1	14.30	15.30	Introduzione del sistema di Monitoraggio	RTP	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
Dettaglio 2	15.30	16.30	Discussione del sistema di Monitoraggio	CD	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
Dettaglio 3	16.30	18.30	Individuazione set Indicatori	LPG	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca

Sessione	Inizio	Fine	SETTIMA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	09.00	11.00	Valutazione del PDTA e analisi delle criticità	LG	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Manti Pitzalis Porceddu Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
Dettaglio 2	11.00	13.00	Ragionamento clinico-assistenziale attraverso le matrici	CD	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
Sessione	Inizio	Fine	OTTAVA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	14.30	17.00	Audit	LPG	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu
Dettaglio 2	17.00	18.00	Discussione sugli audit	CD	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe

								Manca Manti Pitzalis Porceddu
Dettaglio 3	18.00	18.30	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Zucca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manca Manti Pitzalis Porceddu

	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")	6	
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI	1	
LG	PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)	7	
LPG	LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO	4	30
ED	ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE	8	
RP	ROLE-PLAYING		