

Azienda Sanitaria Proponente

ASL SASSARI

Servizio Proponente

SC Gestione e sviluppo risorse umane, formazione

Richiesta Attivazione Progetto Formativo**Titolo del Progetto:****Corso Basic Life Support Defibrillation per laici**

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo?

NO

Dettaglio macro-tipologia corso*(cancellare le voci che non interessano)*

- Formazione residenziale classica

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante*(cancellare le voci che non interessano)*

- Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale
-

Durata in Ore:	N° partecipanti per edizione	Numero di edizioni	Data inizio Prima edizione	Data Seconda edizione
5	18	2	11/12/2025	15/12/2025

Formazione residenziale interattiva

NO

Durata attività interattiva: ____

Luogo di SvolgimentoCittà: SASSARISede: Oratorio Centro Giovanile Salesiano via Kennedy 1

PROVENIENZA PRESUMIBILE DEI PARTECIPANTI	Locale
L'EVENTO TRATTA ARGOMENTI INERENTI L'ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA?	NO
L'EVENTO FORMATIVO È SVOLTO IN UNA LOCALITÀ ESTERA?	NO
L'EVENTO FORMATIVO È UN EVENTO DI UN PROVIDER REGIONALE SVOLTO IN UNA REGIONE DIVERSA DA QUELLA DI ACCREDITAMENTO?	NO
L'EVENTO FORMATIVO TRATTA ARGOMENTI RELATIVI A FORME DI VIOLENZA SU PERSONE?	NO
L'EVENTO SI AVVALE DI PARTNER?	NO
È PREVISTO IL PAGAMENTO DI UNA QUOTA DI ISCRIZIONE?	NO
È PREVISTO L'USO DELLA SOLA LINGUA ITALIANA?	SI
IL CORSO DI FORMAZIONE ADEMPIE AD OBBLIGHI NORMATIVI?	SI

DOCENTI / RELATORI / MODERATORI

RILEVANZA DEI DOCENTI RELATORI: Nazionale/Internazionale(cancellare la voce che non interessa)

Nominativo (cognome e nome) I : INTERNO E : ESTERNO	Argomento	Ore previste di docenza	Nazionalità estera (SI/NO)
ISTRUTTORI CROCE ROSSA ITALIANA	Rianimazione cardio polmonare	5	NO
ISTRUTTORI CROCE ROSSA ITALIANA	Rianimazione cardio polmonare	5	NO
ISTRUTTORI CROCE ROSSA ITALIANA	Rianimazione cardio polmonare	5	NO

Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.

Per ogni Docente/Relatore/Moderatore compilare e allegare l'Allegato A

Per ogni Docente/Relatore/Moderatore allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Nominativo (cognome e nome)	Argomento	Ore previste di docenza	Nazionalità estera (SI/NO)
DELRIO	CARLA	0	NO

Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.

Per ogni Responsabile Scientifico compilare e allegare l'Allegato A

Per ogni Responsabile Scientifico allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum

TUTOR

È PREVISTA LA PRESENZA DI TUTOR? NO(cancellare la voce che non interessa)

SE PREVISTA COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA

Nominativo (cognome e nome)	Argomento	Ore previste di docenza	Nazionalità estera (SI/NO)

Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.

Per ogni TUTOR compilare e allegare l'Allegato A

Per ogni TUTOR allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum

SPONSOR

È PREVISTA LA PRESENZA DI SPONSOR? NO

SE PREVISTA COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA

RAGIONE SOCIALE	PARTITA IVA	LUOGO	QUOTA	TIPO CONTRATTO

FINANZIAMENTI

Il corso è realizzato con:

finanziamento in proprio	100%	1000	finanziamenti esterni	NO <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>
finanziamento pubblico	0%		Quote di iscrizione	0%
			Sponsor commerciali	0%
			Sponsor non commerciali	0%

SONO PRESENTI ALTRE FORME DI FINANZIAMENTO	NO
L'EVENTO E' SPONSORIZZATO DA AZIENDE CHE TRATTANO ALIMENTI PER LA PRIMA INFANZIA?	NO

PIANO FINANZIARIO: (Indicare le ore e le spese previste per):

Docenza interna In orario di servizio Fuori orario di servizio	□ (5,16 Euro in orario di servizio, (25.82 Euro fuori orario di servizio):	Ore previste di docenza	Tot euro
Docenza Esterna eseguita da dipendente appartenente ad altra PA, da Libero professionista o da libero professionista con cassa previdenziale	(vedi tabella compensi) e schede docente	30	
☑ Tutoraggio retribuito al 50%	5,16 Euro in orario di servizio, 25.82 Euro fuori orario di servizio		
☑ Segreteria organizzativa	5,16 Euro in orario di servizio / 25.82 Euro fuori orario di servizio		
☑ Spese Docenti, Tutor e Segreteria Organizzativa (viaggi aerei, pernottamento, pasti, rimborsi chilometrici)			
☑ Spese varie (eventuale affitto sala)			100
☑ Spese (materiale di consumo)			

Totale stimato dei costi per edizione			
Totale stimato a edizione			1000

SCELTA DEGLI OBIETTIVI

N.B. (indicare un solo obiettivo formativo nazionale, cancellare tutte le voci che non interessano)

1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebm - ebn - ebp)
2. Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica

Descrizione delle competenze che verranno acquisite dai partecipanti

Descrivere le competenze che verranno acquisite dai partecipanti

Far apprendere ai partecipanti, tramite una lezione frontale teorica e stazioni di addestramento pratico a piccoli gruppi su manichini, le principali manovre e la sequenza di rianimazione di base dell'adulto in condizioni di arresto respiratorio e/o cardiaco o con ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo. Il Corso permette inoltre di apprendere conoscenze e abilità relative all'impiego del defibrillatore semiautomatico nell'adulto in arresto cardiorespiratorio

Discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

Farmacia Ospedaliera

Farmacia Territoriale

Discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

METODI DIDATTICI

N.B. Nel conteggio delle ore non vanno considerati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione **Ore: 5 Minuti: 00**

Metodologie	SI/NO
Lezioni Magistrali	NO
Serie di relazioni su tema preordinato	NO
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	NO

Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	NO
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	SI
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	NO
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	NO
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	SI
Role - Playing	NO

MODALITÀ DI VERIFICA

Verifica presenza partecipanti:

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

Firma di presenza

Verifica apprendimento

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

- Questionario a risposta multipla
-

TIPO DI MATERIALE DUREVOLE RILASCIATO AI PARTECIPANTI

Indicare l'eventuale materiale rilasciato ai partecipanti

SCELTA DEGLI OBIETTIVI

N.B. (indicare un solo obiettivo formativo nazionale, cancellare tutte le voci che non interessano)

3. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebm - ebn - ebp)
4. Linee guida - protocolli - procedure - documentazione clinica

Professioni dei partecipanti

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

Professioni Accreditate E.C.M.

Professioni NON Accreditate 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
- Ingegnere
- Odontotecnico
- Operatore Tecnico
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- Operatore Tecnico Specializzato
- Ottico
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- Programmatore
- Sociologo
- Statistico
- Tutte le professioni

Discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

Farmacia Ospedaliera

Farmacia Territoriale

Discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

Discipline E.C.M.per la professione di Psicologo

N.B. (cancellare le voci che non interessano)

TIPO DI MATERIALE DUREVOLE RILASCIATO AI PARTECIPANTI

Indicare l'eventuale materiale rilasciato ai partecipanti: manuale

Responsabile segreteria organizzativa

ARES SARDEGNA SC FORMAZIONE E ACCREDITAMENTO

Sito Web Segreteria organizzativa

Numero di telefono Segreteria organizzativa

e-mail Segreteria organizzativa formazione.sassari@aressardegna.it

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

Mario Frau Il Responsabile della SC gestione e sviluppo risorse umane, formazione)	
Firma Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	

**Se trattasi di un progetto Formativo non deliberato nel Piano Formativo Annuale
è necessaria l'autorizzazione da parte del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale proponente**

Ing. Paolo Tauro Commissario Straordinario Azienda Sanitaria del SSR	
Firma Commissario Straordinario Asl Sassari	Si autorizza