

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 Svolgimento**Città: 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 ( <u>cancellare la voce che non interessa</u> )
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
<b>Docenza Esterna eseguita da dipendente appartenente ad altra PA, da Libero professionista o da libero professionista con cassa previdenziale</b>	(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)			

<b>Totale stimato dei costi per edizione</b>		
<b>Totale stimato a edizione</b>		<b>1000</b>

#### **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

<b>Metodologie</b>	<b>SI/NO</b>
Lezioni Magistrali	<b>NO</b>
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
- Commissario
- 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@aresardegna.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

<b>Mario Frau</b> Il Responsabile della SC gestione e sviluppo risorse umane, formazione)	
<b>Firma</b> 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**

<b>Ing. Paolo Tauro</b> Commissario Straordinario  Azienda Sanitaria del SSR	
<b>Firma</b> Commissario Straordinario Asl Sassari	Si autorizza