



CENTRO SERVIZI  
SVILUPPO IMPRESA SRL

ASL3 NUORO  
PG/2024/18224 del 06/06/2024 ora 10 13  
Mitt : CENTRO SERVIZI SVILUPPO IMPRESA S  
Ass : Protocollo Generale  
Class : 2



Spett.le  
ASL 3 NUORO  
via Amerigo Demurtas, 1  
Nuoro CAP 08100

Alla c.a. del Direttore Generale  
Dott. Paolo Cannas

Cagliari, 5 Giugno 2024

**Oggetto: Offerta Economica per Evento ECM "Introduzione alla riabilitazione respiratoria: corso base fisioterapia respiratoria"**

Con la presente trasmettiamo il preventivo di spesa per l'accreditamento e rendicontazione dell'evento ECM secondo le caratteristiche di seguito descritte:

**Titolo dell'evento:** Introduzione alla riabilitazione respiratoria: corso base fisioterapia respiratoria.

**Periodo:** Luglio 2024, presso sede ASL Nuoro (NU);

**Durata:** 4 ore

**Numero crediti ECM senza interazione** 4

**Numero crediti ECM con interazione** 5,2

**Numero partecipanti:** 40

**Docente:** 1 docente interno (da prevedere 2 docenti se l'evento prevede interazione)

Termini per l'accreditamento nella piattaforma Agenas: entro i 30 gg dalla data fissata per l'evento formativo;

Termini per la chiusura della rendicontazione e rilascio dei crediti: entro 90 gg dalla conclusione dell'evento.

| Dettaglio Spesa                               | Importo     |
|---|-------------|
| Contributo Agenas                             | € 258,22    |
| Costi Provider                                | € 500 + Iva |
| Segreteria organizzativa                      | € 350 + Iva |
| Rendicontazione attività per rilascio crediti | € 350 + Iva |
| Totale preventivo di spesa                    | € 1.458,22  |

**Centro Servizi Sviluppo Impresa S.r.l.**

Sede Legale Via Allegrì, 101 - 09045 Quartu Sant'Elena

Sedi operative Viale Premuda, 46 - 20147 Milano - Via Abba, 53 - 09123 Cagliari

p.iva - cod. fisc. **04028910927** - iscr. cciaa n. rea CA -357718

Tel. 351 7739079 / 349 7780489 e-mail [info@svilupposerviziimpresa.it](mailto:info@svilupposerviziimpresa.it) Pec [centroservizi.impresa@pec.it](mailto:centroservizi.impresa@pec.it)





ASL N. 3 - Nuoro

31 MAG 2024

POSTA IN ARRIVO

*Direzione  
Certosco farmacia*

Azienda Sanitaria Proponente  
ASL 3 NUORO  
Servizio Proponente  
SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

ASL3 NUORO  
PG/2024/17519 del 31/05/2024 ore 09:02  
Mitt: MANAI ENZO PAOLO

Ass.: Direzione Generale - Segreteria  
Class.: 1.2.



Richiesta Attivazione Progetto Formativo

Titolo del Progetto:

INTRODUZIONE ALLA RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo?

SI (cancellare la voce che non interessa)

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 teorico/pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale

| Durata in Ore: | N° partecipanti per edizione | Numero di edizioni | Data inizio Prima edizione | Data fine Prima edizione |
|----------------|------------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------------|
| 04             | 40                           | 01                 | Entro giugno 2024          | Entro giugno 2024        |

*17  
giugno  
2024*

Formazione residenziale interattiva

SI (cancellare la voce che non interessa)

Durata attività Interattiva: 04

Luogo di Svolgimento

Città: Nuoro

Sede: sede del corso  
AREA FORMAZIONE 2° PIANO 3° piano C

|  |   |
|--|---|
| PROVENIENZA PRESUMIBILE DEI PARTECIPANTI   | Locale – FISIOTERAPISTI ASL 3 NUORO   |
| L'EVENTO TRATTA ARGOMENTI INERENTI L'ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA?   | NO/ (cancellare la voce che non interessa)  |
| L'EVENTO FORMATIVO È SVOLTO IN UNA LOCALITÀ ESTERA?  | NO/ (cancellare la voce che non interessa)  |
| L'EVENTO FORMATIVO È UN EVENTO DI UN PROVIDER REGIONALE SVOLTO IN UNA REGIONE DIVERSA DA QUELLA DI ACCREDITAMENTO? | NO/ (cancellare la voce che non interessa)  |
| L'EVENTO FORMATIVO TRATTA ARGOMENTI RELATIVI A FORME DI VIOLENZA SU PERSONE?                                       | NO/ (cancellare la voce che non interessa)  |
| L'EVENTO SI AVVALE DI PARTNER?   | NO/ (cancellare la voce che non interessa)  |
| È PREVISTO IL PAGAMENTO DI UNA QUOTA DI ISCRIZIONE?  | NO/ (cancellare la voce che non interessa)  |
| È PREVISTO L'USO DELLA SOLA LINGUA ITALIANA?   | SI (cancellare la voce che non interessa)   |
| IL CORSO DI FORMAZIONE ADEMPIE AD OBBLIGHI NORMATIVI?  | SI (cancellare la voce che non interessa), se SI indicare i Rischi associati al corso |

DOCENTI / RELATORI / MODERATORI

RILEVANZA DEI DOCENTI RELATORI: Nazionale

| Nominativo (cognome e nome) | Argomento                   | Ore previste di docenza | Nazionalità estera ( NO ) |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------------------|
| DOTT.SSA ALESSIA ALLIERI    | RIABILITAZIONE RESPIRATORIA | 04                      | 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) |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| DOTT. ENZO PAOLO MANAI      | COORDINATORE AREA RIABILITAZIONE | 04                      | 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

| 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 (cancellare la voce che non interessa)

SE PREVISTA COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA

| RAGIONE SOCIALE | PARTITA IVA | LUOGO | QUOTA | TIPO CONTRATTO |
|-----------------|-------------|-------|-------|----------------|
|                 |             |       |       |                |

**FINANZIAMENTI**

Il corso è realizzato con:

|                          |      |                         |  |
|--------------------------|------|-------------------------|--|
| finanziamento in proprio | 100% | finanziamenti esterni   | SI/NO (cancellare la voce che non interessa) |
| finanziamento pubblico   | 0%   | Quote di iscrizione     | 0%   |
|                          |      | Sponsor commerciali     | 0%   |
|                          |      | Sponsor non commerciali | 0%   |

|   |   |
|---|---|
| SONO PRESENTI ALTRE FORME DI FINANZIAMENTO  | NO (cancellare la voce che non interessa) |
| L'EVENTO E' SPONSORIZZATO DA AZIENDE CHE TRATTANO ALIMENTI PER LA PRIMA INFANZIA? | NO (cancellare la voce che non interessa) |

**SCelta DEGLI OBIETTIVI**

**INTRODUZIONE ALLA RIABILITAZIONE RESPIRATORIA PER IL PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE**

1. Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere

*Descrizione delle competenze che verranno acquisite dai partecipanti*

**I FISIOTERAPISTI , SULLA BASE DI QUESTO CORSO, POTRANNO FARE UNA SCELTA CONSAPEVOLE E INCREMENTARE LA FORMAZIONE SPECIFICA**

**Professioni dei partecipanti**

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

**Professioni Accreditate E.C.M.**

" Fisioterapista

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

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

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

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

**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)*

**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: 04 Minuti:00**

| Metodologie        | SI |
|--------------------|----|
| Lezioni Magistrali | SI |
|                    |    |
|                    |    |

|   |    |
|---|----|
| Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")                 | NO |
| Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti                                     | NO |
| 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

Sistema elettronico

Verifica apprendimento

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

« Esame orale

### TIPO DI MATERIALE DUREVOLE RILASCIATO AI PARTECIPANTI

*Indicare l'eventuale materiale rilasciato ai partecipanti*

MATERIALE CARTACEO

### Responsabile segreteria organizzativa

Cognome: MANAI

Nome: ENZO PAOLO

Codice Fiscale: MNANPL63A23G015E

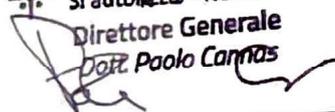
Denominazione Segreteria organizzativa  
Sito Web Segreteria organizzativa  
Numero di telefono Segreteria organizzativa 0784 240850  
e-mail Segreteria organizzativa RIABILITAZIONE.HSFNUORO@ASLNUORO.IT

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

|  |  |
|--|--|
| Nome e cognome<br>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) | DIRETTORE PROFESSIONI SANITARIE<br>DOTT. ALESSANDRO CARRUS<br> |
| Firma<br>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

|   |  |
|---|--|
| Nome e cognome<br>Direttore Generale<br>Azienda Sanitaria del SSR |  Azienda Socio-Sanitaria Locale<br>SI autorizza - Nuoro |
| Firma<br>Direttore Generale                                       | Direttore Generale<br>Dott. Paolo Carrus<br>           |