

611
= 1 GIU. 2016

Allegato "A"

Progetto Formativo
"Corso di autoformazione – Embolia
polmonare"

Il presente allegato è composto di n. 9 fogli,
di n. 9 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " Corso di Autoformazione – EMBOLIA POLMONARE "

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Congresso/simposio/convegno/seminario

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NO

È previsto l'uso della sola lingua italiana? SI

È prevista una quota di partecipazione? NO

Se "SI" indicare l'importo € 000,00

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO

Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.

Numero di edizioni previste

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1ª Edizione	28/05/2016	28/05/2016	6ª Edizione	/ /	/ /
2ª Edizione	/ /	/ /	7ª Edizione	/ /	/ /
3ª Edizione	/ /	/ /	8ª Edizione	/ /	/ /
4ª Edizione	/ /	/ /	9ª Edizione	/ /	/ /
5ª Edizione	/ /	/ /	10ª Edizione	/ /	/ /

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

Sede di svolgimento

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? SI

N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede Sala riunioni direzione sanitaria PO Marino

Indirizzo Lungomare Poetto, 09100 Cagliari



Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 35 Totale Partecipanti 0

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 0 operatori di altre ASL - Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo
- Farmacista
- Biologo
- Chimico
- Fisico
- Veterinario
- Odontoiatra
- Psicologo
- Assistente Sanitario
- Dietista
- Fisioterapista
- Educatore Professionale
- Igienista Dentale
- Infermiere
- Infermiere pediatrico
- Logopedista
- Ortottista/Assistente di oftalmologia
- Ostetrica/o
- Podologo
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- Tecnico Audioprotesista
- Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Tecnico Ortopedico
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Terapista Occupazionale
- Tutte le professioni

Non aventi diritto ai crediti 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
- Infermiere Generico
- Infermiere Psichiatrico
- Ingegnere
- Massofisioterapista
- Odontotecnico
- Operatore Socio-Sanitario
- Operatore Tecnico
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- Operatore Tecnico Specializzato
- Ottico
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- Programmatore
- Puericultrice
- Sociologo
- Statistico
- Tutte le professioni

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia Clinica | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input checked="" type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oncologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | |
| | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | |

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

- Farmacia Ospedaliera Farmacia Territoriale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
 Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati
 Sanità Animale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

- Psicologia Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

Area cardiovascolare

Obiettivo formativo

Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Aggiornamento della letteratura e messa a punto delle conoscenze clinico strumentali, laboratoristiche e terapeutiche relative alla diagnosi e gestione dell'embolia polmonare in pronto soccorso e nei reparti di degenza e relative linee guida.

B - Acquisizione competenze di processo:

sviluppo della conoscenza e della competenza nella diagnosi e gestione dell'embolia polmonare in pronto soccorso e nei reparti di degenza: condivisione delle linee guida, valutazione clinica, attivazione delle consulenze specialistiche, gestione laboratoristica e strumentale, terapie, eventuale modalità di trasferimento a altri nosocomi. Aumento dell'efficacia delle azioni conseguenti in termini di riduzione del rischio clinico, appropriatezza degli interventi, ottimizzazione della prognosi.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Miglioramento della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi conseguenti nel sistema.

D - Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance):

Miglioramento della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi conseguenti nel sistema.

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 00 dal corso

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome LAI Nome LUIGI

Codice Fiscale LAI LGU 57R31 B354S Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 31/10/1957

Telefono 070 609 4393 Cellulare 3200840638 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail luigilai@asl8cagliari.it

Qualifica Responsabile UOC Cardiologia PO Marino Competenze Cardiologo

Referente della segreteria organizzativa

Cognome GALLIU Nome MARIA LORETA

Codice Fiscale Telefono 070 609 4451. Cellulare 3299835434 e-mail marialoretagalliu@asl8cagliari.it

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 004 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>1</u>	<u>30</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>50</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>30</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>1</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>1</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>60</u>	<u>00</u>

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- Questionario (allegare il modello)
 Prova orale (allegare le domande)
 Esame pratico (allegare la descrizione)
 Prova scritta (allegare la descrizione)
 Project work (allegare la descrizione)
 Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

- Videoproiettore
 Computer portatile
 Lavagna a fogli mobili
 Aula informatica
- Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome LAI Nome LUIGI

Codice Fiscale LAILGU57R31B354S Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 31/10/1957

Telefono 0706094393 Cellulare 3200840638 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail LUIGILAI@GMAIL.COM

Qualifica Responsabile UOC Cardiologia -PO Marino

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome ARRU Nome ANTONIO

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome Lai Nome ISONI PAOLO

Codice Fiscale SNIPLA78C01B354L Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 01,03,1978

Telefono Cellulare 3489155919 e-mail paoloisoni@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente Medico I livello - Dirigente medico Anestesia e Rianimazione a tempo pieno e indeterminato - PO Marino Cagliari

Inquadramento CCNL Formatori interni Siscritto all'albo

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 4

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio.

Cognome Lai Nome Stefania

Codice Fiscale LAISFN74T45B354L Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 5/12/1974

Telefono 0706094414 Cellulare 3282514335 e-mail dottslai@gmail.com Qualifica Dirigente Medico I livello

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 5

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome Porcella Nome Anna Elisabetta

Codice Fiscale PRCNLS56L49B745N Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 09/07/1956

Telefono Cellulare 3284176724 e-mail xayanna7@gmail.com Qualifica Dirigente Medico I livello – UOC Radiologia PO Marino

Inquadramento CCNL Formatori interni non iscritta.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 6

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio.

Cognome Coroforo Nome Roberta

Codice Fiscale CRFRRT59T43B354S Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 03/12/1959

Telefono Cellulare 3383921983 e-mail r.coroforo@gmail.com Qualifica Dirigente Medico I livello

Inquadramento CCNL Formatori interni iscritta all'albo

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema Formazione specifica
- Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo.
- Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):
- Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Si No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 172,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)		€ 172,15

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 | <input checked="" type="checkbox"/> P.O. Marino |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza | <input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze | <input type="checkbox"/> P.O. Businco |

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

<p>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>Asl n°8 P.O. Marino-Ga Dott. Luigi Laf Dirigente Medico S.C. Cardiologia n°: 4513</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	