

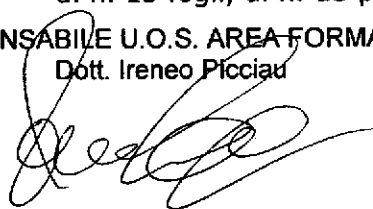
1051
10 OTT. 2016

Allegato "A"

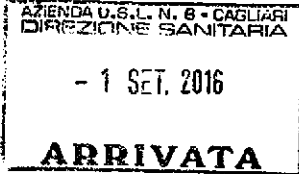
Approvazione Progetto Formativo Aziendale ***"Corso di Aggiornamento in Nefrologia e Dialisi"***

Il presente allegato è composto
di n. 13 fogli, di n. 13 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau



ASL8
NP.2016/21928 del 31/08/2016 ore 16,55
Mitt.: OSPEDALE SS. TRINITA'
Ass.: DIREZIONE SANITARIA
Class.: 1.



Al Sig. Direttore Sanitario ASL 8
Dr. Pier Paolo Pani

Al Sig. Direttore Sanitario P.O.
Dr.ssa Teresa Orano

E p.c. Sig. Direttore Area Formazione
Dr. Ireneo Picciau

NP 100/2016

Oggetto: richiesta utilizzo fondi di specificità per corso di formazione interna anno 2016.

I richiede l'utilizzo dei fondi relativi alla formazione specifica l'anno 2016 per l'attivazione del corso di formazione interno dal titolo: " Corso di Formazione in Nefrologia e Dialisi" da eseguirsi in 2 edizioni in data 09/11/2016 e 15/12/2016. I costi previsti sono di € 172,15 per attivazione ECM + € 131,20 per spese docenza per un importo totale di € 303,35.
Si allega programma

CAGLIARI, 30 AGOSTO 2016

Il Responsabile del Servizio F.F.
Dr. Alessandro Monni

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani

*forwarded
per info
con Rep Area
Formazione*

02.09.16

ASL8
NP.2016/22457 del 08/09/2016 ore 07,52
Mitt.: Area Formazione

Ass.: DIREZIONE SANITARIA
Class.: 1. Fasc.: 142 del 2016



Al Direttore Sanitario ✓

Sede

Oggetto: richiesta fondi di specificità per corso di formazione interna anno 2016.

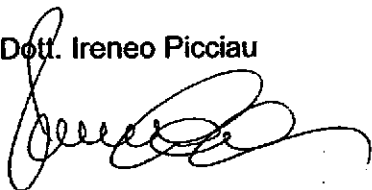
In riferimento alla nota n. NP/2016/21928 del 31.08.2016, pari oggetto, a firma del Responsabile del Servizio Dialisi del P.O. SS. Trinità, in calce alla quale la S.V. indirizza al sottoscritto con la dicitura "favorevole previa verifica con Resp. Area Formazione", si comunica quanto segue:

- Il Direttore Sanitario del P.O. SS. Trinità, Dott.ssa M. Teresa Orano, titolare del budget per la formazione specifica del P.O. SS. Trinità, contattato nel merito dal sottoscritto, ha comunicato l'assenso all'utilizzo dei fondi del Presidio per la realizzazione del corso di formazione in questione.
- Pertanto, la verifica di fattibilità della richiesta ha dato risultato positivo e si ritiene che nulla osti alla realizzazione del corso.

Cordiali saluti,

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau



Dialisi SS TR
A. Formazione

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
09 SET. 2016	
SEGNA COME VISTO	

Favorevole
DIRETTORE SANITARIO
Pier Paolo Pani

09-09-16

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
- 8 SET. 2016
ARRIVATA

Al Sig. Responsabile Area formazione ASL8 Cagliari

Si inviano i sotto elencati documenti relativi al corso " corso aggiornamento nefrologia e dialisi" del 9/11/2016 e del 15/12/2016 organizzato da questa U.O. :

- Modulo Richiesta Attivazione progetto formativo
- Programma
- Indicazione di scelta dei docenti e assenza di conflitto di interessi
- Dichiarazione di accettazione incarico di responsabile scientifico
- Dichiarazione di accettazione incarico di docente e assenza di conflitto d'interessi per professionista
- Questionario di valutazione ECM

Cordiali saluti.

Cagliari, 06 ottobre 2016



Il Responsabile del Servizio F.F.
Dr. Alessandro Monni

ASL8
NP. 2016/24739 del 06/10/2016 ore 11.28
Mitt.: OSPEDALE SS. TRINITA'
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2016




Richiesta Attivazione Progetto Formativo ResidenzialeTitolo del Progetto: " CORSO DI AGGIORNAMENTO IN NEFROLOGIA E DIALISI "Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostanteCorso di aggiornamento tecnologico e strumentaleL'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NOÈ previsto l'uso della sola lingua italiana? SIÈ prevista una quota di partecipazione? NOSe "SI" indicare l'importo € 000,00Il 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
1 ^a Edizione	<u>09/11/2016</u>	<u>15/12/2016</u>	6 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
2 ^a Edizione	<u>09/11/2016</u>	<u>15/12/2016</u>	7 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
3 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	8 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
4 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	9 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
5 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	10 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>



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 svolgimentoSi 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 U.O.C. Nefrologia e Dialisi P.O. SS. Trinità - CagliariIndirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, Via Is Mirrionis 92 - 09100

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 15 Totale Partecipanti 30

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

Progetto Formativo

Area tematica

Area specialità mediche

Obiettivo formativo

Contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica

Finalità

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

in ambito nefrologico per quanto concerne la gestione del paziente acuto, cronico, la gestione del trapianto da vivente, da cadavere e per quanto riguarda tutte le tecniche emodialitiche e di dialisi peritoneale.

B - Acquisizione competenze di processo:

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
EMODIALISI

C - Acquisizione competenze di sistema:

TECNICHE EMODIALITICHE

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento*

Responsabile scientifico del progetto

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

Cognome SCALAS Nome MARIA ROSA

Codice Fiscale SCLMRS55M44B354X Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 04/08/1955

Telefono 070-6095950 Cellulare 3282646448 Fax 070-6095947 e-mail mariarosascalas@asl8cagliari.it

Qualifica DIRIGENTE MEDICO Competenze NEFROLOGIA

Referente della segreteria organizzativa

Cognome PILLOSU Nome ISABELLA

Codice Fiscale PLLSLL60B41B354O Telefono 0706095950 Cellulare 3281591596 Fax 0706095947 e-mail

isabellapillosu@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: 7 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>5</u>	<u>50</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>1</u>	<u>10</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>00</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>00</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 in orario di servizio

Cognome SCALAS Nome MARIA ROSA

Codice Fiscale SCLMRS55M44B354X Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 04/08/1955

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3282646448 Fax 0706095947 e-mail

MARIAROSASCALAS@ASL8CAGLIARI.IT Qualifica DIRIGENTE MEDICO

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20

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 mobilita 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 in orario di servizio

Cognome PILLOSU Nome ISABELLA

Codice Fiscale PLLSLL60B41B3540 Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 01/02/1960

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3281591596 Fax 0706095947 e-mail

ISABELLAPILLOSU@ASL8CAGLIARI.IT Qualifica DIRIGENTE MEDICO

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20

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 mobilita 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 in orario di servizio

Cognome PATRICELLI Nome PATRIZIA

Codice Fiscale PTRPRZ60H58G922M Luogo di nascita PORTOSCUSO Data di nascita 18/06/1960

Telefono 3486930334 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0706095947 e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica DIRIGENTE MEDICO

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20

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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

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

4

FORMATORE/TUTOR n. 4

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome MELIS Nome GIORGIO

Codice Fiscale MLSGRG53T04I647O Luogo di nascita Serramanna Data di nascita 04/12/1953

Telefono 070944650 Cellulare 3381509135 Fax 0706095947 e-mail giorgiomelis.spea@asl8cagliari.it Qualifica Spec. ambulatoriale asl8

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20

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 in orario di servizio

Cognome ORRU' Nome MAURA

Codice Fiscale RROMRA73C43B354K Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 03/03/1973

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3498697117 Fax 0706095947 e-mail MAURAORRU.SPEA@ASL8CAGLIARI.IT Qualifica DIRIGENTE MEDICO

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20

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 in orario di servizio

Cognome MONNI Nome ALESSANDRO CESARE

Codice Fiscale MNNLSN54R05A454S Luogo di nascita ARZANA Data di nascita 05/10/1954

Telefono 0706095950 Cellulare 3388189571 Fax 0706095947 e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica DIRIGENTE MEDICO

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20

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. 7

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome PISANO Nome GIANLUCA

Codice Fiscale PSNGLC69S09G113U Luogo di nascita ORISTANO Data di nascita 09/11/1969

Telefono 0706095950 Cellulare 3494255843 Fax 0706095947 e-mail giapisano@tiscali.it Qualifica DIRIGENTE

MEDICO

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20

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

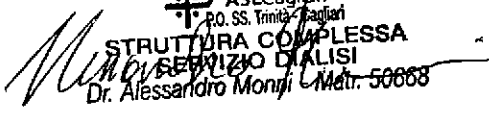
A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 114,80
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 172,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 286,95

Struttura 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 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 checked="" 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>MONNI ALESSANDRO CESARE</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>  AST Cagliari P.O. SS. Trinità Cagliari STRUTTURA COMPLESSA SERVIZIO DALISI Dr. Alessandro Monni Matr. 50668 </p>