ASLCagliari

Allegato "A"

945
- 1 SET. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
"La gestione del paziente con insufficienza renale- Corso interattivo specialista- Medico di Medicina Generale".

Il presente allegato è composto da n° 9 fogli di n° 9 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE
f.f. Dott.ssa Marisa Udella

ASL8
NP. 15/20715 del 23/06/2015 ore 10.50
Mit : Nefrologia e Dialisi del Territor...
Ass Area Formazione
Cla : 1.4.2.

Quartu S. Elena, 24/6/2015

c.a **Dott. Ireneo Picciau**
Resp. SS Area Formazione
ASL Cagliari
Via Caravaggio
Cagliari
SEDE

Oggetto: Approvazione evento "La Gestione del paziente con insufficienza renale".

Con la presente si chiede l'accreditamento del progetto formativo presentato dalla nostra S.C. e approvato dalla S.V. con nota Prot. n° 3478 del 13/01/2015.
A tal fine si allega:

1) Scheda di attivazione PF;
2) Programma del P.F.;
3) Accettazione incarico di Resp. Scientifico e assenza di conflitto d'interesse;
4) Accettazione incarico di Tutor e assenza di conflitto d'interesse;
5) Accettazione incarico di Docente e assenza di conflitto d'interesse (n°4)
6) Indicazione di scelta del Tutor e dichiarazione assenza di conflitto d'interesse;
7) Indicazione di scelta del docente e dichiarazione assenza di conflitto d'interesse (n° 4).

Certo di un vostro cortese riscontro porgo distinti saluti.

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
24 GIU. 2015
SEGNA COME VISTO

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
Azienda USL n. 8 - CAGLIARI
Unità Operativa Complessa Territoriale
di Nefrologia e Dialisi
Dott. Bolasco
(Dott. 30526)

dott. Bolasco Piergiorgio
Direttore Struttura Complessa Territoriale
di Nefrologia e Dialisi

2

Servizio Proponente

S.C. Territoriale di Nefroologia e Dialisi Quartu S.E.

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

La gestione del paziente con insufficienza renale- *Corso interattivo specialista – Medico di Medicina Generale*

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?

SI

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

(cancellare le voci che con interessano)

- Corso di aggiornamento

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

Numero di edizioni previste ___

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	24/10/15	24/10/15
Seconda edizione	21/11/15	21/11/15
Terza edizione	12/12/15	12/12/15

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento.

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 1°, 2°, 3° edizione: Hotel Holiday Inn – via Ticca 23 - Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione : 120 Totale Partecipanti 360

1° e 2° 3°: 30 partecipanti

Professioni dei partecipanti

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

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- **Medico Chirurgo**

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

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

- *Medicina Generale (medici di famiglia)*
-
-

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

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

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

Progetto Formativo

Area tematica

N.B. (indicare una sola Area Tematica, cancellare tutte le voci che con interessano)

- *Area prevenzione e promozione della salute*

Obiettivo formativo

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

- *Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebn – ebn – ebp)*

*Finalità **

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Formazione ed aggiornamento tra specialisti Nefrologi e Medici di Famiglia sull'area gestione malattia renale cronica; individuazione concertata per potenziare uno scambio continuo di consulenze/informazioni.
B - Acquisizione competenze di processo:

Condivisione e formazione delle procedure per l'ottimizzazione su prevenzione e cura dei nefropatici
C - Acquisizione competenze di sistema:

Riduzione progressione insufficienza renale, accorciamento liste d'attesa per prime visite nefrologiche. Maggiore orientamento ed accoglienza dell'utente.

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

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome: Bolasco Nome: Piergiorgio
Codice Fiscale: BLSPGR52S23B354Y
Luogo di nascita: Cagliari Data di nascita: 23/11/1952
Telefono: 070/6097335 Cellulare: 328/4958708 FAX: 070 6097340
e-mail: piergiorgiobolasco@asl8cagliari.it
Qualifica: Dirigente Medico_Nefrologo_
Competenze:_Direttore S.C. Territoriale di Nefrologia e Dialisi Quartu S.Elena

Referente della segreteria organizzativa

Cognome: Zedda Nome: Rita
Telefono: 070/6097332 Cellulare 338/5225880 FAX 070/6097340
e-mail: ritazedda@asl8cagliari.it
Codice Fiscale:

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: 4 Minuti: 00**

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP		
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	4	
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED		
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC		
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG		
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED		
Role - Playing	RP		

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti

cancellare tutte le voci che con interessano

- *Questionario (allegare il modello*

Attrezzatura

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

cancellare tutte le voci che con interessano

- *Videoproiettore*
- *Computer portatile*

FORMATORE n._1_

Ruolo: *Docente interno in orario di Servizio,*
Cognome MURTAS **Nome** STEFANO
Codice Fiscale MRTSFN60D23B354Q **Luogo di nascita** Cagliari **Data di nascita** 23/4/1960
Telefono _____ **Cellulare** 347/9007563 **FAX** 070/6097340
e-mail: stefmurt@tin.it **Qualifica** Dirigente Medico Nefrologo
Competenze Direttore S.S. Territoriale di Nefrolgia e Dialisi Quartu S. Elena
Inquadramento CCNL Formatori interni: *Dirigenza* (***N.B. cancellare la voce che con interessa)***
Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (***N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)***

FORMATORE n._2_

Ruolo: *Docente interno in orario di Servizio,*
Cognome CARIA **Nome** STEFANIA
Codice Fiscale CRASFL72T66B354N **Luogo di nascita**_____**Data di nascita** 26/12/1972
Telefono _____**Cellulare** 347/4043383 **FAX** _____
e-mail _____
QualificaDirigente Medico
Competenze Nefrologo
Inquadramento CCNL Formatori interni: *Dirigenza*
Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (***N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)***

FORMATORE n._3_

Ruolo: *Docente interno in orario di Servizio,*
Cognome CARIA **Nome** SIMONETTA
Codice Fiscale CRASNT59P45D259A **Luogo di nascita** _____**Data di nascita** 5/9/1959
Telefono _____ **Cellulare** 393/6862329 **FAX** _____
e-mail simcari@tin.it
Qualifica Dirigente Medico **Competenze** Nefrologo
Inquadramento CCNL Formatori interni: *Dirigenza*
Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (***N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)***

FORMATORE n._4_

Ruolo: *Docente interno in orario di Servizio,*
Cognome CONCAS **Nome** GABRIELLA
Codice Fiscale CNCGRL54M53B354N **Luogo di nascita** CAGLIARI **Data di nascita** 13/8/1954
Telefono _____**Cellulare** 392/7232846 **FAX** 070/6097340
e-mail GABRIELLACONCAS@ASL8CAGLIARI.IT
Qualifica DIRIGENTE MEDICO **Competenze** NEFROLOGO
Inquadramento CCNL Formatori interni: *Dirigenza*
Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (***N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)***

TUTOR n._1_

Ruolo: *Tutor interno fuori orario di Servizio*
Cognome ZEDDA **Nome** RITA
Codice Fiscale ZDDRTI67A47B354I **Luogo di nascita** Cagliari **Data di nascita** 07/01/1967
Telefono 070/6097332 **Cellulare** 338/5225880 **FAX** 070/6097340
e-mail ritazedda@asl8cagliari.it
Qualifica Amministrativo **Competenze** Assistente Amministrativa
Inquadramento CCNL Formatori interni: *Comparto,*
Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (***N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)***
Tutor interno Comparto fuori orario di Servizio € 25,82

Fonti di finanziamento

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 309,84
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 affitto locali (relative a tutte le edizioni)	€ 878,00
F	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 599,00
G	Stima costi accreditamento ECM (***a cura dell'Area Formazione)***	€ 350,00
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) ***a cura dell'Area Formazione***	**€ 2.136,84**

Macrostruttura di appartenenza

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

- S.C. Territoriale di Nefrologia e Dialisi afferente a Distretti Cagliari 1 area vasta

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 (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Piergiorgio Bolasco
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA Azienda USL n. 8 di CAGLIARI Unità Operativa Servizio Dialisi Territoriale Il Direttore Dott. Piergiorgio Bolasco (matr. 50526)