

# Allegato "A"

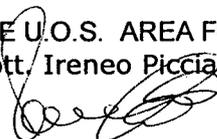
1211

22 NOV. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:  
**"Ottimizzazione clinica ed economica dei percorsi dei percorsi clinici assistenziali dei pazienti nefropatici"**

Il presente allegato è composto da n° 18 fogli  
di n° 18 pagine

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





ASL8  
NP. 016/26318 del 24/10/2016 ore 11.03  
Mit : Nefrologia e Dialisi del Territor...  
Ass Area Formazione  
Cla : 1.5.7.



Quartu S. Elena, 24/10/2016

c.a

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

Oggetto: Approvazione evento "Ottimizzazione clinica ed economica dei percorsi clinici assistenziali dei pazienti nefropatici".

Con la presente si chiede l'accreditamento del progetto formativo presentato dalla nostra S.C. e approvato dalla S.V. con nota Prot. n° 2204 del 11/01/2016.

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°9)
- 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° 9);
- 8) Autoindicazione di scelta come docente e dichiarazione assenza di conflitto interesse.

Certo di un vostro cortese riscontro porgo distinti saluti.

dott. Bolasco Piergiorgio  
Direttore Struttura Complessa Territoriale  
di Nefrologia e Dialisi - REGIONE SARDEGNA  
di CAGLIARI  
Il Direttore  
Dott. Piergiorgio Bolasco  
(matr. 50526)

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto:**

**OTTIMIZZAZIONE CLINICA ED ECONOMICA DEI PERCORSI CLINICI ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI NEFROPATICI**

**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**

	<b>Data Inizio</b>	<b>Data fine</b>
Prima edizione	24/11/16	24/11/16

**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: SERD**

**Indirizzo: Via Dei Valenzani snc - Cagliari**

4

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione : 35 Totale Partecipanti 35  
Riservato operatori della S.C. Territoriale di Nefrologia e Dialisi

## Professioni dei partecipanti

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

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo
- Infermiere
- Dietista

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

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

NEFROLOGIA

- 
- 

8

## 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 gestionale management organizzativa

### Obiettivo formativo

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

- Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali

5

**Finalità \***

**A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**

Implementazione dei percorsi di cura su metodologie dialitiche, terapeutiche e delle patologie e metodologie connesse alla terapia dei pazienti nefropatici e dilaitici.

**B - Acquisizione competenze di processo:**

Sviluppo di procedure finalizzate alla ottimizzazione dei modelli organizzativi-gestionali omogenei per tutte le nefrologie aziendali

**C - Acquisizione competenze di sistema:**

Acquisizione competenze per il miglioramento del rapporto costi/efficacia terapeutico-diagnostica

*\* 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

## 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: 8 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	4	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	4	00
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 Nefrologia 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 BOLASCO Nome PIERGIORGIO Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 23/11/1952 Telefono \_\_\_\_\_

Cellulare 3284958708 FAX 070/6097340 e-mail \_\_\_\_\_

Qualifica Dirigente Medico Nefrologo Competenze Direttore S.C. Territoriale  
di Nefrologia e Dialisi Quartu S. Elena

Inquadramento CCNL Formatori interni: Diligenza (N.B. cancellare la voce che con interessa)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

8

9

**FORMATORE n. 3**

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

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)

*A*

**FORMATORE n. 4**

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio

Cognome	<u>CARIA</u>	Nome	<u>SIMONETTA</u>	Codice Fiscale	
	<u>CRASNT59P45D259A</u>				
Luogo di nascita		Data di nascita	<u>5/9/1959</u>	Telefono	
Cellulare	<u>393/6862329</u>	FAX		e-mail	
	<u>simcari@tin.it</u>				
Qualifica	<u>Dirigente</u>	Medico		Competenze	
	<u>Nefrologo</u>				

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

A

**FORMATORE n. 5**

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 39277232846 FAX 070/6097340 e-mail

GABRIELLA.CONCAS@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 non interessano)

l

**FORMATORE n. 6**

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio

Cognome SCOTTO Nome PATRIZIA Codice Fiscale SCTPRZ59R46B354R

Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 06/10/1959 Telefono

Cellulare 3398453701 FAX 070/6097340 e-mail

PATRIZIASCOTTO@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)



**FORMATORE n. 7**

**Ruolo:** Docente interno in orario di Servizio

**Cognome** FRONGIA      **Nome** MARIA ANGELICA      **Codice Fiscale**  
FRNMNG67A43G113G

**Luogo di nascita** ORISTANO      **Data di nascita** 03/1/1967      **Telefono**

**Cellulare** 3336478909      **FAX** 070/6097340      **e-mail**  
MARIAANGELICAFRONGIA@ASL8CAGLIARI.IT

**Qualifica** Infermiere      **Competenze**  
Infermiere

**Inquadramento CCNL Formatori interni:** Comparto

**Fascia retributiva di competenza e relativo importo:** (N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

4

**FORMATORE n. 8**

**Ruolo:** Docente interno in orario di Servizio

**Cognome** MOCCO **Nome** CRISTINA **Codice Fiscale**  
MCCCST76H62Z103L  
**Luogo di nascita** BRUXELL **Data di nascita** 22/6/1976 **Telefono**  
**Cellulare** 3290832986 **FAX**  **e-mail**  
CRISTINAMOCCO@ASL8CAGLIARI.IT  
**Qualifica** Infermiere **Competenze**  
Infermiere

**Inquadramento CCNL Formatori interni:** Comparto

**Fascia retributiva di competenza e relativo importo:** (N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

4

**FORMATORE n. 9**

**Ruolo:** Docente interno in orario di Servizio

Cognome CADEDDU Nome MARIELLA Codice Fiscale  
CDDMLL62T71G113Q  
Luogo di nascita ORISTANO Data di nascita 31/12/1962 Telefono  
Cellulare 3357642487 FAX \_\_\_\_\_ e-mail  
MARIELLACADEDDU@ASL8CAGLIARI.IT  
Qualifica Coordinatore Infermieristico Competenze \_\_\_\_\_ Coordinatore  
Infermieristico \_\_\_\_\_

**Inquadramento CCNL Formatori interni:** Comparto

**Fascia retributiva di competenza e relativo importo:** *(N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)*

*l*

**FORMATORE n. 10**

**Ruolo:** Docente interno in orario di Servizio

<b>Cognome</b>	<u>SECCI</u>	<b>Nome</b>	<u>ROMINA</u>	<b>Codice Fiscale</b>	
	<u>SCCRMN69M59B354B</u>				
<b>Luogo di nascita</b>	<u>CAGLIARI</u>	<b>Data di nascita</b>	<u>19/8/1969</u>	<b>Telefono</b>	
	<u>070/</u>				
<b>Cellulare</b>	<u>3495886765</u>	<b>FAX</b>		<b>e-mail</b>	
	<u>ROMINASECCI@ASL8CAGLIARI.IT</u>				
<b>Qualifica</b>	<u>DIETISTA</u>	<b>Competenze</b>	<u>DIETISTA</u>		

**Inquadramento CCNL Formatori interni:** Comparto

**Fascia retributiva di competenza e relativo importo:** (N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

4

TUTOR n. 1

**Ruolo:** Tutor interno in 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 in orario di Servizio € 5,64

