

Allegato "A"

Progetto Formativo "Corso di autoformazione Embolia Polmonare 2018"

Il presente allegato è composto di n.20 fogli,
di n. 20 pagine.

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *Corso di autoformazione EMBOLIA POLMONARE 2018* "

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

Scegliere un elemento.

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
1 ^a Edizione	14/06/2018	14/06/2018	6 ^a Edizione	/ /	/ /
2 ^a Edizione	/ /	/ /	7 ^a Edizione	/ /	/ /
3 ^a Edizione	/ /	/ /	8 ^a Edizione	/ /	/ /
4 ^a Edizione	/ /	/ /	9 ^a Edizione	/ /	/ /
5 ^a Edizione	/ /	/ /	10 ^a 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 P.O. Marino

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Lungomare Poetto n. 12 09126 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/Privati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

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

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

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

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: 5 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>00</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>1</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 5 Totale compenso € 205,00

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 SNIPLA78CO1B354L 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 5 Totale compenso € 205,00

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 5 Totale compenso € 205,00

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 5 Totale compenso € 205,00

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 5 Totale compenso € 205

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? Sì No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1.025,00
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)		€ 1.197,15

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza | <input checked="" type="checkbox"/> P.O. Marino |
| <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 |

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.O. MARINO - S.C. CARDIOLOGIA

DOCT. LUIGI LAI


 Azienda Ospedaliera
 ASL Cagliari
 P.O. Marino
 S.C. Cardiologia
 070549181

PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

Corso di autoformazione "EMBOLIA POLMONARE – le linee guida ESC 2014 e aggiornamenti"

Cagliari 14 giugno 2018

Docenti: Dott. Antonio Arru, Dott.ssa Stefania Lai (Cardiologia P.O. Marino)

Dott. ssa Roberta Coroforo (Unità Spinale P.O. Marino)

Dott.ssa Anna Elisabetta Porcella (Radiologia P.O. Marino)

Dott. Paolo Isoni (Rianimazione P.O. Marino)

Coord. Scientifico : Dott. Luigi Lai (Cardiologia P.O. Marino)

Programma

- ore 8,30 Presentazione del corso. Le linee guida ESC 2014.
- ore 9,10 Epidemiologia e fattori di rischio
Dott.ssa Stefania Lai
- ore 9,30 Fisiopatologia, storia naturale e quadro clinico
Dott.ssa Roberta Coroforo
- ore 9,50 Flow chart diagnostici e esami non radiologici
Dott. Antonio Arru
- ore 10,10 Discussione
- ore 11,00 Esami radiologici: quello che deve sapere il non radiologo
Dott.ssa A. Porcella
- Ore 11,20 Terapia
Dott. Paolo Isoni
- Ore 11,40 Discussione.
- Ore 12,00 Role Playing – Casi clinici
A cura di tutti i docenti
- Ore 13,30 Fine corso

Indicazione di scelta del Docente o Codocente e dichiarazione assenza di conflitto di interessi

(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Dr LUIGI LAI Responsabile della Struttura UOC Cardiologia del PO Marino, responsabile scientifico del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:
Corso di Autoformazione – EMBOLIA POLMONARE 2018
Programmato per il 12 Aprile 2018

indico quali docenti/codocenti dell'attività formativa in questione i medici Dr.

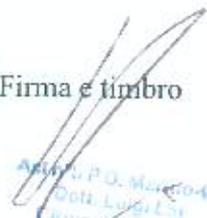
1. STEFANIA LAI
2. ANTONIO ARRU
3. PAOLO ISONI
4. ANNA ELISABETTAPORCELLA
5. ROBERTA COROFORO

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale; ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi.

1) **Dichiaro che**, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta **non sussistono** da parte mia **conflitti di interesse**.

Data, 05/03/2018

Firma e timbro


Ass. P.O. Marino
Dot. Luigi Lai
Esperto Medico
U.O.C. diologia
Matr. 45161

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2018/34743 del 15/05/2018 ore 11.06
Mitt.: ASSL Cagliari Ospedale Marino
Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 1502 del 2018

1/1



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto ANTONIO ARRU nominato in qualità di
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: Corso di
Autoformazione "Embolia Polmonare 2018"
di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data,

15-05-17

Firma



ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
PG/2018/160572 del 15/05/2018 ore 11.07
Mitt.: ARRU ANTONIO

Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione
Class. 1 Fasc.: 1502 del 2018



ASL N. 8-OSPEDALE MARCONI
IL DIR. MEDICO CARDIO
LUOTT. ANTONIO ARRU MARCONI

Dichiarazione

Accettazione incarico di Responsabile Scientifico e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto **Dr Luigi Lai** in qualità di Responsabile Scientifico per l'Evento/Percorso
Formativo/Seminario dal titolo: *Corso di Autoformazione – EMBOLIA POLMONARE 2018*
Programmato per il 12 **Aprile 2018**

dichiaro

che non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto
previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 05/03/2018

Firma

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
PG/2018/160580 del 15/05/2018 ore 11.09
Mitt.: LAI LUIGI
Ass.: ASL Cagliari Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 1502 del 2018



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Dott^{sse} COROFORO ROBERTA nominato in qualità di
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: Corso di
Autoformazione "Embolia Polmonare 2018"
di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 18 / 05 / 18

Firma


Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto ISONI PAOLO nominato in qualità di
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: Corso di
Autoformazione "Embolia Polmonare 2018"
di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 15/05/2018

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto LAI STEFANIA nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: Corso di

Autoformazione "Embolia Polmonare 2018"

di prossima programmazione

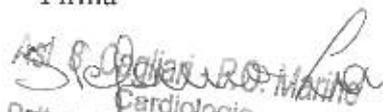
dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data,

21/05/18

Firma


ASST Cagliari - R.O. MARINO
Cardiologia
Dott.ssa Stefania Lai - Matr. 54113
Dirigente Medico

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto DSSA PORCELLA ANNA ELISABETTA nominato in qualità di
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: Corso di
Autoformazione "Embolia Polmonare 2018"
di prossima programmazione

dichiaro

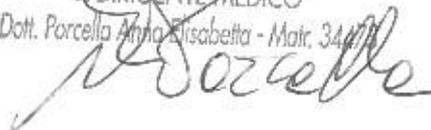
di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 17-5-2018

Firma

A.S.L. N° 8 - OSPEDALE MARINO
RADIOLOGIA
IL DIRIGENTE MEDICO

Dott. Porcella Anna Elisabetta - Matr. 34477



Progetto Formativo

"Corso di autoformazione Embolia polmonare 2018"

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI (Oneri e IVA esclusi)

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti	€ 1.025,00
Alloggio e vitto docenti	€ 0,00
Mobilità docenti	€ 0,00
Materiali didattici	€ 0,00
Costi accreditamento ECM	€ 172,15
TOTALE	€ 1.197,15

Costo medio per partecipante € 34,20
Costo medio x ora x partecipante € 6,84