

481


- 5 MAG. 2016

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale
***"Competenze trasversali degli operatori nella
prevenzione e nell'intervento sui comportamenti
a rischio"***

Il presente allegato è composto
di n. 12 fogli, di n. 12 pagine

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



NP/2016/ 8319 del 24 MAR. 2016

Al Direttore Sanitario ASL CAGLIARI
e p.c. Al Responsabile Area Formazione
ASL CAGLIARI SEDE

Oggetto: attivazione corso aggiornamento.

Con la presente si richiede l'autorizzazione per l'attivazione del corso di formazione dal titolo "**Competenze trasversali degli operatori nella prevenzione e nell'intervento sui comportamenti a rischio**", previsto nella formazione specifica del personale afferente al Ser.D 1 e 2 di Cagliari.

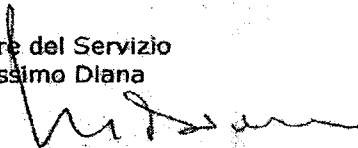
Il docente individuato è il dr. Marco Tamelli.

Il corso è progettato per un numero di 40 partecipanti, con accreditamento E.C.M., per un totale di 14 ore divise in due giorni di corso da effettuarsi nei giorni 16 e 17 giugno 2016, e dedicato ai seguenti profili professionali: Medico Chirurgo, Infermiere, Psicologo, Educatore Professionale, Assistente Sociale, Operatore Socio-Sanitario.

Tale corso è al di fuori del Piano Formativo Aziendale 2016 e per lo stesso si intendono utilizzare i fondi destinati alle strutture Ser.D. relativi alla Formazione Specifica.

Cordiali saluti.

il Direttore del Servizio
Dr. Massimo Diana



n° prot. NP/8814

Al Sig. Responsabile
Area Formazione

Oggetto: Richiesta attivazione corso aggiornamento.

Selargius, - 1 APR. 2016

In riferimento all'allegata nota prot. nr. 9319 del 24 marzo u.s. del Direttore della S.C. Ser.D. 1, si chiede che codesto Servizio esprima un parere sull'eventuale fattibilità della proposta presentata.

Distinti saluti



Dott. Pier Paolo Pani
Direttore Sanitario



AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	- 4 APR. 2016	
PRESA IN CARICO		

pg

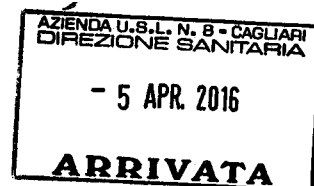
ASL8
NP.2016/9190 del 05/04/2016 ore 08,21
Mitt.: Area Formazione

Ass.: DIREZIONE SANITARIA
Class.: 1. Fasc.: 98 del 2016



Al Direttore Sanitario

Sede



Oggetto: Richiesta attivazione corso aggiornamento.


In riferimento alla Sua nota pari oggetto n. NP/ 8914 del 01.04.2016, con la quale viene chiesto un parere sull'eventuale fattibilità della proposta avanzata dal Direttore del Ser. D. 1, Dott. Massimo Diana, concernente la realizzazione di un evento formativo dal titolo: "Competenze trasversali degli operatori nella prevenzione e nell'intervento sui comportamenti a rischio", si comunica quanto segue:

- Il Direttore del Ser. D. 1 chiede di utilizzare per il corso sunnominato parte del budget per la Formazione Specifica del 2016 dedicato alla sua struttura, che all'atto dell'assegnazione ammontava a € 4.186.
- Di questa somma, € 1.605,58 sono stati impegnati nella realizzazione di un altro progetto formativo, già autorizzato nei mesi precedenti.
- La somma restante (€ 2.580,42) corrisponde esattamente a ciò che la struttura in questione ha in previsione di spendere per la realizzazione del presente progetto formativo.
- Pertanto, in caso di approvazione da parte della S.V., l'Azienda non dovrà operare alcuna integrazione economica.
- L'Area Formazione è disponibile a dare ogni supporto utile alla realizzazione dell'intervento formativo.


In attesa di eventuali disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau



AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	- 7 APR. 2016	
SEGNA COME VISTO		


AL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani
05-04-16

Al Responsabile del Servizio Area Formazione
ASLCAGLIARI
Dr. Irene Picciau

NP/2016/10195 DEL 13.04.2016

e p.c. All'Educ. Prof. Sig.ra Renata Casu

Oggetto: Attivazione e accreditamento evento formativo.

Si consegnano i seguenti documenti necessari per l'attivazione e l'accREDITAMENTO E.C.M. dell'evento formativo dal titolo **"COMPETENZE TRASVERSALI DEGLI OPERATORI NELLA PREVENZIONE E NELL'INTERVENTO SUI COMPORTAMENTI A RISCHIO"**:

1. Scheda attivazione progetto formativo.
2. Programma corso.
3. Indicazione di scelta del docente e relativa dichiarazione di non sussistenza di conflitti di interesse nella scelta.
4. Accettazione incarichi docenza e assenza conflitti d'interesse.
5. Strumento di valutazione dell'apprendimento.
6. Preventivo spese docente.
7. Accettazione incarico di responsabile scientifico e assenza di conflitto d'interesse.

Il referente della segreteria organizzativa
Educ. Profes. Carla Deidda

Distinti saluti

Il Direttore del Servizio
Dott. Massimo Diana

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	18 APR. 2016	
PRESA IN CARICO		

Servizio Proponente

SERVIZIO DIPENDENZE

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

Competenze trasversali degli operatori nella prevenzione e nell'intervento sui comportamenti a rischio.

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?

SI

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

▪ **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



Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?

NO

Se "SI" indicare la denominazione

Empty rectangular box for denomination.

Numero di edizioni previste 1

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	16/06/16	17/06/16
Seconda edizione		
Terza 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.

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 CONFERENZE - SER.D.1

Indirizzo Via dei Valenzani s.n.c. – 09131 Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 40 Totale Partecipanti 40

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

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

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo
- Psicologo
- Assistente Sanitario
- Educatore Professionale
- Infermiere

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- Infermiere Generico
- Operatore Socio-Sanitario

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

- | | | |
|--|--|----------------|
| ▪ Dermatologia e Venereologia | ▪ Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | ▪ Psicoterapia |
| ▪ Farmacologia e Tossicologia Clinica | ▪ Malattie dell'apparato respiratorio Malattie Infettive | |
| ▪ Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | ▪ Neurologia | |
| | ▪ Psichiatria | |

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

Psicologia

Psicoterapia

Area tematica

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

- Area delle dipendenze

Obiettivo formativo

- Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Necessità di acquisire competenze professionali sempre più raffinate di intercettazione precoce delle situazioni che potrebbero evolvere verso quadri psicopatologici, tossicomani e di deriva sociale.

B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisizione di competenze che permettano una maggiore flessibilità degli operatori, rispetto al proprio profilo professionale, al fine di prevenire compromissioni irreversibili nel mondo giovanile.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisizione di una maggiore capacità da parte degli operatori, di "fare rete" con interlocutori esterni e con la tipologia di persone a rischio che normalmente non afferiscono al servizio se non per invii istituzionali.

** 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 **Diana** Nome **Estello Massimo**
 Codice Fiscale **DNISLL52C27B745Q**
 Luogo di nascita **Carbonia** Data di nascita **27-03-1952**
 Telefono **070-6096324** Cellulare **337815220** FAX **070-41534**
 e-mail **massimodiana@asl8cagliari.it**
 Qualifica **Psichiatra** Competenze **Direttore Servizio per le Dipendenze**

Referente della segreteria organizzativa

Cognome **Deidda** Nome **Carla**
 Telefono **070-6096322** Cellulare **3275656364** FAX **070-41534**
 e-mail **carladeidda@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: 14

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	7	
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD		
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	2	30
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	4	30
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

FORMATORE/TUTOR n.1

Ruolo: Docente Esterno

Cognome Tamelli Nome Marco Codice Fiscale TMLMRC79R12H223J
Luogo di nascita Reggio Nell'Emilia Data di nascita 12-10-1979 Telefono 0522-320655
Cellulare 3496343569 FAX e-mail marcotamelli@luoghidiprevenzione.it
Qualifica Psicologo Competenze Formatore

Fascia retributiva di competenza e relativo importo:

Docente Esterno Fascia B € 80,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 14 Totale compenso € 1.120,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio: (N.B. cancellare la voce che con interessa)

Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88,

Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 Ore (D.P.R. 395/88

Numero Pasti 4 Totale spesa rimborso pasti € 110,94

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2_ Totale spesa pernottamento € 220,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 125,02

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



Fonti di finanziamento

Formazione specifica

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1.120,00	+22% IVA
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 220,00	
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 110,94	
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 125,02	
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)	€ 350,00	
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)		€ 2.172,36	
a cura dell'Area Formazione			

Macrostruttura di appartenenza

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

- Dipartimento Dipendenze

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)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>Estello Massimo Diana</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>Azienda USL n° 8 Cagliari</p> <p>IL DIRETTORE DEL SERVIZIO PER LE DIPENDENZE</p> <p><i>Massimo Diana</i></p> <p>Dr. Massimo Diana</p>