ASLCagliari

Allegato "A"

1188

14 NOV. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: "La gestione dell'Aggressività in ambito lavorativo"

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

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

Prot. n° 101 /H del 15.09.2016

Al Responsabile dell'Area Formazione
Dr. Ireneo Picciau
SEDE

Oggetto: Attivazione e accreditamento evento formativo.

Lo scrivente trasmette tutta la documentazione necessaria per l'attivazione e l'accreditamento dell'evento formativo " La gestione dell'aggressività in ambito lavorativo".

1) Scheda di attivazione del progetto formativo;
2) Programma del corso;
3) Indicazione di scelta del docente e del tutor e dichiarazione di non sussistenza di conflitti di interesse;
4) Accettazione dell'incarico di docenza e di tutoraggio e assenza di conflitto di interesse;
5) Strumento di valutazione dell'apprendimento;
6) Accettazione del preventivo dei costi di docenza e di tutoraggio;
7) Accettazione dell'incarico di Responsabile Scientifico e assenza di conflitto di interesse.

I Referenti per la Formazione U.O. Hospice
Dr.ssa Rosanna Seu
Dr. Giulio Concu

Azienda U.S.L. 8 - CA
HOSPICE
VIA JENNER SN
DIRIGENTE MEDICO
Dott. Emilio Lai (Matr. 18540)
Tel. 070 . 609 5259

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASLCagliari
Hospice

Il Direttore
DR. Emilio Lai

ASL8
NP.2016/23145 del 15/09/2016 ore 12.51
Mitt.: Hospice
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 142 del 2016

\Servizio Proponente HOSPICE

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: *" La gestione dell'aggressività in ambito lavorativo. "*

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI

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

Numero di edizioni previste

	Data Inzio	Data fine		Data Inizio	Data Fine
1ª Edizione	22.11.16	22.11.16	2 Edizione	23.11.16	23.11.16

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

Indirizzo Via Edward Jenner, 3 - Cap 09121 - Cagliari.

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
- [x] 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
- [x] 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:

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

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 comunicazione e relazione

Obiettivo formativo*

Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Mediante l'acquisizione di crediti formativi inerenti eventi specificatamente rivolti al team assistenziale.

B - Acquisizione competenze di processo:

Mediante l'acquisizione e lo sviluppo di procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità del servizio offerto dal team assistenziale.

C - Acquisizione competenze di sistema:

.Mediante l'acquisizione e lo sviluppo di conoscenze idonee a promuoverev il miglioramento della qualità, dell'efficacia, dell'efficenza e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dal team assistenziale.

D – Previsione di ricaduta formativa *(in termini di competenze e performance):*

Fornire a tutti i componenti il team assistenziale le competenze necessarie alla gestione di specifiche dinamiche si si originano dal lavoro in gruppo.

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 dal corso

*

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome LAI Nome EMILIO
Codice Fiscale LAI MLE 53 C15 D287 H Luogo di nascita Desulo Data di nascita 15.03.1953
Telefono 070-52965261 Cellulare 328-4958719 Fax 070-52965260 e-mail emiliolai@libero.it
Qualifica Dirigente Medico Anestesista Competenze Direttore dell'Hospice

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Concu Nome Giulio
Codice Fiscale CNCGLI76A06H856W Telefono 070-52965258 Cellulare 347-3642907 Fax 070-52965260
e-mail giulioconcu@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**

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	1	00
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	6	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	00	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	1	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	00	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	00	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	1	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	00	00
Role - Playing	RP	00	00

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)*

Attrezzature

(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 Formatore
Cognome Boschi Nome Paolo
Codice Fiscale BSCPLA57L04D612V Luogo di nascita Firenze Data di nascita 04.07.1957
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono 055-4627285 Cellulare 335-366966 Fax 055-4634014. e-mail p.boschi@apogeoform.net
Qualifica: Avvocato
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Euro 100,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 16 Totale compenso € 1600,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio
Numero Pasti 5 Totale spesa rimborso pasti € 137,50
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 3 totale spesa pernottamento € 300,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 290,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Tutor
Cognome Folleri Nome Alessandro
Codice Fiscale FLL LSN78H16B354O Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 16.06.1978
Professione ECM Psicologo Disciplina ECM Psicologia
Telefono 0706096892 Cellulare 3384484941 Fax 070-6096892 e-mail alessandrofolleri@asl8cagliari.it
Qualifica Psicologo
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 8 Totale compenso € 240,00
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

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)	€ 2256,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 300,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 137,50
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 290,00
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)	€ 180,76
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) ***A cura dell'Area Formazione***	€ 3164,26

Macrostruttura di appartenenza

☒ Coordinamento distretti
☐ D.A. Servizi amministrativi
☐ D.A. Servizi tecnico logistici
☐ Centrale Operativa 118
☐ Dipartimento Emergenza Urgenza
☐ Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
☐ D.G. Staff
☐ DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
☐ Dipartimento Dipendenze
☐ Dipartimento Farmaco
☐ Dipartimento Prevenzione
☐ Dipartimento Salute Mentale
☐ P.O. Marino
☐ P.O. San Giuseppe
☐ P.O. San Marcellino
☐ P.O. Santissima Trinità
☐ 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

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	EMILIO LAI
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Azienda U.S.L. 8 - CA HOSPICE VIA JENNER SN DIRIGENTE MEDICO *Dott. Emilio Lai (Matr. 18540)* Tel. 070 . 609 5259