

Allegato “A”

Progetto Formativo

“Triage psichiatrico: la gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria”

Il presente allegato è composto di n.19 fogli,
di n. 19 pagine.

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/96132 del 16/11/2017 ore 13,27
Mitt.: ASSL Cagliari DIPARTIMENTO SALUTE...

Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione

Class.: 1.5.7.



Alla c.a del Responsabile f.f. Area Formazione

Dott Tullio Garau

Oggetto: Richiesta attivazione dell'evento residenziale Corso **"Triage psichiatrico: la gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria"**, già approvato nel PFA 2017 .

Si chiede l'attivazione del corso **"Triage psichiatrico: la gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria"**, previsto per il 15 dicembre 2017. Il corso è già stato approvato nel PFA del 2017 con l'accreditamento ECM, ed è rivolto a tutti gli infermieri e psichiatri di tutte le Unità Operative del DSM .

L'evento sul tema della gestione infermieristica del triage in situazioni d'urgenza, risponde ai bisogni formativi del personale infermieristico, impegnato quotidianamente nell' accoglienza di pazienti psichiatrici portatori di patologie gravi e di condizioni cliniche e relazionali complesse.

I docenti del corso, tutti operatori della ASSL di Cagliari, hanno accettato l'incarico a titolo gratuito.

Distinti saluti

Il Direttore DSM
Dott. Augusto Contu



Referente formazione DSM
Dott.ssa M. Carla Montixi

Servizio Proponente Dipartimento di Salute Mentale

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *Triage psichiatrico: la gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria* "

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

Se "SI" indicare l'importo € 000,00

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? Scegliere un elemento.

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	15/12/2017	15/11/2017	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 Binaghi

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 0 Totale Partecipanti 70

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

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 salute mentale

Obiettivo formativo

Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Aggiornamento sul triage in psichiatria, ruolo, compiti dell'infermiere

B - Acquisizione competenze di processo:

Approfondimento del triage nell'ambito dei servizi territoriali in rete con i servizi ospedalieri

C - Acquisizione competenze di sistema:

Fare clic qui per immettere testo.

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

definizione e divulgazione del concetto di triage psichiatrico in tutte le UUOO

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 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 Contu Nome Augusto

Codice Fiscale GSTCNT53T03B354R Luogo di nascita cagliari Data di nascita 03/12/1953

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail augustocontu@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente psichiatra- Direttore DSM Competenze psichiatria

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Montixi Nome Maria Carla

Codice Fiscale MNTMCR64D43L122E Telefono 070 47443443 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mcarlamontixi@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: 07 Minuti: 15**

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	05	15
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	02	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	00	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	00	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)

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 n. 1

Ruolo Docente Esterno
Cognome ACCALAI Nome MARIA GIULIETTA
Codice Fiscale CCLMGL65M59D994Z Luogo di nascita GESICO Data di nascita 19/08/1965.
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono _____ Cellulare 3490931705. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail
mariagiuliettaaccalai@asl8cagliari.it. Qualifica coll prof sanitario infermiere
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

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

FORMATORE n. 2

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome ARGIOLAS Nome ROBERTO
Codice Fiscale RGLRRT53P20B354C Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 20/09/1953
Professione ECM INFERMIERE Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono 07047443449 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail
robertoargiolas@asl8cagliari.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

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

FORMATORE n. 3

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome PERRA Nome GIOVANNI
Codice Fiscale PRRGNN59A22A477A Luogo di nascita ASSOLO Data di nascita 22/01/1959
Professione ECM INFERMIERE Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono 070474442 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail
giovanniperra@asl8cagliari.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

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

FORMATORE n. 4

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome PRETTA Nome SALVATORE
Codice Fiscale PRTSVT61P29E648J Luogo di nascita LODI Data di nascita 29/09/1961
Professione ECM INFERMIERE Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono _____ Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail
salvatorepretti@asl8cagliari.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

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

FORMATORE n 5

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome TROGU Nome EMANUELA
Codice Fiscale TRGMNL58P69B354G Luogo di nascita cagliari Data di nascita 29/05/1958
Professione ECM MEDICO PSICHIATRA Disciplina ECM PSICHIATRIA
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 PSICHIATRA
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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

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

FORMATORE n. 6

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Contu Nome Augusto
Codice Fiscale GSTCNT53T03B354R Luogo di nascita cagliari Data di nascita 03/12/1953
Professione ECM medico Disciplina ECM psichiatria
Telefono 070474441 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail augustocontu@asl8cagliari.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

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

FORMATORE n. 7

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Dessì Nome Daniela
Codice Fiscale PRRGNN59A22A477A Luogo di nascita ASSOLO Data di nascita 22/01/1959
Professione ECM INFERMIERE Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono 070474442 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail giovanniperra@asl8cagliari.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

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

Fonti di finanziamento

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)	€00,0
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 (a cura dell'Area Formazione)	€ 172,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 172,15

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici
<input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118
<input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza
<input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
<input type="checkbox"/> D.G. Staff
<input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
<input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze
<input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco
<input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> P.O. Marino
<input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe
<input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino
<input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità
<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 style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>AUGUSTO CONTU</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">  Il Direttore DSM Dott. Augusto Contu </p>

**Indicazione di scelta del docente
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)

Il sottoscritto Augusto Contu Direttore della Struttura Dipartimento di Salute Mentale,
committente del Corso Formativo dal titolo "**Triage psichiatrico: la gestione infermieristica delle
urgenze in psichiatria**", di prossima programmazione,
indico quale docente dell'attività formativa in questione
i docenti:

Inf. Prof. Accalai Maria Giulietta, Inf. Prof. Dessì Daniela, Inf. Prof. Perra Giovanni, Inf. Prof.
Argiolas Roberto, Inf. Prof. Pretta Salvatore Dott. Contu Augusto, Dott.ssa Trogu Emanuela,
di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale e 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la
docenza sarà svolta a titolo gratuito.

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, 23.10.2017

Firma e timbro
Il Direttore
Dott. Augusto Contu



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 sottoscritta ACCALAI MARIA GIULIETTA nominata in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo **"Triage psichiatrico: la gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria"** di prossima programmazione

- 1) 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;
- 2) dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Data,

23.10.17

Firma e timbro

M. G. Accalai

Dichiarazione

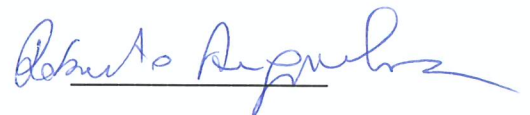
Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

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

Il sottoscritto Argiolas Roberto nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo
"Triage psichiatrico: la gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria"
di prossima programmazione

- 1) 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;
- 2) dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Data,03/11/2017


Roberto Argiolas

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)

Il sottoscritto DESSI DANIELA nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo **"Triage psichiatrico: la gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria"** di prossima programmazione

- 1) 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;
- 2) dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Data, 03/11/2017



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)

Il sottoscritto Pretta Salvatore nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo
"Triage psichiatrico: la gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria"
di prossima programmazione

- 1) 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;
- 2) dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Cagliari, 03/11/2017



Dichiarazione

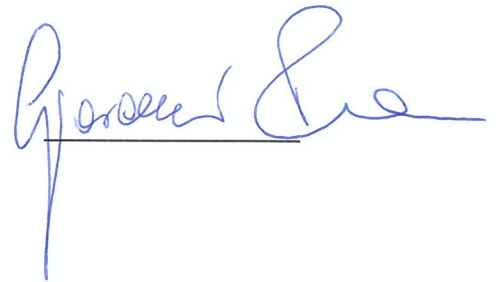
Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

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

Il sottoscritto Giovanni Perra nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo **"Triage psichiatrico: la gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria"** di prossima programmazione

- 1) 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;
- 2) dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Data,03/11/2017



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)

Il sottoscritto EMANUELA TROGU nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo **"Triage psichiatrico: la gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria"** di prossima programmazione

- 1) 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;
- 2) dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto a titolo gratuito.

Data, 03/11/2017

Emmanuel Trogu

PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

"Triage psichiatrico: la gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria"

Cagliari

Venerdì 15 Dicembre 2017 - Sala Binaghi

PROGRAMMA

Contu Augusto, Argiolas Roberto, Trogu Emanuela,
Pretta Salvatore, Perra Giovanni, Accalai Maria Giulietta, Dessì Daniela

- Ore 08:00 registrazione partecipanti
- Ore 08:15 – 09.00 Introduzione alla giornata
Contu Augusto LRP ½ h
- Ore 09:00 – 09.45 Emergenza e urgenza in psichiatria: definizione di crisi e di
emergenza/urgenza
Trogu Emanuela -LRP ½ h
- Ore 09.45- 10:30 Il triage infermieristico : storia evoluzione e il ruolo dell'infermiere
Pretta Salvatore -LRP 1h
- Ore 10.30- 11:15 Il triage infermieristico in Pronto Soccorso: ipotesi di contestualizzazione
in salute mentale
Argiolas Roberto -LRP ½ h
- Ore 11.15- 12:00 L'accoglienza nei CSM: promozione di un linguaggio comune
Perra Giovanni
- Ore 12.00- 12:45 Ipotesi di triage psichiatrico nel territorio . Il ruolo dell'infermiere: dalla
funzione di filtro in fase di accoglienza all'adozione di una scheda TPT
Accalai Maria Giulietta -LRP ½ h
- Ore 12.45- 13:30 Nuovi modelli organizzativi nei servizi territoriali del DSM. L'infermiere: ruolo,
competenze, responsabilità, formazione
Dessì Daniela -LRP 1h
- Ore 13.30-14.30 PAUSA PRANZO
- Ore 14.30 – 16.30 : tavola rotonda : esperienze sul campo a confronto
Tutti i relatori
Prova ECM

Progetto Formativo**"Triage psichiatrico: la gestione delle urgenze in psichiatria"****TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI (Oneri e IVA esclusi)**

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

Costo medio per partecipante € 2,45
Costo medio x ora x partecipante € 0,35