

439

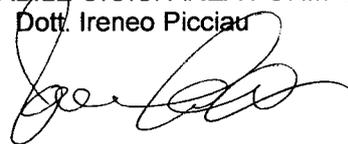
19 APR. 2016

## Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:  
***"La responsabilità legale infermieristica e del personale di  
supporto nei Servizi per le Dipendenze"***

Il presente allegato è composto  
di n. 10 fogli, di n. 10 pagine

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





ASL Cagliari

ASL8  
NP.2016/9777 del 08/04/2016 ore 13,47  
Mitt.: Serd 2 Via Liguria Cagliari  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 2.5.



Servizio Dipendenze  
Ser.D. 2

Area Formazione ASL Cagliari  
SEDE

Oggetto: Richiesta attivazione progetto formativo residenziale " La responsabilità legale infermieristica e del personale di supporto nei servizi per le dipendenze"

Si trasmette, per quanto indicato in oggetto, la documentazione sottoelencata:

- Scheda attivazione progetto formativo
- Accettazione incarico di Responsabile scientifico e assenza di conflitti d'interesse
- Auto indicazione di scelta come docente e dichiarazione assenza di conflitto di interesse
- Indicazione di scelta del docente e dichiarazione assenza di conflitto di interesse
- Accettazione incarico di Docente e assenza di conflitti d'interesse
- Programma
- Questionario apprendimenti

4

Il Direttore  
Dott. Massimo Diana

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

Asl Cagliari  
Sede Legale Via Logudoro, 17- 09126 Cagliari  
Sede Amm.va Via Piero della Francesca, 1- 09047 Selargius  
c.f. e p. iva 02261430926  
www.aslcagliari.it

Servizio Dipendenze  
Ser.D. Via Liguria s.n.c. 09131 Cagliari  
Tel 070/4744431/06 Fax 070/47444272  
Direttore Dr. Massimo Diana  
Email: serd2.vialiguria@asl8cagliari.it

Servizio Proponente

SERVIZIO DIPENDENZE Ser.D. 2 via Liguria

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto:**

**LA RESPONSABILITA' LEGALE INFERMIERISTICA E DEL  
PERSONALE DI SUPPORTO NEI SERVIZI PER LE  
DIPENDENZE**

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

SI *(cancellare la voce che con interessa)*

**Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante**

*(cancellare le voci che con interessano)*

- **Attività formativa di aggiornamenti monotematici**

**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

Numero di edizioni previste 1

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	08/06/16	08/06/16
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 Ser.D. 1

via Dei Valenzani snc 09131

d

ms

**Partecipanti**

**Numero di partecipanti per edizione 50 Totale Partecipanti 50**

Riservato agli operatori del Servizio proponente Si Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. \_operatori di altre ASL - Aperto a n. \_operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

**Professioni dei partecipanti**

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

**Non aventi diritto ai crediti E.C.M.**

- Operatore Socio-Sanitario

**Aventi diritto ai crediti E.C.M.**

- Medico Chirurgo
- Psicologo
- Educatore Professionale
- Infermiere
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale

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

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

- Dermatologia e Venereologia
- Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica
- Neurologia
- Psichiatria
- Psicoterapia

**Discipline E.C.M. per la professione di Farmacista**

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

**Discipline E.C.M. per la professione di Veterinario**

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

**Discipline E.C.M. per la professione di Psicologo**

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

Psicologia



Psicoterapia

### Progetto Formativo

#### Area tematica

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

- Area delle dipendenze

#### Obiettivo formativo

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

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

#### Finalità \*

##### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Implementare le conoscenze in merito alla responsabilità infermieristica e del personale di supporto nei servizi per le dipendenze.

##### B - Acquisizione competenze di processo:

Approfondire e arricchire le competenze riguardo agli argomenti trattati.

##### C - Acquisizione competenze di sistema:

Proporre modelli e buone pratiche nella individuazione di percorsi, nel rispetto delle normative vigenti, riguardo la responsabilità infermieristica e del personale di supporto nei servizi per le dipendenze.

D - Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance): costruzione della procedura sull'Assistenza Domiciliare

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 9 dal corso

*\* 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 E. MASSIMO  
Codice Fiscale DNISLL52C27B745Q  
Luogo di nascita CARBONIA Data di nascita 27/03/1952  
Telefono 07047444311 Cellulare 337815220 FAX 07047444272  
e-mail massimodiana@asl8cagliari.it

Qualifica: Medico Psichiatra Direttore Struttura Complessa Servizio Dipendenze/ Ser.D 2 via Liguria,  
Ser.D 1 via Dei Valenzani  
Competenze: Manageriali, Psichiatriche, Psicoterapeutiche

#### Referente della segreteria organizzativa

Cognome DE FABRITIIS Nome DANIELA  
Telefono 07047444289 Cellulare 3478215566 FAX 07047444272  
e-mail danieladefabritiis@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: **6 Minuti: 30**

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	3	30
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	1	
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	
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*
- *Lavagna a fogli mobili*
- *Computer portatile*

FORMATORE n. 1

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

**Cognome** DIANA **Nome** E. MASSIMO **Codice Fiscale** DNISLL52C27B745Q

**Luogo di nascita** CARBONIA **Data di nascita** 27/03/1952 **Telefono** 07047444311

**Cellulare** 337815220 **FAX** 07047444272 **e-mail** massimodiana@asl8cagliari.it

**Qualifica** Medico Psichiatra **Direttore Struttura Complessa Servizio Dipendenze/ Ser.D 2** via Liguna,

**Ser.D 1** via Dei Valenzani **Competenze** MANAGERIALI, PSICHIATRICHE, PSICOTERAPEUTICHE

**Inquadramento CCNL Formatori interni:** *Dirigenza*

**ORE DI DOCENZA DA RETRIBUIRE** 0

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

FORMATORE n. 2

**Ruolo:** *Docente Esterno*

**Cognome** COLLU **Nome** BARBARA **Codice Fiscale** CLLBBR68B65L924T

**Luogo di nascita** VILLACIDRO **Data di nascita** 25/02/1968 **Telefono**

**Cellulare** 3292608369 **FAX** 0709339566 **e-mail** bcollu@aslsanluri.it

**Qualifica** DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE **ASL** SANLURI **Competenze**

ORGANIZZATIVE/COORDINAMENTO/DIDATTICHE

**INQUADRAMENTO CCNL FORMATORI ESTERNI:** *DIRIGENZA*

**ORE DI DOCENZA DA RETRIBUIRE** 0

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

FORMATORE n. 3

**Ruolo:** *Docente Esterno*

**Cognome** MONDIO **Nome** LUISELLA **Codice Fiscale** MNDLLL67C51B354O

**Luogo di nascita** CAGLIARI **Data di nascita** 11/03/1967 **Telefono**

**Cellulare** 3477251365 **FAX** e-mail luisella.mondio@hotmail.com

**Qualifica** Assistente Amministrativa **Competenze** Gestione Atti Amministrativi, Referente per la formazione

**INQUADRAMENTO CCNL FORMATORI ESTERNO:** *COMPARTO*

**Ore di docenza da retribuire** Totale compenso € 0

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

FORMATORE n. 4

<b>Ruolo:</b> <i>Docente interno in orario di Servizio</i>
<b>Cognome</b> IBBA <b>Nome</b> MARIA FRANCESCA <b>Codice Fiscale</b> _____
<b>Luogo di nascita</b> _____ <b>Data di nascita</b> 02/10/1963 <b>Telefono</b> 0706093887
<b>Cellulare</b> Pagina 3665612855 <b>FAX</b> _____ <b>e-mail</b> francescaibba@asl8cagliari.it
<b>Qualifica</b> DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE AREA NURSING ASL CAGLIARI
<b>Competenze</b> ORGANIZZATIVE/ COORDINAMENTO/DIDATTICHE
<b>Inquadramento CCNL Formatori interni:</b> <i>Dirigenza</i>
<b>Ore di docenza da retribuire</b> <b>Totale compenso</b> € 0
<i>È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata</i>

FORMATORE n. 5

<b>Ruolo:</b> <i>Docente interno in orario di Servizio</i>
<b>Cognome</b> GUICCIARDI <b>Nome</b> ENRICO <b>Codice Fiscale</b> GCCNRC64L16B354C
<b>Luogo di nascita</b> CAGLIARI <b>Data di nascita</b> 16/07/1964 <b>Telefono</b> _____
<b>Cellulare</b> 3475963921 <b>FAX</b> 07047444272 <b>e-mail</b> enricoguicciardi@asl8cagliari.it
<b>Qualifica</b> INFERMIERE PROFESSIONALE ASL CAGLIARI <b>Competenze</b> ASSISTENZA INFERMIERISTICA A CARATTERE PREVENTIVO, CURATIVO E RIABILITATIVO PRESSO SERVIZIO DIPENDENZE
<b>Inquadramento CCNL Formatori Interni:</b> <i>Comparto</i>
<b>Ore di docenza da retribuire</b> <b>Totale compenso</b> € 0
<i>È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata</i>

FORMATORE n. 6

<b>Ruolo:</b> <i>Docente interno in orario di Servizio</i>
<b>Cognome</b> PISANO <b>Nome</b> GIOVANNI <b>Codice Fiscale</b> PSNGNN64P19B354Q
<b>Luogo di nascita</b> CAGLIARI <b>Data di nascita</b> 19/09/1964 <b>Telefono</b> _____
<b>Cellulare</b> 3456313159 <b>FAX</b> 07047444272 <b>e-mail</b> giovannipisano@asl8cagliari.it
<b>Qualifica</b> INFERMIERE PROFESSIONALE ASL CAGLIARI <b>Competenze</b> ASSISTENZA INFERMIERISTICA A CARATTERE PREVENTIVO-CURATIVO E RIABILITATIVO PRESSO SERVIZIO DIPENDENZE SER.D. 2
<b>Inquadramento CCNL Formatori interni:</b> <i>Comparto</i>
<b>Ore di docenza da retribuire</b> <b>Totale compenso</b> € 0
<i>È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata</i>

**Fonti di finanziamento**

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

Formazione specifica

**Riepilogo voci di spesa del corso**

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	0
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	0
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	0
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	0
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b> <i>a cura dell'Area Formazione</i>		

**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><b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p><b>ESTELLO MASSIMO DIANA</b></p> 
<p><b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p><b>IL DIRETTORE DEL SERVIZIO</b> <b>Ser.D2 - Via Liguria - CA</b> <b>Dr. Massimo Diana</b></p>

CAGLIARI, 8.4.2016