

439

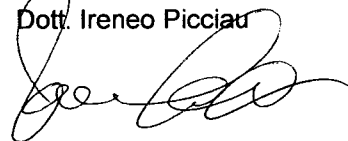
19 APR. 2016

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 | ▪ Psichiatria |
| ▪ Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | ▪ Psicoterapia |
| ▪ Neurologia | |

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

È 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

È 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

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

FORMATORE n. 4

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

FORMATORE n. 5

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

FORMATORE n. 6

Ruolo: <i>Docente interno in orario di Servizio</i>
Cognome PISANO Nome GIOVANNI Codice Fiscale PSNGNN64P19B354Q
Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 19/09/1964 Telefono _____
Cellulare 3456313159 FAX 07047444272 e-mail giovannipisano@asl8cagliari.it
Qualifica INFERMIERE PROFESSIONALE ASL CAGLIARI Competenze ASSISTENZA INFERMIERISTICA A CARATTERE PREVENTIVO-CURATIVO E RIABILITATIVO PRESSO SERVIZIO DIPENDENZE SER.D. 2
Inquadramento CCNL Formatori interni: <i>Comparto</i>
Ore di docenza da retribuire Totale compenso € 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)	
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <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>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>ESTELLO MASSIMO DIANA</p> 
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>IL DIRETTORE DEL SERVIZIO Ser.D2 - Via Liguria - CA <i>Dr. Massimo Diana</i></p>

CAGLIARI, 8.4.2016