

Allegato "A"

1321

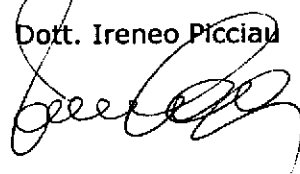
19 DIC. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"L'infermiere di comunità: il Distretto protagonista dell'assistenza".**

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

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciali



ASL8
NP.2016/27141 del 03/11/2016 ore 13,58
Mitt.: DISTRETTO 5 - Sarcidano-Barbagia ...

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 167 del 2016



Al Responsabile Area Formazione
dott. Ireneo Picciau

N. Prot. 4231 2 NOV. 2016

Oggetto: Richiesta attivazione Progetto Formativo Residenziale "L'infermiere di comunità: il Distretto protagonista dell'assistenza "

In relazione alla richiesta di attivazione del Progetto Formativo Residenziale "L'infermiere di comunità: il Distretto protagonista dell'assistenza ", si inviano in allegato i seguenti documenti:

- Richiesta attivazione Progetto Formativo Residenziale
- N. 2 richiesta di preventivo docenza
- N. 2 preventivi di spesa
- Programma del corso
- Autoindicazione di scelta come responsabile scientifico
- N. 4 indicazione di scelta del docente
- N. 4 dichiarazioni di accettazione di incarico
- N. 4 Curriculum Vitae dei docenti
- Questionario ECM.

4

Cordiali saluti.

Senorbì, li


Il Direttore del Distretto
Dott. Maurizio Rachele

2

nao

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *L'infermiere di comunità: il Distretto protagonista dell'assistenza* "

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? NO

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	<u>12/12/2016</u>	<u>12/12/2016</u>	6 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
2 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	7 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
3 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	8 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
4 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	9 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
5 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	10 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>

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 Arancio

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Piero della Francesca Selargius

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 0 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/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 checked="" 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

8

5

Progetto Formativo

Area tematica

Area gestionale management organizzativa

Obiettivo formativo

Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisire capacità di studio e analisi dello stato di salute e dei bisogni dell'individuo in relazione alla comunità in cui è inserito

B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisire conoscenze sulla figura dell'infermiere di comunità per contribuire al miglioramento della qualità dell'assistenza erogata attraverso il suo inserimento e all'utilizzo al meglio delle risorse sociali e sanitarie disponibili

C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisire capacità per promuovere iniziative atte a favorire lo sviluppo dei fattori di prevenzione e protezione negli specifici ambiti comunitari e coordinare e gestire l'assistenza nel contesto della comunità

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

Acquisire le conoscenze sugli strumenti e sulla riorganizzazione della rete territoriale implementando l'attività con l'inserimento di un professionista con competenza infermieristiche avanzate, capace d'integrarsi con altri professionisti;

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 00 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 Rachele Nome Maurizio

Codice Fiscale ROHMVZ15H125354F Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 12/06/1985

Telefono Fare clic qui per immettere testo Cellulare 347281101 Fax 0709808881 e-mail mauriziorachele@asl8cagliari.it

Qualifica Direttore del Distretto 5 Competenze Fare clic qui per immettere testo

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Campio Nome Franca

Codice Fiscale 021 Telefono 0782820301 Cellulare 3204845521 Fax Fare clic qui per immettere testo
e-mail francacampio@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: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>05</u>	<u>45</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>01</u>	<u>15</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

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) presenza di tecnico per le proiezioni e l'uso dei microfoni

7

FORMATORE/TUTOR n. 1Ruolo Docente EsternoCognome Gentili Nome GilbertoCodice Fiscale GNTGBR58M06D749I Luogo di nascita Fossombrone (PU) Data di nascita 06/08/1958Professione ECM medico Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo

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 Direttore generale Asl AlessandriaInquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 007 Totale compenso € 700,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 003 Totale spesa rimborso pasti € 83,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 001 Totale spesa pernottamento €110,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 400,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Docente EsternoCognome Duò Nome FedericaCodice Fiscale DUO FRC 83 H 45 A 326 D Luogo di nascita Aosta Data di nascita 05/06/1983Professione ECM infermiera Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testoTelefono Fare clic qui per immettere testo Cellulare 3405771542 Fax Fare clic qui per immettere testo e-mailFDUO@ausl.vda.it Qualifica Presidente CARD Valle d'AostaInquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 007 Totale compenso € 700,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 003 Totale spesa rimborso pasti € 83,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 001 Totale spesa pernottamento € 110,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 400,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 3**Ruolo Docente EsternoCognome Manconi Nome AnnaCodice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo Data di nascita 05/10/1950Professione ECM medico Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testoTelefono 079632023 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo e-mailanmanconi@aslolbia.it Qualifica Direttore del Distretto di Tempio PausaniaInquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

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 001 Totale spesa rimborso pasti € 27,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 4**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome Ibba Nome Maria FrancescaCodice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita 02/10/1963

8

Professione ECM infermiere Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo
Telefono Fare clic qui per immettere testo Cellulare 3665612855 Fax Fare clic qui per immettere testo e-mail
francescaibba@asl8cagliari.it Qualifica Direttore SC Area Nursing ASL Cagliari
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 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 €0
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilità 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 fonti di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1400,00
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)	€ 193,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 800,00
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>		€ 2.785,15

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input checked="" 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 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 style="font-size: 0.8em;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">MAURIZIO RACHELE</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p style="font-size: 0.8em;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.9em;">AZIENDA U.S.L. N.8 - CAGLIARI DISTRETTO n.5</p> <p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">Servizio Sanitario di Sestu e Trentu Il Direttore: Dr. Maurizio Rachele</p> <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive; text-align: center;">Maurizio Rachele</p>