



ALL. B

SCHEDA DI DETTAGLIO DEL PERCORSO FORMATIVO

Avviso pubblico “Sostegno al Percorso di Formazione dei Liberi Professionisti e Lavoratori Autonomi”, a valere sul POR Campania FSE 2014-2020, Asse III “Istruzione”, Obiettivo Specifico 14 “Accrescimento delle competenze della forza lavoro e agevolazione della mobilità, dell’inserimento/reinserimento lavorativo”, Azione 10.4.2

1. SOGGETTO RICHIEDENTE

Nome

Cognome.....

Professione

svolta.....

Iscrizione ad albi e/o

collegi.....

Eventuali esperienze professionali

precedenti.....

Eventuali iniziative formative ritenute significative e/o pubblicazioni...)

.....

2. DATI DEL PERCORSO FORMATIVO



Denominazione: **“Il Management del territorio: l’Infermiere di famiglia”**. 1^a Edizione

Tipologia del percorso formativo: **Corso professionalizzante di alta formazione co-finanziato**

Durata del percorso in ore: **450 ore di cui 350 ore di stage.**

Attestazione finale rilasciata: **Infermiere di famiglia casemanager.**

attestato di frequenza X attestato di qualifica master I livello master II livello



Ente erogatore dell'attività formativa:

Denominazione: **Collegio IP.AS.VI. Benevento** in partnership con l'ASL di Benevento e **APS MAYA Salute è Benessere” ONLUS**

Via E. Caggiano n. 18 Città: Benevento CAP 82100

Tel. 0824310911 Fax 0824359980 Email: ipasvibn@alice.it; PEC: benevento@ipasvi.legalmail.it

Sede di svolgimento del corso:

ASL Benevento

Via Oderisio n. 1 Città: Benevento CAP 82100

Tel. 0824310901 Fax 0824359980 Email: ipasvibn@alice.it; PEC: benevento@ipasvi.legalmail.it

Tipologia di ente erogatore dell'attività formativa:

- Agenzia formativa accreditata dalla Regione Campania ai sensi della D.G.R. n. 242 del 22 luglio 2013 e ss.mm.ii., ovvero da altra Regione
- Ordine professionale
- Collegio professionale
- Associazione professionale inserita nell'elenco di cui alla Legge n. 4/2013
- Soggetto erogante percorso formativo accreditato dall'ordine/collegio/associazione di cui alla Legge n. 4/2013 (*indicare ordine/collegio/associazione*) _____
- Provider accreditato riconosciuto dalla Commissione AGENAS
- Università/Scuola di alta formazione italiana in possesso del riconoscimento del MIUR che la abilita al rilascio del titolo di master
- Università/Scuola di alta formazione pubblica di altro Stato comunitario o riconosciuta da autorità competente dello Stato comunitario e da questa abilitato per il rilascio del titolo di master



3. CARATTERISTICHE DEL PERCORSO FORMATIVO

Contenuti del percorso (*indicare i contenuti del percorso formativo, le conoscenze e capacità che si acquisiscono a conclusione del percorso formativo*)

I Professionisti Infermieri al termine del percorso formativo saranno in grado di assistere e prendersi cura dei pazienti cronico-fragili con patologie plurime senza necessità di ricovero ospedaliero.



Articolazione didattica (*descrivere l'articolazione didattica del percorso in UF/moduli formativi*)

100 ore di lezione frontale con utilizzo di tecniche didattiche interattive in 5 moduli, distribuite in sei week-end dal 12/01/2018 al 17/02/2018.

MODULO 1 IL SISTEMA SOCIO - SANITARIO

IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E DI REGIONE CAMPANIA
ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE SOCIO SANITARIA DI REGIONE CAMPANIA
RUOLO INFERMIERISTICO NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL CONTESTO ATTUALE
CRITICITA' ATTUALI E PROSPETTIVE FUTURE
STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA

MODULO 2 LA RELAZIONE ASSISTENZIALE

ELEMENTI DI PSICOLOGIA CLINICA
TECNICHE DI COUNSELLING
PNL (PROGRAMMAZIONE NEURO - LINGUISTICA)

MODULO 3 GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI: Il Cronic care Model

LA GESTIONE INTEGRATA DELLA CRONICITA'
LE PATOLOGIE CRONICHE
IL CRONIC CARE MODEL

MODULO 4 MODELLO ORGANIZZATIVO DI PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA E GESTIONE DELLA CRONICITA': L'INFERMIERE DI FAMIGLIA

IL MODELLO OPERATIVO
LA CARTELLA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA E L'UTILIZZO DEI SUSSIDI INFORMATICI
GLI STRUMENTI OPERATIVI
I PERCORSI ASSISTENZIALI PER LE PRINCIPALI PATOLOGIE CRONICHE
LA PRESA IN CARICO E IL FOLLOW UP
LA PRESA DI DECISIONE E IL PROBLEM SOLVING
LA RETE E LA GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE

MODULO 5

LA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA
LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

350 ore totali di formazione sul campo, dal 19/02/2018 al 14/08/2018, presso i distretti ASL identificati.

I discenti saranno dotati di tablet con cartella infermieristica territoriale informatizzata.

Metodologie (descrivere le metodologie utilizzate per l'erogazione del corso, es. aula formazione collettiva, aula formazione individuale, etc.; le verifiche di apprendimento; evidenziare la coerenza/adequatezza rispetto alla tipologia di percorso)

Aula formazione collettiva per la didattica frontale con verifica dell'apprendimento mediante questionari a risposta multipla e/o prove scritte ed orali. Formazione sul campo con tutor.

Per il tipo di competenze richieste è evidente che la parte riservata alla formazione sul campo sia preponderante rispetto alle nozioni teoriche di base.



Coerenza fra il percorso formativo e la propria professione

Il corso è riservato esclusivamente ai Laureati Infermieri disoccupati o con contratti a termine e liberi professionisti titolari di partita IVA.

La formazione consentirà agli stessi di migliorare la qualità dell'assistenza erogata attraverso l'inserimento nella rete sanitaria di un professionista capace di aiutare a prevenire i problemi di salute, di educare le persone alla scelta di stili di vita sani, di sostenerle nel potenziamento delle proprie capacità di autocura e di risoluzione dei problemi con l'obiettivo parallelo di un miglior utilizzo delle risorse sociali e sanitarie disponibili.

Coerenza con gli ambiti di intervento indicati nell'avviso all'art.3

Il corso tende allo sviluppo culturale e professionale dei Professionisti Infermieri ed è coerente con i nuovi orientamenti assistenziali che tendono a spostare sempre più l'asse degli interventi dalle strutture ospedaliere all'ambito territoriale. I moduli formativi dovranno rinforzare le conoscenze necessarie aprendo nuovi scenari e prospettive professionali mediante l'incremento specifico del know-how personale.

SOTTOSCRIZIONE SCHEDA

Il/la sottoscritto/a, in qualità di soggetto
 richiedente il contributo, nato/a a prov.
 il..... residente in via
 n..... CAP..... tel. e domiciliato in
 via..... n..... CAP.....
 C.F.
 tel. cell..... e-mail.....
 PEC.....

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del DPR 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità



DICHIARA

che le informazioni fornite nella presente scheda corrispondono a verità.

Data,

FIRMA
