

## Allegato "A"

### Approvazione Progetto Formativo Aziendale: "Operatori nel percorso adottivo dal pre al post: Sapere, saper fare, saper essere"

Il presente allegato è composto da n° 8 fogli di  
n° 8 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciaù



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1334 DEL 24 OTT. 2016

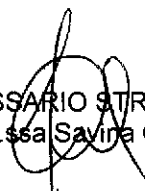
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott.ssa Savina Ortu)



ASL8  
NP.2016/25440 del 13/10/2016 ore 11,02  
Mitt.: Consulteri Area Vasta

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fase.: 157 del 2016



Al Responsabile Area Formazione  
Dott. Ireneo Picciau

Sede

Oggetto: Richiesta attivazione Progetto Formativo Residenziale "Operatori nel percorso adottivo dal pre al post: sapere, saper fare, saper essere".

Con riferimento all'oggetto si inviano in allegato i seguenti documenti:

- Scheda di attivazione corso;
- Indicazione scelta dei docenti;
- Accettazione incarico da parte dei docenti;
- Programma del corso.

Cordiali saluti

Distretto Sociosanitario 1  
CAGLIARI - AREA VASTA  
ASLCagliari

Direttore: *Giuseppe Frau*  
Direttore del Distretto Sociosanitario 1  
Cagliari - Area Vasta  
Dott. Giuseppe Frau



4

Cagliari 07/10/2016

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: " Operatori nel Percorso adottivo dal pre al post: Sapere, saper fare, saper essere "**

**Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI  
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante**

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**

*Se "SI" indicare l'importo € 000,00*

**Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? SI**

*Se "SI" indicare la denominazione Orientare Associazione Culturale, in qualità di Assistenza tecnica Plus Cagliari*

**Numero di edizioni previste**

	Data inizio	Data fine
Prima edizione	<u>08/11/2016</u>	<u>29/11/2016</u>
Seconda edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
Terza 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.**

**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 si, indicare l'indirizzo:**

**Sede Comune di Cagliari - Ex Distilleria**

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap Cagliari/ Via Ampere/ n°2/ 09134**

## Partecipanti

### Numero di partecipanti per edizione 20 Totale Partecipanti 20

- 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. 4 operatori di altri Enti Pubblici/Privati/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



4

**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                                     |  |

*Handwritten mark*

**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

*Handwritten mark*

## Progetto Formativo

Area tematica

Area materno infantile

Obiettivo formativo

Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale

Finalità:

### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Le conseguenze delle esperienze preadoptive: teoria e prassi;

Le conseguenze delle esperienze preadoptive: teoria e prassi;

La Teoria attaccamento applicata all'adozione: teoria e prassi;

Modalità di funzionamento del trauma, la dissociazione e i contributi terapeutici;

Il saper essere dell' operatore.

### B - Acquisizione competenze di processo:

Integrazione multiprofessionale e multistituzionale nel sostegno del minore adottivo e della sua famiglia (Servizi, Scuola, Tribunale);

Integrazione tra percorsi di preparazione delle coppie aspiranti l'adozione, abbinamento e postadozione.

### C - Acquisizione competenze di sistema:

Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure di sostegno al minore adottivo e alla sua famiglia alla luce dell'approccio al trauma e alle EIS;

Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure di sostegno all'accoglienza dei minori adottati a scuola;

Linee guida e strumenti di sistema per il lavoro educativo a sostegno dei ragazzi adottati.

*\* 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 Fancello Nome Luciana

Codice Fiscale FNCLCN58B59E788Z Luogo di nascita Macomer Data di nascita 19/02/1958

Telefono 0706095006 Cellulare 3287869548 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail lucianafancello@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente Psicologo Competenze Psicologo Psicoterapeuta

Referente della segreteria organizzativa

Cognome D'Ambrosio Nome Alessandro

Telefono 070 6670168 Cellulare 3939108772 Fax 070 6851832 e-mail Alessandro.dambrosio@pluscagliari.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: 27 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>0</u>	<u>0</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>12</u>	<u>30</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>04</u>	<u>30</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>03</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>05</u>	<u>30</u>
Role - Playing	RP	<u>01</u>	<u>30</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) Fare clic qui per immettere testo.

7

### FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Esterno

Cognome Mazzonis Nome Gregorio

Codice Fiscale MZZGCR66H14E625V Luogo di nascita LIVORNO Data di nascita 11/06/1966

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3355463298 Fax 0289500485 e-mail calamz@fiscali.it Qualifica

Rsicologo - Psicoterapeuta

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 16 Totale compenso € 1.600,00

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

Numero Pasti 03 Totale spesa rimborso pasti € 75,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 80,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 164,54

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

### FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Ghessa Nome Antonella

Codice Fiscale GHSMT55J1G109H Luogo di nascita OROSEI Data di nascita 01/11/1955

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3338136147 Fax Fare clic qui per immettere testo e-mail

mariaantonellaghessa@asl8cagliari Qualifica Assistente sociale

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 € 000,00

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

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

### FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Esterno

Cognome Manieri Nome Joyce Flavia

Codice Fiscale MNRJCF74R4385010 Luogo di nascita ROMA Data di nascita 03/10/1974

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3286106141 Fax Fare clic qui per immettere testo e-mail

ioflamanieri@gmail.com Qualifica Psicologa - Psicoterapeuta

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 8 Totale compenso € 800,00

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

Numero Pasti 1 Totale spesa rimborso pasti € 25,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 96,02

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

### FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Tutor Esterno

Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.



### Fondi 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 costi di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	
B	Stima costi accreditamento ECM	€ 500,00
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B)</b>		<b>€ 500,00</b>

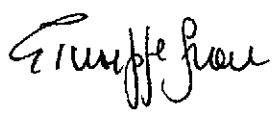
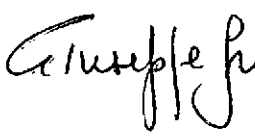
### Macrostruttura di appartenenza

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Coordinamento distretti             | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco        |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi                    | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione    |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici                 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118                         | <input type="checkbox"/> P.O. Marino                 |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza                 | <input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico          |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe           |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff                                     | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino         |
| <input type="checkbox"/> DASS Accredimento Strutture Sanitarie          | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità     |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari         | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi                |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze                        | <input type="checkbox"/> P.O. Businco                |



### 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>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	 <p>Distretto Sociosanitario <b>CAGLIARI - AREA VASTA</b> <b>ASL Cagliari</b> Direttore: <i>Giuseppe Frau</i></p>

**DIRETTORE SANITARIO**  
Dott. Pier Paolo Pani

*Alvane Tilocca*

9