

## Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo:  
**"L'APPROCCIO ECOLOGICO SOCIALE al  
disagio spirituale(metodo Hudolin): i  
nuovi orizzonti dei programmi territoriali  
per la promozione e protezione della  
salute".**

Il presente allegato è composto da n° 10 fogli di  
n° 10 pagine

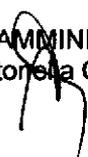
IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE  
Dott. Ireneo Picciau



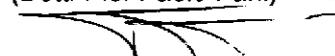
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1405 DEL 15 NOV. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott.ssa Savina Ortu)



AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
18 OTT. 2016	
SEGNA COME VISTO	

ASL8

NP/2016/ 0025394 del 13/10/2016 ore 09,17

Mittente : Promozione della Salute

Assegnatario : DIREZIONE GENERALE

Classifica : 1.5.7



Al Sig. Commissario Straordinario  
E.p.c Al Sig. Responsabile dell'Area  
Formazione ASL Cagliari

Oggetto: Attivazione Progetto Formativo

In seguito alla valutazione delle esigenze formative in ambito di Promozione e Protezione della Salute si chiede l'autorizzazione all'attivazione del Progetto Formativo Aziendale dal Titolo: **L'APPROCCIO ECOLOGICO SOCIALE AL DISAGIO SPIRITUALE (metodo Hudolin): I nuovi orizzonti dei programmi territoriale per la promozione e protezione della salute** " non incluso fra i corsi di formazione del Piano Formativo Aziendale 2016.

Si precisa che per l'evento formativo non è previsto l'Accreditamento ECM e non sono previsti altri costi poiché tutti i formatori svolgeranno le attività formative a titolo gratuito.

Distinti Saluti

Il Responsabile del Servizio  
Promozione della Salute

Data  
Cagliari 12/10/2016

D.ssa Silvana Tilocca  
*Silvana Tilocca*

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott.ssa Safina Ortu

*Safina Ortu*  
18/10/16

serv. Prom. e Salute  
Area Formazione

2

CS

ASL8

NP/2016/ 0025889 del 19/10/2016 ore 09,51

Mittente : Promozione della Salute

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1.5.7.



Al Responsabile dell'Area Formazione  
ASL Cagliari

**Oggetto: Richiesta di attivazione Progetto Formativo**

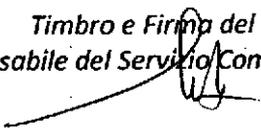
Il/La sottoscritto/a D.SSA SILVANA TILOCA Responsabile del SERVIZIO PROMOZIONE DELLA SALUTE  
committente del Progetto Formativo dal titolo:

**"L'APPROCCIO ECOLOGICO SOCIALE AL DISAGIO SPIRITUALE (metodo Hudolin):  
I nuovi orizzonti dei programmi territoriale per la promozione e protezione della salute"**

chiede che venga attivato e accreditato ECM il progetto formativo succitato e a tal fine trasmette in allegato i seguenti documenti:

- Richieste di attivazione del progetto formativo;
- Autorizzazione da parte della Direzione Aziendale allo svolgimento del Progetto Formativo (Solo per i progetti non inclusi nel Piano Formativo Aziendale dell'anno in corso);
- Autorizzazione da parte della Direzione Aziendale a svolgere l'incarico di docenza (Solo nel caso in cui l'indicazione di scelta del docente fosse rivolta a formatori non iscritti all'Albo Aziendale);
- Programma dei corso;
- Moduli di Indicazione di scelta docente;
- Moduli di accettazione di incarico;
- Modulo di accettazione di incarico come Responsabile Scientifico;
- Moduli di Auto Indicazione di scelta come docente e dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (solo nel caso in cui il committente del Progetto Formativo svolga attività come docente/co-docente/tutor).

Timbro e Firma del  
Responsabile del Servizio Committente



3

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: “ L’APPROCCIO ECOLOGICO SOCIALE AL DISAGIO SPIRITUALE (metodo Hudolin): I nuovi orizzonti dei programmi territoriale per la promozione e protezione della salute ”**

**Si richiede l’accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? NO**  
**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
1ª Edizione	<u>12/11/2016</u>	<u>12/11/2016</u>	6ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
2ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>	7ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
3ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>	8ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
4ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>	9ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
5ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>	10ª 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 si, indicare l’indirizzo:**

**Sede Centro Polivalente Area Tre**

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) Cagliari via Carpaccio 16**

4

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 60 Totale Partecipanti 60

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 10 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 10 operatori di altre ASL -  Aperto a n. 30 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

4

5

**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

## Progetto Formativo

### Area tematica

Area prevenzione e promozione della salute

### Obiettivo formativo

Epidemiologia – prevenzione e promozione della salute

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisizione di competenze tecnico- professionali relative al disagio e alla promozione e protezione della salute

#### B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisizione di competenze relative all'applicazione del metodo e all'operatività nei club alcolologici territoriali

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisizione di competenze relative all'interrelazione multiprofessionale e al lavoro e al lavoro di rete territoriale con particolare attenzione alla promozione e protezione della salute

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

- 1) Clima di lavoro e comunicazione: Costruzione di una comunicazione ecologica; 2) Conoscenze e competenze tecniche: sviluppo delle conoscenze e competenze sull'accoglienza e l'orientamento alla soluzione delle problematiche legate al disagio esistenziale, 3) Metodologie e procedure operative: Sviluppo delle conoscenze relative all'approccio ecologico sociale al disagio spirituale.

#### E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 6 dal corso

*\* i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*



### Responsabile scientifico del progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome Tilocca Nome Silavana

Codice Fiscale TLCSVN54B54A007Q Luogo di nascita ABBASANTA Data di nascita 14/02/1954

Telefono 070/47443918 Cellulare 3294104978 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail promozionesalute@asl8cagliari.it

Qualifica MEDICO Competenze IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Melis Nome Caterina Anna

Codice Fiscale MLSCRN62A51L924A Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3394768448 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail caterinaannamelis@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: 10 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>02</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>00</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>01</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>02</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>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>01</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>01</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) Fare clic qui per immettere testo.

8

**FORMATORE/TUTOR n. 1**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Carcangiu Nome Giampaolo

Codice Fiscale CRGGPL58H11B354E Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 11/06/1958

Professione ECM MEDICO Disciplina ECM FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3388141348 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail

giampaolocarcangiu@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente medico

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

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

4

8

### 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 voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
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)	€
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€

### Macrostruttura di appartenenza

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti                        | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze             |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi                    | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco                |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici                 | <input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118                         | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale         |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza                 | <input type="checkbox"/> P.O. Marino                         |
| <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 Accreditamento Strutture Sanitarie        | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità             |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari         | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi                        |

### Si dichiara 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

<b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	SILVANA TIROCCA
<b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice)	