

Allegato "A"

Approvazione Evento Formativo Residenziale:
**"LA CONDUZIONE DEI GRUPPI FAMIGLIA-
RISORSA E FAMIGLIE-UTENTI: I COMPITI
DEL FACILITATORE"**

Il presente allegato è composto da n° 4 fogli di
n° 4 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 335 DEL 14 APR. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)



ASL8

NP/2015/ 0037122 del 17/12/2015 ore 08,48

Mittente DISTRETTO 3 - Quartu-Parteolla

Al Responsabile dell'Area Formazione
Dott. I. Picciau

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1.5.7



Oggetto: Scheda e documentazione dell'evento formativo

**la conduzione dei gruppi famiglia-risorsa e famiglie-utenti: i compiti del
facilitatore**

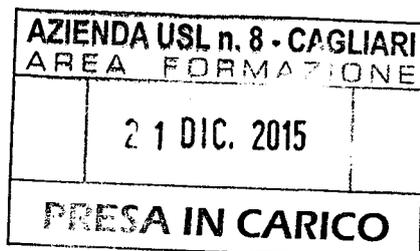
- *S'invia la scheda di attivazione del corso in oggetto: n°1 documento*

corredata da:

- *Scelta e accettazione Docente, Tutor, Responsabile Scientifico: n° 6 documenti*
- *Preventivo docenza e spese: n° 2 documenti*
- *Scheda Prova Orale: n° 1 documento*

Il Responsabile Scientifico

Anita Frau

2

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *la conduzione dei gruppi famiglia-risorsa e famiglie-utenti: i compiti del facilitatore* "

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

Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale

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	12/04/2016	14/04/2016	6 ^a Edizione	/ /	/ /
2 ^a Edizione	/ /	/ /	7 ^a Edizione	/ /	/ /
3 ^a Edizione	/ /	/ /	8 ^a Edizione	/ /	/ /
4 ^a Edizione	/ /	/ /	9 ^a Edizione	/ /	/ /
5 ^a Edizione	/ /	/ /	10 ^a 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. 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 area formazione

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) cagliari via caravaggio

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 30 Totale Partecipanti 30

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. 15 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

4

7

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 | |

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

5

Progetto Formativo

Area tematica

Area materno infantile

Obiettivo formativo

Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute

Finalità*

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

- sensibilizzazione dei processi comunicativi
 - ascolto attivo
 - gestione delle emozioni
 - gestione delle relazioni

B - Acquisizione competenze di processo:

conduzione e valutazione dei gruppi
letture dei processi interpersonali
funzioni e caratteristiche delle tecniche di facilitazione
co-costruire gruppi di auto-mutuo-aiuto

C - Acquisizione competenze di sistema:

rilevazione dei bisogni e delle risorse nei gruppi
definizione degli obiettivi e destinatari
medologie attive: trasferimento di apprendimenti

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

Potenziamento delle qualità professionali nelle iniziative di educazione alla salute e trasferimento di competenze verso gruppi di auto-mutuo-aiuto

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 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 frau Nome anita

Codice Fiscale franta60s60b354k Luogo di nascita cagliari Data di nascita 20/11/1960

Telefono 07047443066 Cellulare 3371498775 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail anitafrau@asl8cagliari.it

Qualifica dirig med. psicoterapia Competenze progettazione di educazione alla salute in ambito asl

Referente della segreteria organizzativa

Cognome anita Nome frau

Codice Fiscale franta60s60b354k Telefono Fare clic qui per immettere testo Cellulare 3371498775 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail anita frau@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: 24 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>0</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>8</u>	<u>00</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>00</u>	<u>00</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>4</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>4</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>8</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) pennarelli di vario colore:4
e fogli mobili

8

FORMATORE

Ruolo Docente Esterno

Cognome zini Nome maria teresa

Codice Fiscale ZNIMTR45R44C141J Luogo di nascita castellarano Data di nascita 04/10/1945

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3357816011 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mteresazini@gmail.com Qualifica psicologa

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 24 Totale compenso € 2400,00 + iva

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)

Numero Pasti 4 Totale spesa rimborso pasti €100,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 100x4 Totale spesa pernottamento € 400,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 300,00

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

TUTOR n. 1

Ruolo Tutor Interno fuori orario di servizio

Cognome mezzorani Nome maurizio

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

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 fisioterapista

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Tutor Esterno fascia unica € 30,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 30,00

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

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 90,00

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

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

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Scegliere un elemento.

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

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

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 Fare clic qui per immettere testo.

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

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): delibera D.G. 1332 del 21/09/2012 chiave contabile 20131

Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Si No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 2400,00 + iva € 2.928,
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 400,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 100,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 300,00
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)	€ 647,48
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 4.375,48

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>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: 1.5em; text-align: center;">VITALE PUDDU</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">  Il Responsabile f.f. UOC Distretto 3 Quartu-Partedolla (Or. Vitale Puddu) </p>

UOC Distretto 3 Quartu-Partedolla
(Or. Vitale Puddu)

22.GEN.2016 13:48 0706096876

ASL-CAGLIARI AREA FORMAZIONE

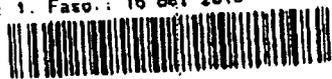


Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

ASL8
NP.2016/1814 del 22/01/2016 ore 13.36
Mitt.: Area Formazione
Ass.: DIREZIONE SANITARIA
CLASS.: 1. Fase.: 16 del 2016

Al Direttore Sanitario

Sede



Oggetto: predisposizione piano formativo per progetto riorganizzazione Consultori Distretto Quartu-Parteolla: A scuola dai genitori per i genitori.

In riferimento alla nota pari oggetto n. NP/2015/0034886 del 25.11.2015 (ma giunta a questo servizio solo in data odierna) a firma del Responsabile del Direttore del Distretto Quartu-Parteolla, in calce alla quale la S.V. indirizza a questa Area Formazione per "gli atti di competenza", si comunica quanto segue:

- Il progetto in questione gode di un finanziamento regionale e, pertanto, non graverà sul budget aziendale.
- Il Distretto di Quartu-Parteolla ha già inviato all'Area Formazione la documentazione necessaria all'attivazione del progetto e questa fornirà il supporto indispensabile alla sua realizzazione;

In attesa di eventuali ulteriori disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciardi

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
25 GEN. 2016	
SEGNA COME VISTO	

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
22 GEN. 2016
ARRIVATA

forinore
se
DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Panti
25.01.16

Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Setargius
P.I. 02261430926
www.asl8cagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
Via Caravaggio, anc. c/o CRFP
Mullinu Bocciu - Cagliari
Fax 0706083212
Tel. 0706093800-8861
E-mail: formazine@asl8cagliari.it