ASLCagliari

Direzione generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
Area Formazione

Allegato "A"

Progetto Formativo

"Audit sul rischio clinico in psichiatria"

Il presente allegato è composto di n. 14 fogli,
di n. 14 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 2208 DEL 16 DIC. 2013

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)

I L DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Simeone)

Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte e consegnata almeno 45 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto formativo residenziale.

1. Cosa?

1.1 Titolo del progetto formativo residenziale

AUDIT SUL RISCHIO CLINICO IN PSICHIATRIA

1.2 Accreditamento ECM

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? ☒ Sì | ☐ No
Se sì, potranno essere riconosciuti dal comitato tecnico regionale ECM un massimo di 50 crediti.

1.3 Tipologia

Barra una sola casella:

- ☐ *Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)*
- ☐ *Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)*
- ☐ *Conferenza (minimo 4 ore)*
- ☒ *Corso (minimo 4 ore)*
- ☐ *Retraining*

1.4 Area tematica

Barra una sola casella:

- ☐ *Area comunicazione e relazione*
- ☐ *Area cure primarie e della continuità assistenziale*
- ☐ *Area salute mentale*
- ☐ *Area materno infantile*
- ☐ *Area delle dipendenze*
- ☐ *Area riabilitazione*
- ☐ *Area oncologica*
- ☐ *Area diagnostica*
- ☐ *Area farmaceutica*
- ☐ *Area giuridico-organizzativa*
- ☒ *Area qualità e risk management*
- ☐ *Area tecnica, economico-finanziaria*
- ☐ *Area metodologica*
- ☐ *Area etica e deontologica*
- ☐ *Area specialità chirurgiche*
- ☐ *Area specialità mediche*

- ☐ *Area prevenzione*
- ☐ *Area informatica*
- ☐ *Area emergenza ed urgenza*
- ☐ *Area igiene alimenti e nutrizione*
- ☐ *Area igiene e sanità pubblica*
- ☐ *Area sicurezza luoghi di lavoro*
- ☐ *Area salute immigrati*
- ☐ *Area gestionale organizzativa*
- ☐ *Area cardiovascolare*
- ☐ *Area medicina veterinaria*

2 Perché?

2.1 Obiettivo nazionale ECM

Se stai organizzando un corso ECM, specifica un solo obiettivo corrispondente a quelli nazionali individuati dal Ministero della Salute:

- ☐ *Qualità assistenziale relazionale e gestionale nei servizi sanitari*
- ☐ *Etica e deontologia degli interventi assistenziali con riferimento all'umanizzazione delle cure,alla tutela del segreto professionale e alla privacy*
- ☒ *Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento degli interventi preventivi diagnostici, clinici e terapeutici e di misurazione dell'efficienza ed appropriatezza delle prestazione nei livelli di assistenza*
- ☐ *Formazione interdisciplinare finalizzata allo sviluppo dell'integrazione di attività assistenziali e socio-assistenziali*
- ☐ *Promozione della qualità della vita e della qualità e sicurezza dell'ambiente di vita e di lavoro*
- ☐ *Miglioramento degli stili di vita per la salute*
- ☐ *Miglioramento dell'interazione tra salute ed ambiente e tra salute ed alimentazione*
- ☐ *Tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali, compresi quelli psicologici, delle fasce deboli*
- ☐ *Promozione di una comunicazione corretta ed efficace*
- ☐ *Apprendimento e miglioramento dell'inglese scientifico*
- ☐ *Consenso informato*
- ☐ *Gestione del rischio biologico, chimico e fisico anche con riferimento alla legge 626*
- ☐ *Implementazione dell'introduzione della medicina basata sulle prove di efficacia nella pratica assistenziale*
- ☐ *Sistema informativo sanitario e suo utilizzo per valutazione epidemiologiche*
- ☐ *Formazione multi-professionale per la cooperazione alla definizione del progetto riabilitativo applicato alle diverse aree della disabilità*
- ☐ *Cultura gestionale*
- ☐ *Educazione sanitaria*
- ☐ *Bioetica in medicina*
- ☐ *Organizzazione dipartimentale*

- ☐ *Miglioramento delle conoscenze e delle competenze professionali per le principali cause di malattia con particolare riferimento alle patologie cardiovascolari, neoplastiche e geriatriche*
- ☐ *Interventi di formazione nel campo delle emergenze-urgenze*
- ☐ *Formazione in campo socio-assistenziale e per l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata*
- ☐ *Tutela della salute della donna e del bambino e delle patologie neonatali*
- ☐ *Basi molecolari e genetiche delle malattie e strategie terapeutiche correlate*
- ☐ *Formazione finalizzata all'utilizzo ed all'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici*
- ☐ *Promozione della cultura della donazione e formazione interdisciplinare in materia di trapianti d'organo*
- ☐ *Clinica e diagnostica delle malattie infettive emergenti e riemergenti patologie d'importazione*
- ☐ *Farmaco-epidemiologia, farmaco-economia e farmacovigilanza*
- ☐ *Controllo delle infezioni nosocomiali*
- ☐ *Innovazione tecnologica: valutazione,miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie bio-mediche e dei dispositivi medici*
- ☐ *Sicurezza degli alimenti*
- ☐ *Sviluppo delle attività e degli interventi di sanità pubblica veterinaria con particolare rif. all'igiene degli allevamenti e delle produzioni animali,alla sanità animale ed alligene degli alimenti di origine animale*
- ☐ *Disturbi del comportamento alimentare e malattie metaboliche*
- ☐ *Implementazione della sicurezza nella produzione, distribuzione ed utilizzo del sangue e degli emoderivati*
- ☐ *Percorsi diagnostici-terapeutici nella pratica della medicina generale*
- ☐ *Progettazione ed utilizzo della ricerca clinica ed epidemiologica in medicina generale e pediatrica di libera scelta*
- ☐ *Telemedicina*
- ☐ *Innovazione tecnologica e implementazione delle abilità e manualità nella pratica della medicina generale e della pediatria di libera scelta*
- ☐ *Formazione manageriale in medicina generale e pediatria di libera scelta*
- ☐ *Aggiornamento professionale nell'esercizio dell'attività psicologica e psicoterapeutica*
- ☐ *Aggiornamento delle procedure ed attività professionali per le professioni sanitarie non mediche*
- ☐ *Percorsi assistenziali: integrazione tra ospedalizzazione,assistenza specialistica,assistenza domiciliare integrata*
- ☐ *Utilizzo delle tecnologie radianti a fini preventivi,diagnostici e terapeutici*
- ☐ *Ottimizzazione dell'impiego delle terapie termali nell'ambito delle prestazioni nel sistema sanitario nazionale*
- ☐ *Valutazione dei fondamenti scientifici e dell'efficacia delle medicine alternative o non convenzionali*
- ☐ *Prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie odonto-stomatologiche e maxillo-facciali*

2.2 Pertinenza

Motivare la pertinenza dell'evento all'obiettivo selezionato (massimo 300 caratteri, spazi inclusi):

RIFLESSIONE SUI MODELLI DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN PSICHIATRIA

3. Come?

3.1 Finalità e metodologia didattica

Per i progetti ECM indicare le metodologie didattiche utilizzate e il tempo di formazione utilizzato per ciascuna di esse in una singola edizione:

- ☒ ***A - Acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti***
  - ☒ *CD - Confronto/dibattito fra discenti ed esperto/docente/relatore:* 60 *minuti*
  - ☐ *DF - Discussione di filmati:* _____ *minuti*
  - ☐ *LG - Lavori di gruppo:* _____ *minuti*
  - ☒ *LRP - Lezioni e relazioni su tema preordinato:* 300 *minuti*
  - ☐ *TD - Tavole rotonde:* _____ *minuti*
  - ☐ *VF - Verifica apprendimento:* _____ *minuti*
- ☐ ***B -Acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche***
  - ☐ *DT - Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti:* _____ *minuti*
  - ☐ *ED - Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche:* _____ *minuti*
  - ☐ *DF - Discussione di filmati:* _____ *minuti*
  - ☐ *RP - Role playing:* _____ *minuti*
  - ☐ *VF - Verifica apprendimento:* _____ *minuti*
- ☒ ***C -Migliorare le capacità relazionali e comunicative***
  - ☐ *DF - Discussione di filmati:* _____ *minuti*
  - ☐ *LPG - Lavori a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produz. di rapporto finale:* ____ *minuti*
  - ☒ *LG - Lavori di gruppo:* 120 *minuti*
  - ☐ *RP - Role playing:* _____ *minuti*
  - ☐ *VF - Verifica apprendimento* _____ *minuti*
- ☒ ***D -Acquisire competenze di analisi e risoluzione di problemi***
  - ☐ *DT - Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti:* _____ *minuti*
  - ☐ *LPG - Lavori a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produz. di rapporto finale:* ____ *minuti*
  - ☒ *DA - Discutere con l'esperto:* 30 *minuti*
  - ☐ *VDA - Incontri di verifica a distanza dell'apprendimento:* _____ *minuti*
  - ☐ *CC - Presentazione e discussione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria:* _____ *minuti*
  - ☐ *IPE - Istruzione e presentazione e discussione di un elaborato (project work):* _____ *minuti*
  - ☐ *RP - Role playing:* _____ *minuti*
  - ☒ *VF - Verifica apprendimento:* 30 *minuti*

3.2 Programma

Si allega il programma del corso? ☒ *Sì* | ☐ *No*
Se no, non potrà essere accreditato il corso sul sistema regionale ECM.

Utilizzare esclusivamente il modello allegato, indicando i tempi coerentemente con quanto riportato al punto precedente (metodologia didattica).

3.3 Durata

Durata complessiva di una singola edizione: *(ore)* NOVE

La durata complessiva di una singola edizione deve corrispondere alla somma dei tempi precedentemente indicati (Finalità e metodologie didattiche, punto 3.1).
Nella durata della singola edizione non devono pertanto essere conteggiati eventuali coffee break, pausa pranzo, saluti iniziali/finali e la registrazione degli utenti.

3.4 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)*
- ☐ *Esame orale (allegare le domande)*
- ☐ *Prova pratica (allegare la descrizione)*
- ☐ *Project work (allegare la descrizione)*
- ☐ *Elaborati (allegare il modello)*

4. Quando?

4.1 Edizioni e date

Il progetto formativo aziendale si svolge in più edizioni? ☐ Sì | ☐ No
Se sì, indicare le date di inizio e fine, se no, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista.

Edizione numero	*Data di inizio (gg/mm/aaaa)*	*Data di fine (gg/mm/aaaa)*
1	24-03-14	24-03-14

5. Dove?

5.1 Sede di svolgimento

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? ☐ Sì | ☐ No
Se no, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione entro 30 giorni dall'inizio del corso.
Se sì, indicare l'indirizzo:

Struttura DSM CENTRO SALUTE MENTALE CAGLIARI A
Via ROMAGNA *Num.* 16
Comune/Prov. CAGLIARI *CAP* 09100

5.2 Attrezzatura

Si richiede: ☒ *Videoproiettore* | ☐ *Computer portatile* | ☐ *Lavagna a fogli mobili* | ☐ *Aula informatica*

6. Quanto?

6.1 Voci di spesa

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa riferendosi al costo di tutte le edizioni previste. Per la corretta compilazione, vedi l'allegato "Massimali e retribuzione docenti".

Docenza: € 1.322,52
Pernottamento: € 200,00
Pasti: € 354,00
Mobilità € 1.200,00
Altro (specificare) €

6.2 Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- ☐ *Formazione strategica:* €
- ☐ *Formazione di sistema:* €
- ☐ *Formazione specifica:* €
- ☐ *Sponsor non commerciali:* €
- ☐ *Sponsor commerciali:* €
- ☐ *Quote di iscrizione:* €

Se formazione specifica, indicare la ripartizione della spesa per area contrattuale:

Area contrattuale	*Comparto*	*Dir. Med e Vet.*	*Dir. STPA*
Spesa	€ 1.629,60	€ 1327,14	€ 139,78

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? ☐ Sì | ☐ No

7. Chi?

7.1 Partecipanti

Numero massimo dei partecipanti: 25

Professione
Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni e il numero dei rispettivi partecipanti:

☐ ***Professioni ECM (sanitarie):***

- ☐ *Assistente sanitario:* _____
- ☐ *Biologo:* _____

- ☐ *Chimico:* _____
- ☐ *Dietista:* _____
- ☐ *Educatore professionale:* _____
- ☐ *Farmacista:* _____
- ☐ *Fisico:* _____
- ☐ *Fisioterapista:* _____
- ☐ *Igienista dentale:* _____
- ☒ *Infermiere:* _____
- ☐ *Infermiere pediatrico:* _____
- ☐ *Logopedista:* _____
- ☒ *Medico:* _____
- ☐ *Odontoiatra:* _____
- ☐ *Odontotecnico:* _____
- ☐ *Ortottista/assistente di oftalmologia:* _____
- ☐ *Ostetrica/o:* _____
- ☐ *Ottico:* _____
- ☐ *Podologo:* _____
- ☒ *Psicologo:* _____
- ☐ *Tecnico audiometrista:* _____
- ☐ *Tecnico audio-protesista:* _____
- ☐ *Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro:* _____
- ☐ *Tecnico della riabilitazione psichiatrica:* _____
- ☐ *Tecnico di neuro-fisiopatologia:* _____
- ☐ *Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria:* _____
- ☐ *Tecnico ortopedico:* _____
- ☐ *Tecnico sanitario di radiologia medica:* _____
- ☐ *Tecnico sanitario laboratorio biomedico:* _____
- ☐ *Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva:* _____
- ☐ *Terapista occupazionale:* _____
- ☐ *Veterinario:* _____
- ☐ *Tutte le professioni ECM:* _____

☐ ***Professioni non ECM (sanitarie-tecnico-amministrative):***

- ☐ *Analista:* _____
- ☐ *Architetto:* _____
- ☒ *Assistente amministrativo:* _____
- ☐ *Assistente religioso:* _____
- ☐ *Assistente tecnico:* _____
- ☐ *Ausiliario specializzato:* _____
- ☐ *Avvocato:* _____

- ☐ *Coadiutore amministrativo:* _____
- ☐ *Collaboratore professionale sanitario:* _____
- ☐ *Collaboratore professionale sanitario - personale della riabilitazione:* _____
- ☐ *Collaboratore professionale sanitario - personale tecnico:* _____
- ☐ *Collaboratore professionale sanitario - personale tecnico esperto:* _____
- ☐ *Collaboratore professionale assistente sociale:* _____
- ☐ *Collaboratore tecnico - professionale:* _____
- ☐ *Collaboratore amministrativo professionale:* _____
- ☐ *Commesso:* _____
- ☐ *Direttore amministrativo:* _____
- ☐ *Direttore dei servizi sociali:* _____
- ☐ *Direttore generale:* _____
- ☐ *Dirigente amministrativo:* _____
- ☐ *Geologo:* _____
- ☒ *Infermiere generico:* _____
- ☐ *Infermiere psichiatrico:* _____
- ☐ *Ingegnere:* _____
- ☐ *Masso-fisioterapista:* _____
- ☒ *Operatore socio-sanitario:* _____
- ☐ *Operatore tecnico:* _____
- ☐ *Operatore tecnico addetto assistenza (OTA) :* _____
- ☐ *Operatore tecnico specializzato:* _____
- ☐ *Personale della riabilitazione massaggiatore non vedente:* _____
- ☐ *Profilo atipico ruolo amministrativo:* _____
- ☐ *Profilo atipico ruolo professionale:* _____
- ☐ *Profilo atipico ruolo sanitario:* _____
- ☐ *Profilo atipico ruolo tecnico:* _____
- ☐ *Programmatore:* _____
- ☐ *Puericultrice:* _____
- ☐ *Sociologo:* _____
- ☐ *Statistico:* _____
- ☐ *Tutte le professioni non ECM:* _____

Nominativi

Si allegano i nominativi? ☒ *Si* | ☐ *No*
L'elenco dei partecipanti deve essere trasmesso all'Area Formazione 10 giorni prima dell'inizio dell'attività formativa. Per ogni partecipante si deve indicare nome e cognome, matricola, struttura di appartenenza, luogo e data di nascita.

7.2 Responsabile scientifico e docenti

Per il responsabile scientifico e i docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali (disponibili fra gli allegati).

Dati del responsabile scientifico:

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

Nome Dr. AUGUSTO *Cognome* CONTU
Qualifica PSICHATRA DIRETTORE DSM ASL CAGLIARI
Competenze
Telefono 0706094621 *Cellulare*
Fax 0706094640 *email*
Luogo di nascita *Data di nascita*

Si è provveduto a inviare il curriculum allegato (max 500 Kb) a formazione@asl8cagliari.it? ☐ *Sì* | ☐ *No*
Il curriculum in formato elettronico è necessario per l'accreditamento ECM.

Dati del docente:

Nome EMANUELA *Cognome* TANGOLO
Telefono *Cellulare* 3496783433
Fax *email* tangolo@performet.it
~~*Luogo di nascita*~~ MARINA ~~*Data di nascita*~~ ZAZO
~~*Ore di docenza*~~ mail marinazazo@yahoo.com *Ore codocenza*

Si è provveduto a inviare il curriculum allegato (max 500 Kb) a formazione@asl8cagliari.it? ☒ *Sì* | ☐ *No*
Il curriculum in formato elettronico è necessario per l'accreditamento ECM.

Il docente è interno (dipendente ASL8 di Cagliari)? ☐ *Sì* | ☒ *No*

Se sì, indicare:
Area contrattuale: ☐ *Dirigenza* | ☐ *Comparto* Svolgimento docenza: ☐ *In servizio* | ☐ *Fuori servizio*

Se no, indicare:
Professione: ☐ *Dipendente pubblico* | ☒ *Libero professionista titolare di P. IVA* | ☐ *Consulente senza P. IVA*
Fascia professionale (vedi scheda allegata): ☒ *A* | ☐ *B* | ☐ *C* | ☐ *D*
Per importi superiori alla fascia di appartenenza sarà necessaria l'autorizzazione della Direzione Aziendale.

7.3 Referente per la formazione della struttura organizzativa

Il referente per la formazione collabora per conto del responsabile scientifico con l'Area Formazione alla progettazione e realizzazione delle attività formative.

Dati del referente della segreteria organizzativa:

Nome MARIA CARLA *Cognome* MONTIXI
Telefono 07047443443 *Cellulare*
Fax *email*
Indirizzo

7.4 Area Formazione

L'Area Formazione supporta il responsabile scientifico e il referente per la formazione della struttura organizzativa durante la progettazione, la realizzazione e la valutazione delle attività formative.

Indicare il proprio Presidio Ospedaliero, la Macrostruttura o il Dipartimento di riferimento:

- ☐ *Coordinamento distretti (referente Area Formazione Tiziana Cotza)*
- ☐ *D.A. Servizi amministrativi (referente Area Formazione Alessandro Folleri)*
- ☐ *D.A. Servizi tecnico logistici (referente Area Formazione Alessandro Folleri)*
- ☐ *D.G. Staff (referente Area Formazione Laura Bernardini)*
- ☐ *Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari (referente Area Formazione Anna Paola Ibba)*
- ☐ *Dipartimento Dipendenze (referente Area Formazione Tiziana Cotza)*
- ☐ *Dipartimento Farmaco (referente Area Formazione Anna Paola Ibba)*
- ☐ *P.O. Binaghi (referente Area Formazione Gianfranco Mereu e Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. Businco (referente Area Formazione Laura Bernardini)*
- ☐ *P.O. Marino (referente Area Formazione Anna Paola Ibba)*
- ☐ *P.O. Microcitemico (referente Area Formazione Alessandro Folleri)*
- ☐ *P.O. San Giuseppe (referente Area Formazione Gianfranco Mereu e Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. San Marcellino (referente Area Formazione Gianfranco Mereu e Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. Santissima Trinità (referente Area Formazione Laura Bernardini)*
- ☐ *Dipartimento Prevenzione (referente Area Formazione Alessandro Folleri)*
- ☒ *Dipartimento Salute mentale (referente Area Formazione Anna Paola Ibba)*

8. Validazione della richiesta

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Area Formazione dal Responsabile della Struttura 45 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

Luogo: Cagliari **Data** (gg/mm/aaaa): - 5 NOV. 2013

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) CATERINA BURRAI

Timbro e Firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) Servizio Metrico di Diagnosi e Cura Il Direttore Struttura Complessa Caterina Burrai

Si rimanda al 24.3.2014
x accreditamento - [illegible]

ASLCagliari

Dipartimento di Salute Mentale

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
11 NOV. 2013
ARRIVATA

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura I°
PRESIDIO OSPEDALIERO SS. TRINITA' - A.S.L. N° 8
SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA

Prot. 572
/zf

Cagliari, - 5 NOV. 2013

OGGETTO: Richiesta autorizzazione del corso di formazione per gli operatori del SPDC 1 - utilizzo Budget 2013 Formazione Specifica.

ASL8
NP/2013/ 0043227 del 11/11/2013
Mittente Servizio Pschiatria Diagnosi e Cur
Assegnatario DIREZIONE SANITARIA
Classifica 2

Al Sig. DIRETTORE SANITARIO
- SEDE -

e, p.c. Al Sig. RESPONSABILE
Sviluppo Organizzativo
e Valutazione del Personale
Area Formazione – SEDE

e, p.c. Al Sig. DIRETTORE DSM
- SEDE -

Area Formazione
Resp. DSM
x un parere

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)

Si chiede l'autorizzazione per la realizzazione del corso di formazione **"Audit sul rischio clinico in psichiatria"**, avente come destinatari gli operatori di questo SPDC 1 con l'utilizzo del Budget 2013 di formazione specifica di questa U.O.C.

Il corso si dovrebbe tenere il **13.01.2014,** l'obiettivo del corso è l'aggiornamento sul tema *"rischio clinico e modelli di gestione del rischio in psichiatria"*.

La scrivente ha scelto come fornitore dell'evento la Società Per Format (nelle Dr.sse Tangolo e Zazo), in quanto garantisce la presenza di docenti esperti specializzati in audit sul rischio clinico e gestione di casi complessi in psichiatria.

Si allega il programma del corso e la modulistica compilata per un corso residenziale.

Si resta in attesa di un cortese e sollecito riscontro che permetta a questa U.O.C. l'utilizzo del Budget di formazione specifica entro i tempi previsti.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA
(Dr.ssa Caterina Burrai)

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
14 NOV. 2013

Asl Cagliari
Sede Amm.va: Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

Dipartimento di Salute Mentale
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura I°
Via Is Mirrionis, 92 - 09121 Cagliari
Tel 070/6095921 Fax 079/6095914
Il Direttore Struttura Complessa Dr.ssa Caterina Burrai
Ref. Uff. Amm.vo Zinea Falqui (070/6095916)

ASLCagliari

Dipartimento di Salute Mentale

ASL8
NP/2013/ 0043012 del 08/11/2013 ore 10,22
Vittoria DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPE
Assegnazione DIREZIONE GENERALE
Lettera: 27

Al Direttore Generale
Al Direttore Sanitario
Al Direttore Amministrativo
e, p.c. Al Responsabile dell'Area Formazione

Oggetto: Richiesta di autorizzazione, in deroga di spesa del budget di formazione specifica dell'anno 2013, nell'anno 2014.

L'anno 2013 ha visto il susseguirsi di eventi di forza maggiore che hanno impedito la normale attuazione dei piani formativi ideati dalle UU.OO.CC ,come l'accreditamento dell'Azienda in qualità di provider in tempi molto lunghi e l'assegnazione del budget di formazione specifica a fine agosto. Il ritardo ha provocato ad effetto domino, ulteriori ritardi nella predisposizione dei piani formativi e nella ricerca di eventi accreditati ai quali potessero partecipare gli operatori. Le UUOO, alcune, hanno scelto di proporre quegli eventi formativi che permettessero, alla maggior parte degli operatori, di formarsi. Diverse le ragioni quali l'esiguo budget assegnato ad alcune figure professionali, che non permette la loro partecipazione individuale ad un evento formativo; l' organizzazione dei turni di servizio, che esige che le richieste di partecipazione all'aggiornamento vengano fatte con largo anticipo; la disponibilità dei docenti che riorganizzano la formazione, se avvisati con un tempo congruo. Peraltro alcuni aggiornamenti clinici, come la Terapia multifamiliare, che dà risposte a pazienti gravi ed alle loro famiglie, offrono continuità alle attività dei servizi perché permettono al personale discente, di operare e contemporaneamente formarsi. Nel caso specifico della Terapia di gruppo multifamiliare, la formazione viene erogata nel "vivo" delle terapie con pazienti e familiari e necessita, pertanto, di uno svolgimento in tempi lunghi e frammentati (ovvero moduli che si ripetano nel corso dell'anno). Le Unità Operative hanno consegnato velocemente nei tempi richiesti le loro proposte, privilegiando quella formazione che con più urgenza si percepisce necessaria nello svolgimento delle quotidiane attività lavorative. Al fine di permettere a tutte le UU.OO.CC di portare avanti la formazione rimandata durante l'anno 2013 si chiede che il budget di formazione specifica loro assegnato ad agosto 2013 , venga impegnato e speso in deroga anche nel 2014 (con accreditamento degli eventi così come già richiesto all'Area Formazione, nella formulazione del piano formativo 2013/2014). Si allega la tabella riassuntiva dei progetti.

Distinti saluti

Dr.Augusto Contu
Direttore DSM

prego procedere

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)

Al Sig. Resp.le Area Formazione
Valutare quanto richiesto e comunicare quali eventi formativi possono essere autorizzati nel 2014

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)

Asl Cagliari
Sede: Via Pier della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02251430926
www.aslcagliari.it

Dipartimento di Salute Mentale
Via Romagna 16-09131 Cagliari
Tel 070/47443451-Fax: 070/47443451
Direttore dr. Augusto Contu

TABELLA RIASSUNTIVA EVENTI FORMATIVI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

BUDGET DI FORMAZIONE SPECIFICA

Scheda rilevazione esigenze formative 2013 da attuarsi nel 2013/2014

UUOO	Titolo	Budget
Direzione DSM		
SPDC1	"AUDIT SUL RISCHIO CLINICO IN PSICHIATRIA"	3000
Clinica Psichiatrica	Formazione del gruppo di psicoanalisi multifamiliare in clinica psichiatrica	3500
SPDC2	Gli stati confusionali: il delirium	0
SPDC2	Psichiatria di genere: la salute mentale delle donne. Gravidanza	1270
SPDC2	"La catena di sopravvivenza"- Interventi sull'urgenza medica	360
SPDC2	Individuazione e presa in carico delle donne vittime di violenza di genere; il ruolo dell'SPDC nella rete di assistenza	1070
SPDC2 e Psichiatria Forense	Profilo di responsabilità dello psichiatra DSM	0
Psichiatria Forense	Aggiornamenti in psichiatria Forense: dalla perizia al progetto terapeutico	0
SPDC2	Terapia psicofarmacologica e problematiche cardiovascolari	0
Quartu	Il lavoro di gruppo nella pratica territoriale	3561
Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcolcorrelati	Ambiente, meccanismi epigenetici e psicopatologia dell'alcolismo	875,16
Assemini	Corso di prevenzione burnout	1920
Isili/Senorbì		
Ca A	Formazione del gruppo di psicoanalisi multifamiliare in clinica psichiatrica	3700
Ca Ovest		
		19056,16