

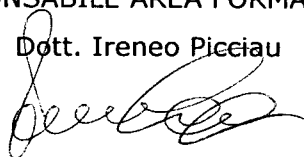
Allegato "A" 1144  
- 3 NOV. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:  
**"Accompagnare nella perdita:  
dall'elaborazione del lutto alla gestione  
della terminalità".**

Il presente allegato è composto di n. 9 fogli,  
di n. 9 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Prot. n. NP/2015/27975  
del 16/09/2015

**All'Area Formazione  
c.a. dr.ssa Tiziana Cotza**

**sede**

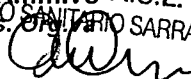
**Oggetto: Trasmissione atti per progetto formativo "Accompagnare nella perdita: dall'elaborazione del lutto alla gestione della terminalità".**

In riferimento a quanto in oggetto si trasmette il modulo relativo al progetto formativo, la dichiarazione di scelta dei docenti, completa di curriculum vitae, e accettazione degli stessi, il programma del corso, il prospetto delle spese ed il questionario.

Il corso si terrà a Muravera il 10 e 11 Novembre 2015.

Distinti saluti,

Muravera, li 16/09/2015

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA  
AZIENDA A.S.L. N° 8  
DISTRETTO SANITARIO SARRABUS/GERREI  
Tit. pos. 

(Dr.ssa Anna M. Aresu)

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	17 SET. 2015	
PRESA IN CARICO		

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto:** " *Accompagnare nella perdita: dall'elaborazione del lutto alla gestione della terminalità* "

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

Scegliere un elemento.

**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 1**

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	10/11/2015	11/11/2015	6 <sup>a</sup> Edizione	___/___/___	___/___/___
2 <sup>a</sup> Edizione	___/___/___	___/___/___	7 <sup>a</sup> Edizione	___/___/___	___/___/___
3 <sup>a</sup> Edizione	___/___/___	___/___/___	8 <sup>a</sup> Edizione	___/___/___	___/___/___
4 <sup>a</sup> Edizione	___/___/___	___/___/___	9 <sup>a</sup> Edizione	___/___/___	___/___/___
5 <sup>a</sup> Edizione	___/___/___	___/___/___	10 <sup>a</sup> Edizione	___/___/___	___/___/___

4

*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 Aula centro Giovani**

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap ) Muravera – viale Rinascita/snc/09048**

3

## 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. 0 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

*g*

*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 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 comunicazione e relazione

### Obiettivo formativo

Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

acquisire le competenze tecniche per la gestione delle diverse fasi di relazione del paziente rispetto al lutto ed alla terminalità

#### B - Acquisizione competenze di processo:

acquisire la consapevolezza delle dinamiche personali e professionali che entrano in gioco nelle varie situazioni connesse al lutto

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

acquisizione degli strumenti e delle metodologie comunicative nella gestione del lutto semplice e complesso

*\* 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 Marracini Nome Sergio

Codice Fiscale MRRSRG55T04B354I Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 04/12/1955

Telefono 070/9934809 Cellulare 3392998102 Fax 070/9934811 e-mail sergiomarracini@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente Medico di Igiene Competenze Direttore Distretto Sarrabus/Gerrei

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Aresu Nome Anna M. F.

Codice Fiscale RSANMR70D61H355H Telefono 070/9934809 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 070/9934811 e-mail annamariafortunata.aresu@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: 16 Minuti: 30

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>11</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>2</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>1</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>2</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>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.

4

**FORMATORE/TUTOR n. 1**Ruolo Docente EsternoCognome Galiazzo Nome AnnaCodice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Merano Data di nascita 30/12/1979Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3288842212 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail galiazzoanna@gmail.com Qualifica Psicologa

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 7.30 Totale compenso € 750,00Spese 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 €Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 Totale spesa pernottamento € 50,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 55,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Docente EsternoCognome Mencacci Nome ElisaCodice Fiscale MNCLSF85M41A468N Luogo di nascita Sinalunga Data di nascita 01/08/1985Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3483340245 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail elisamencacci@libero.it Qualifica Psicologa clinica

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 8.30 Totale compenso € 425,00

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

Numero Pasti 4 Totale spesa rimborso pasti €Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 Totale spesa pernottamento € 50,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 55,00*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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita 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): 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

<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1358,30
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 120,00
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 60,00
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 105,17
<b>E</b>	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM ( a cura dell'Area Formazione)	€ 266,83
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<b>€ 1910,30</b>

### Macrostruttura di appartenenza

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Coordinamento distretti<br><input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi<br><input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici<br><input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza<br><input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari<br><input type="checkbox"/> D.G. Staff<br><input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale<br><input type="checkbox"/> P.O. Marino<br><input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico<br><input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe<br><input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino<br><input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità<br><input type="checkbox"/> P.O. Binaghi<br><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 style="text-align: center;"><b>Nome e cognome</b> (in stampatello)</p> <p style="font-size: small;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: large; text-align: center;">SERGIO MARACINI</p>
<p style="text-align: center;"><b>Timbro e Firma</b> (leggibile)</p> <p style="font-size: small;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: small; text-align: center;">SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA            AZIENDA A.S.L. N° 8            DISTRETTO SANITARIO SARRABUS/GERREI</p> <p style="text-align: center;"><i>[Firma]</i></p>