

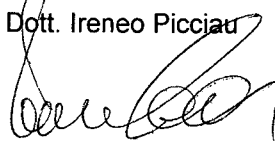
Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale
*"Formazione Psicologica Continua per Dirigenti
Medici dell'Anestesia e Rianimazione"*

Il presente allegato è composto
di n. 10 fogli, di n. 10 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Prot.
ASL CA - P.O. BUSINCO
S.S. ASSISTENZA PSICOLOGICA

Cagliari, 12/06/2015

Prot.n° 1531 del 12.06.15

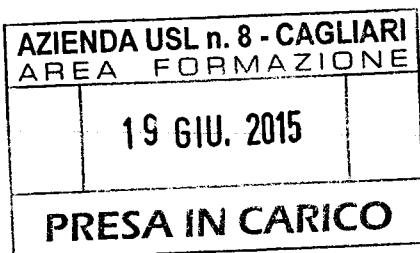
Servizio Formazione
Dott Ireneo Picciau

**Oggetto: EVENTO FORMATIVO
AZIENDALE 2015
Formazione Psicologica Continua per Dirigenti Medici dell'Anestesia e Rianimazione
P.O. Businco**

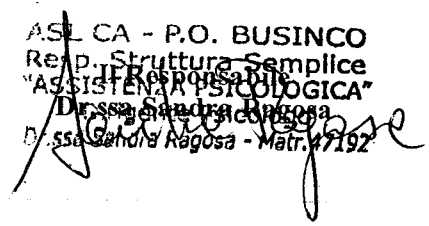
si invia in allegato quanto necessario all'attivazione del Progetto in oggetto e relativo a:

- Richiesta Attivazione Progetto Formativo dal titolo "Formazione Psicologica Continua per Dirigenti Medici dell'Anestesia e Rianimazione"
- Dichiarazione di Accettazione incarico di Responsabile Scientifico e assenza di conflitti di interesse
- Dichiarazione Accettazione Incarico di Docente e assenza di conflitti di interesse
- Auto indicazione di scelta come docente e dichiarazione di assenza di conflitto di interesse
- Calendario del corso di formazione
- Programma del corso di formazione
- Modulo relativo alla prova di valutazione finale
- Elenco dei partecipanti al corso

La sottoscritta , in qualità di docente unica del corso, svolgerà l'attività formativa in orario di servizio.



ASL CA - P.O. BUSINCO
Resp. Struttura Semplice
"ASSISTENZA PSICOLOGICA"
Dr.ssa Sandra Ragosa
Dr.ssa Sandra Ragosa - Matr. 47192



Servizio Proponente

U.O. Assistenza Psicologica

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

"Formazione Psicologica Continua per Dirigenti Medici dell'Anestesia e Rianimazione
Si richiede l'accREDITAMENTO ECM del progetto formativo residenziale?

SI

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

(cancellare le voci che con interessano)

- Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?

NO

(cancellare la voce che con interessa)

È previsto l'uso della sola lingua italiana?

SI *(cancellare la voce che con interessa)*

È prevista una quota di partecipazione?

NO *(cancellare la voce che con interessa)*

Se "SI" indicare l'importo €

000,00



Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?

NO *(cancellare la voce che con interessa)*
Se "SI" indicare la denominazione

[Empty rectangular box for denomination]

Numero di edizioni previste 1

	Data Inzio	Data fine
Prima edizione	21/09/2015	11/12/2015

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 *(cancellare la voce che con interessa)*

N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede P.O. Businco

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Jenner, Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 12 Totale Partecipanti 12
Aperto a n. 12 operatori di altri Servizi ASL

Professioni dei partecipanti

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo

Discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

- Anestesia e Rianimazione

Discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

N.B. (cancellare le voci che con intere)

Progetto Formativo

Area tematica

N.B. (indicare una sola Area Tematica, cancellare tutte le voci che con interessano)

- Area comunicazione e relazione

Obiettivo formativo

N.B. (indicare un solo obiettivo formativo, cancellare tutte le voci che con interessano)

- *Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebn – ebn – ebp)*

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Elementi della comunicazione

B - Acquisizione competenze di processo:

Dinamiche nel gruppo

C - Acquisizione competenze di sistema:

Miglioramento della qualità dell'integrazione tra gli operatori

** 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 **RAGOSA** Nome **SANDRA**

Codice Fiscale **RGSSDR51P57G337K**

Luogo di nascita **PARMA** Data di nascita **17/09/1951**

Telefono **0706095247** Cellulare **3923601478** FAX **0706095303**

e-mail **ragosa@hotmail.it**

Qualifica **DIRIGENTE PSICOLOGO RESPONSABILE U.O.** Competenze **PSICOLOGO - PSICOTERAPEUTA**

Referente della segreteria organizzativa

Cognome **CORRIAS** Nome **GIADA**

Codice Fiscale **CRRGDI81P48B354P**

Telefono **0706095247** Cellulare **3923601478** FAX **0706095303**

e-mail **sandraragosa@asl8cagliari**



- *Computer portatile*
- *Lavagna a fogli mobili*

4

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: 9 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	2	
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD		
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED		
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC		
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	5	
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	1	
Role - Playing	RP	1	

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti

cancellare tutte le voci che con interessano

- *Project work (allegare la descrizione)*

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

cancellare tutte le voci che con interessano

- *Videoproiettore*

FORMATORE/TUTOR n.

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio

Cognome Ragosa Nome Sandra Codice Fiscale RGSSDR51P57G337K

Luogo di nascita Parma Data di nascita 17/09/1951 Telefono 070

Cellulare 3923601478 FAX 0706095303e-mail ragosa@hotmail.it

Qualifica Dirigente Psicologo Responsabile U.O. Competenze Psicologa - Psicoterapeuta

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza (N.B. cancellare la voce che con interessa)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

Docente interno Comparto in orario di Servizio €5,64

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire ___ Totale compenso € _____

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio: (N.B. cancellare la voce che con interessa)

Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)

Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 ore (D.P.R. 395/88)

Numero Pasti ___ Totale spesa rimborso pasti € _____

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

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € _____

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

Fonti di finanziamento

(N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

Formazione strategica e Formazione di sistema

Formazione specifica

Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Sponsor Commerciali

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

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Sì No (N.B. cancellare la voce che con interessa)

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

4

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)	€ 350,00
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) a cura dell'Area Formazione		€ 350,00

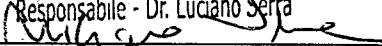
Macrostruttura di appartenenza

(N.B. cancellare tutte le voci che non interessano)

- 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

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Direttore S.C. Di Anestesia e Rianimazione Dott. Luciano Serra
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	A.S.L. 8 CA - P.O. "A. BUSINCO" UOC Anestesia Rianimazione Responsabile - Dr. Luciano Serra 

f