

Allegato "A"

263

16 MAR. 2016

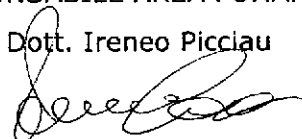
Progetto Formativo

"Gruppi di covisione nel Dipartimento di Salute Mentale"

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

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ASL8

NP/2016/ 0003552 del 09/02/2016 ore 10,25

Mittente : DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPE

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1.5.7.



Al Responsabile Area Formazione

Dr. Ireneo Picciau

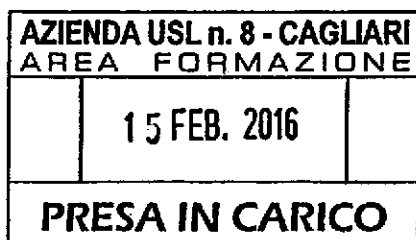
SEDE

Oggetto: Richiesta di attivazione del corso "Gruppi di covisione nel Dipartimento di Salute Mentale"

Si invia in allegato la richiesta di attivazione del corso in oggetto, destinato al personale del Dipartimento di Salute Mentale, già inserito nel piano formativo per l'anno 2016.

Distinti saluti

Dr. Augusto Contu
Direttore DSM



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: "GRUPPI DI COVISIONE NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE"

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? **SI**
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostanteCorso di aggiornamentoL'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 € 000,00Il 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
Prima edizione	15/03/2016	13/12/2016
Seconda edizione	___/___/___	___/___/___
Terza 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.

Sede di svolgimentoSi 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 CSM Ca A

Indirizzo

(Comune/via/n°civico/cap)

VIA _____ Romagna _____ 16

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 25 Totale Partecipanti 25

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/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

4

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Architetto | <input type="checkbox"/> Geologo |
| <input type="checkbox"/> Analista | <input type="checkbox"/> Infermiere Generico |
| <input type="checkbox"/> Assistente Amministrativo | <input type="checkbox"/> Infermiere Psichiatrico |
| <input type="checkbox"/> Assistente Religioso | <input type="checkbox"/> Ingegnere |
| <input type="checkbox"/> Assistente Tecnico | <input type="checkbox"/> Massofisioterapista |
| <input type="checkbox"/> Ausiliario Specializzato | <input type="checkbox"/> Odontotecnico |
| <input type="checkbox"/> Avvocato | <input type="checkbox"/> Operatore Socio-Sanitario |
| <input type="checkbox"/> Coadiutore Amm.vo | <input type="checkbox"/> Operatore Tecnico |
| <input type="checkbox"/> Collaboratore Amm.vo - Prof.le | <input type="checkbox"/> Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA) |
| <input type="checkbox"/> Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale | <input type="checkbox"/> Operatore Tecnico Specializzato |
| <input type="checkbox"/> Collaboratore Tecnico - Professionale | <input type="checkbox"/> Ottico |
| <input type="checkbox"/> Collaboratore Professionale – Sanitario
Personale della Riabilitazione | <input type="checkbox"/> Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente |
| <input type="checkbox"/> Collaboratore Professionale - Sanitario | <input type="checkbox"/> Profilo Atipico Ruolo Amministrativo |
| <input type="checkbox"/> Commesso | <input type="checkbox"/> Profilo Atipico Ruolo Sanitario |
| <input type="checkbox"/> Direttore Amministrativo | <input type="checkbox"/> Profilo Atipico Ruolo Tecnico |
| <input type="checkbox"/> Direttore dei Servizi Sociali | <input type="checkbox"/> Programmatore |
| <input type="checkbox"/> Direttore Generale | <input type="checkbox"/> Puericultrice |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Amministrativo | <input type="checkbox"/> Sociologo |
| | <input type="checkbox"/> Statistico |
| | <input type="checkbox"/> Tutte le professioni |

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia Clinica | <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Medicina Interna |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Medicina Legale |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia | <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Medicina Termale |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Nefrologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Neonatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input type="checkbox"/> Neurologia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | | <input type="checkbox"/> Oftalmologia |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | | <input type="checkbox"/> Oncologia |
| | | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base |

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Patologia Clinica
(Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) | <input type="checkbox"/> Reumatologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Pediatria | <input type="checkbox"/> Scienza dell’Alimentazione e Dietetica | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) | <input type="checkbox"/> Urologia | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Psichiatria | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Psicoterapia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia | |
| | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica | |
| | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica | |

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 salute mentale

Obiettivo formativo

documentazione clinica

Finalità

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisire competenze sulla costruzione di percorsi condivisi e di covisione per casi complessi e in carico spesso a diversi servizi, attraverso l'ottica gruppo analitica.

B - Acquisizione competenze di processo:

f

Si intende migliorare la consapevolezza e competenza dei percorsi di cura dei pazienti che presentano una complessità, attraverso il lavoro di covisione del gruppo del DSM.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Si intende far acquisire ai discenti la competenza alla condivisione e all'analisi dei problemi da trasferire al lavoro clinico della propria unità operativa e al gruppo di utenti in carico .

** 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 Contu. Nome Augusto.

Codice Fiscale CNTGST50T03B354V Luogo di nascita Cagliari. Data di nascita 03/12/1950.
Telefono 070/47443401. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail augustocantu@asl8cagliari.it
Qualifica Dirigente medico, Direttore DSM. Competenze : psichiatria.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome MONTIXI Nome MARIA CARLA
Telefono 070/47443443 Cellulare 3806422597 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mcarlamontixi@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: 32 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>02</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>10</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>14</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>06</u>	<u>30</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.

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome MANCA Nome FRANCESCA

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita 10/03/1952.

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 psichiatra.

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

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Tutor.

Cognome Montixi. Nome Maria Carla.

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita - Terralba . Data di nascita 03/04/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 psicologo.

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

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 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? Si 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	€ 490,60
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)		€ 490,60

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici
<input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118
<input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza
<input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
<input type="checkbox"/> D.G. Staff
<input type="checkbox"/> DASS Accredитamento Strutture Sanitarie
<input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
<input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco
<input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> P.O. Marino
<input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico
<input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe
<input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino
<input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità
<input type="checkbox"/> P.O. Binaghi
<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;">Nome e cognome (in stampatello)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>AUGUSTO CONTU</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	