

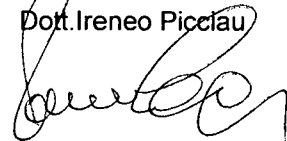
Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale
*"Formazione Psicologica Continua per Infermieri e
Operatori Socio-Sanitari dell'Ematologia"*

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

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciaù



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

Cagliari, 12/06/2015

Prot. n° 1527 del 15.05.15

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	15 GIU. 2015	
PRESA IN CARICO		

Servizio Formazione
Dott Ireneo Picciau

**Oggetto: EVENTO FORMATIVO
AZIENDALE 2015
Formazione Psicologica Continua per Infermieri e Operatori Socio-Sanitari
dell'Ematologia
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 Infermieri e Operatori Socio-Sanitari dell'Ematologia"
- 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.

Il Responsabile
ASL CA - P.O. BUSINCO
Res. Dr.ssa Sandra Ragosa
"ASSISTENZA PSICOLOGICA"
Dirigente Psicologo
Dr.ssa Sandra Ragosa - Matr. 47192

Servizio Proponente

U.O. Assistenza Psicologica

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

Formazione Psicologica Continua per Infermieri e Operatori Socio-Sanitari dell'Ematologia

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

È previsto l'uso della sola lingua italiana?

SI

È prevista una quota di partecipazione?

NO

Se "SI" indicare l'importo €

000,00

4

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?

NO

Se "SI" indicare la denominazione

Empty rectangular box for denomination.

Numero di edizioni previste 4

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	23/09/15	30/11/15
Seconda edizione	24/09/15	02/12/15
Terza edizione	28/09/15	07/12/15
Quarta edizione	30/09/15	09/12/15

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

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 09100

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 15 Totale Partecipanti 60

Aperto a n. 60 operatori di altri Servizi ASL

Professioni dei partecipanti

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

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Infermiere

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Operatore Socio-Sanitario

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

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

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

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

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

Progetto Formativo

Area tematica

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

- Area oncologica

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:

Del saper fare

B - Acquisizione competenze di processo:

Crescita del 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 Psicoterapeuta Responsabile U.O. Psicologa Competenze Psicologa - Psicoterapeuta

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Corrias Nome Giada

Codice Fiscale CRRGDI81P48B354P

Telefono 0706095247 Cellulare 3923601478 FAX 0706095303

e-mail sandraragosa@asl8cagliari

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	3	
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	4	
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
- Computer portatile

- *Lavagna a fogli mobili*

&



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 0706095247

Cellulare 3923601478 FAX 0706095303

e-mail ragosa@hotmail.it

Qualifica Dirigente Psicologo Responsabile

U.O. Competenze Psicologa

Psicoterapeuta _____

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

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

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0
Totale compenso € 0

Spese pasti docente esterno o interno fuori
dall'orario di servizio:

Numero Pasti 0 Totale spesa rimborso pasti
€ 0

Pernottamento Max €110.00 a notte/ Notti da
rimborsare _____ Totale spesa pernottamento

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni
aziendali € _____

*E 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
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)		€ 0,00
<i>a cura dell'Area Formazione</i>		<i>€ 350,00</i>

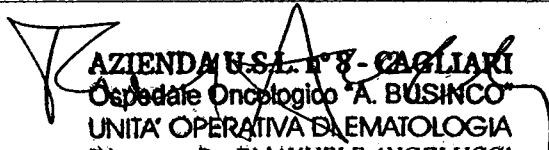
Macrostruttura di appartenenza

(N.B. cancellare tutte le voci che con 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

<p>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>Direttore del Dipartimento di Oncologia Dottore Emanuele Angelucci</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	 <p>AZIENDA U.S.L. n.8 - CAGLIARI Ospedale Oncologico 'A. BUSINCO' UNITA' OPERATIVA DI EMATOLOGIA Direttore: Dr. EMANUELE ANGELUCCI</p>