

# Allegato "A"

1117  
28 OTT. 2015

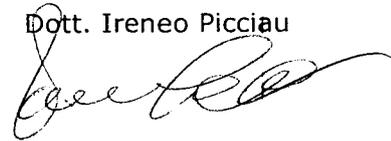
## Progetto Formativo

### "Il gruppo di psicoanalisi multifamiliare dal CSM al SPDC"

Il presente allegato è composto di n. 11 fogli,  
di n. 11 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ASL8

NP/2015/ 0027342 del 10/09/2015 ore 08,09

Mittente : DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPE

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1.5.7.



Al Responsabile dell'Area Formazione

Dr. Ireneo Picciau

Oggetto: Richiesta attivazione corso 2015 DSM .

Si invia, in allegato la richiesta di attivazione del corso *"Il gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare dal CSM al SPDC"*.

Distinti saluti

Dr. Augusto Contu

Direttore DSM



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

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**Titolo del Progetto: " *IL GRUPPO DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE DAL CSM AL SPDC* "**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**

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	04/12/2015	/ /
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 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 di urologia dell'ospedale SS Trinità**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap)** Via Is Mirrionis Cagliari

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 0 Totale Partecipanti 70

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 50 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 10 operatori di altre ASL -  Aperto a n. 10 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

### 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

**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 checked="" type="checkbox"/> Psichiatria  |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria                   | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport                                     | <input checked="" 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 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 salute mentale

**Obiettivo formativo**

Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura

**Finalità \***

**A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**

Il ruolo del gruppo di conduzione all'interno del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare

**B - Acquisizione competenze di processo:**

Introduzione del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare in un SPDC e sue specificità

**C - Acquisizione competenze di sistema:**

Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare strumento e volano per una integrazione del lavoro in un DSM

*\* 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 Trincas Nome Pierfranco

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 Direttore SPDC2 Competenze Psichiatria

**Referente della segreteria organizzativa**

Cognome Montixi Nome Maria Carla

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mcarlamontixi@asl8caqliari.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: 00 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>02</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>00</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>02</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>00</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>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.

**FORMATORE/TUTOR n. 1**Ruolo Docente EsternoCognome Cepi Nome FiorellaCodice Fiscale CPFLL57P44H501V Luogo di nascita Roma Data di nascita 05/09/1957Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3332682989 Fax 069300470 e-mail fiorella.ceppi@gmail.comQualifica psicologa psicoterapeuta

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia B € 80,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 02 Totale compenso € 130,00

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 € 0*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Docente EsternoCognome Narracci Nome AndreaCodice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Roma Data di nascita 24/04/1950Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3392075927 Fax 0663200672 e-mailandrea.narracci@hotmail.com Qualifica Psichiatra, psicoterapeuta, psicoanalista

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 01 Totale compenso € 67,00

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 € 66,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 3**Ruolo Docente EsternoCognome Russo Nome FedericoCodice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Roma Data di nascita 06/08/1961Telefono 0677308400 Cellulare 3473837109 Fax 0644441263 e-mail federusso@fastwebnet.it Qualifica psichiatra

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 001 Totale compenso € 67,00

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 € 66,00*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

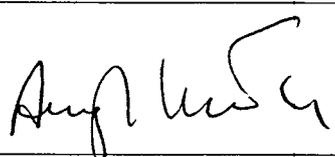
A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 264,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 132,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 172,15
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b>		<b>€ 568,15</b>

### Macrostruttura di appartenenza

- |  |  |
|--|--|
| <input 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 checked="" 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

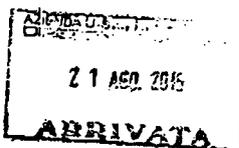
<p style="text-align: center;"><b>Nome e cognome (in stampatello)</b></p> <p style="font-size: small;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>AUGUSTO CONTU</p>
<p style="text-align: center;"><b>Timbro e Firma (leggibile)</b></p> <p style="font-size: small;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	



Direzione Generale  
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale  
Area Formazione

ASL8  
NP.2015/26039 del 21/08/2015 ore 09.18  
Mitt.: Area Formazione

Ass.: DIREZIONE SANITARIA  
Class.: 1. Fasc.: 232 del 2015



Al Direttore Sanitario  
Sede

Oggetto: richiesta autorizzazione utilizzo budget formazione specifica 2015 e accreditamento ECM..

In riferimento alla nota pari oggetto n. NP/ 25368 del 10.08.2015 (giunta a questa struttura in data 18 agosto) a firma del Direttore DSM, per la quale la S.V. richiede al sottoscritto una valutazione, si comunica quanto segue:

- La formazione in questione, che prevede la realizzazione di tre eventi formativi, verrà realizzata con l'utilizzo dei budget per la formazione specifica già assegnati alle strutture DSM, SPDC1, SPDC 2 e CSM Assemini.
- Da una verifica dei budget per la formazione specifica delle strutture in questione si evince che la somma degli stessi è sufficiente ad assicurare la copertura delle spese per l'organizzazione delle attività formative in questione.
- Di conseguenza, l'organizzazione degli eventi non comporterà alcuna necessità di integrazione al budget previsto per la realizzazione del Piano Formativo Aziendale 2015.
- L'Area Formazione è disponibile a dare ogni supporto organizzativo ed amministrativo utile alla realizzazione dell'intervento formativo, purché la documentazione necessaria giunga tempestivamente ai nostri uffici. In ogni caso, la calendarizzazione delle attività formative non potrà decorrere prima del mese di ottobre 2015, per ragioni procedurali di accreditamento ecm.

In attesa di eventuali disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau

*formazione*  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Pier Paolo Pani  
25-08-15

Sede Postale Area Formazione  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430926  
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Mulinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-6861  
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1



17 AGO 2015

Dipartimento di Salute Mentale

Prot. NP/25368 del 10.08.2015

Al Direttore Sanitario  
SEDE

13 AGO 2015

Oggetto: Richiesta autorizzazione utilizzo budget formazione specifica 2015 e accrediamento ECM.

Si invia la richiesta di autorizzazione del SPDC 2 per la realizzazione di tre corsi residenziali ("Basic Support and Defibrillation (BLSD)", "Prevenzione del suicidio", (già approvato nel piano formativo 2015) , " La psicoanalisi multifamiliare nel DSM della AS 8. Dal CSM al SPDC" ed il loro accrediamento ecm.

Il budget di formazione specifica , già assegnato per l'anno 2015 al SPDC2 di euro 1802.50 verrà ripartito nel modo seguente:

- 1 ("Basic Support and Defibrillation (BLSD)": euro 1200
- 2: "Prevenzione del suicidio", ": euro 202.50
- 3: " La psicoanalisi multifamiliare nel DSM della AS 8. Dal CSM al SPDC": euro 400

Si precisa che il corso "Prevenzione del suicidio" verrà realizzato con il budget residuo di:

- SPDC1 euro 200
- CSM Assenini euro 423
- Direzione DSM euro 390.

Per tanto tale corso usufruirà del budget di formazione specifica dei tre servizi per un totale di euro 1023,00

Distinti saluti

Dr. Augusto Contu  
Direttore DSM

Servizio Formazione  
17.08.2015

Asl Cagliari  
Sede: Via Pler della Francesca, 1 09047 Salsrigus  
c.f. e p. Iva 02261430926  
www.aslcagliari.it

Dipartimento di Salute Mentale  
Via Romagna 16-09131 Cagliari  
Tel 070/47443451-Fax: 070/47443411  
Direttore dr. Augusto Contu

11