

# Allegato "A"

1233

24 NOV 2015

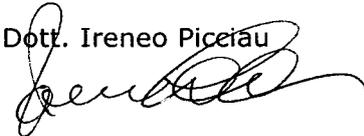
## Progetto Formativo

### "La conduzione del gruppo di psicoanalisi multifamiliare del CSM CA A"

Il presente allegato è composto di n. 12 fogli,  
di n. 12 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciaù



*Prot. N. 8 / 2015 / 26862*  
*del 06.08.2015*

Al Responsabile Area Formazione

Dr. Ireneo Picciau

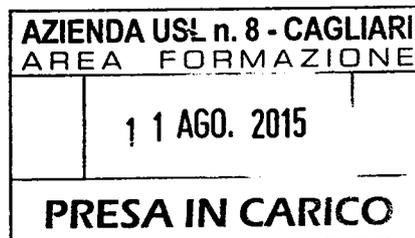
SEDE

Oggetto: Proposta Piano formativo anno 2015

Si invia in allegato la proposta del progetto formativo "La conduzione del gruppo di psicoanalisi multifamiliare del CSM CA A: approfondimenti" per il personale del Dipartimento di Salute Mentale per l'anno 2015, con richiesta di accreditamento ecm.

Distinti saluti

Dr. Augusto Contu  
Direttore DSM



**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto:** " *La conduzione del gruppo nella terapia Multifamiliare del CSM Ca :  
approfondimenti* "

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

Corso di aggiornamento

**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**

	<b>Data Inizio</b>	<b>Data fine</b>
Prima edizione	<u>28/11/2015</u>	<u>28/11/2015</u>
Seconda edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
Terza edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>

**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** CSM di CA A

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap)** Via Romagna 16

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 45 Totale Partecipanti 45

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 35 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

**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:**

Analisi delle modalità di intervento sull'individuo il gruppo e la famiglia nella psicoanalisi multifamiliare

#### **B - Acquisizione competenze di processo:**

Il processo terapeutico nel gruppo con più conduttori in riferimento ai processi familiari e gli interventi congiunti

#### **C - Acquisizione competenze di sistema:**

Il sistema delle interdipendenze negli utenti e nei loro familiari

*\* 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. 4

Cognome Contu Nome Augusto

Codice Fiscale GSTCNT53T03B354R Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 03/12/1953

Telefono 070/47443401 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail augustocontu@asl8cagliari.it

Qualifica Direttore CSM 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: 07 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>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>00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>03</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>04</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 CEPPI Nome IORELLACodice Fiscale CPPFLL57P44H501V Luogo di nascita ROMA Data di nascita 05/09/1957Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3332682989 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail fiorella.ceppi@alice.it Qualifica psicologa psicoterapeuta conduttrice di gruppi di terapia multifamiliare

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 007 Totale compenso € 500,00

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*****FORMATORE/TUTOR n. 2**

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***

A

**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**

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 500,00
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	€ 172,15
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b>		<b>€ 672,15</b>

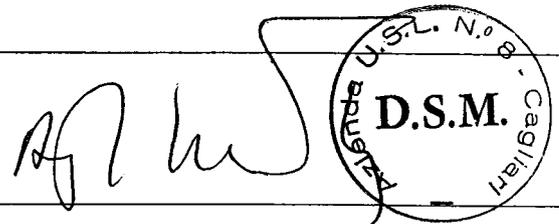
**Macrostruttura di appartenenza**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti                        | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco                   |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi                    | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione               |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici                 | <input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118                         | <input type="checkbox"/> P.O. Marino                            |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza                 | <input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico                     |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe                      |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff                                     | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino                    |
| <input type="checkbox"/> DASS Accredimento Strutture Sanitarie          | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità                |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari         | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi                           |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze                        | <input type="checkbox"/> P.O. Businco                           |

*A*

**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 align="center"><b>Nome e cognome (in stampatello)</b></p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p align="center">AUGUSTO CONTU</p>
<p align="center"><b>Timbro e Firma (leggibile)</b></p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	



Dipartimento di Salute Mentale

ASL8

NP/2015/ 0018536 del 04/06/2015 ore 08,43

Al Direttore Sanitario

Mittente: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPE

Assegnazione DIREZIONE SANITARIA

Classifica 157

SEDE



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

Si invia la richiesta di autorizzazione del Centro di Salute Mentale Ca A alla realizzazione di due corsi residenziali con budget di formazione specifica (già assegnato al CSM ca A per l'anno 2015 di euro 2318,50) e il loro accreditamento ECM. Si chiede un celere riscontro al fine di consentire la realizzazione dei corsi nei tempi previsti.

Distinti saluti

Dr. Augusto Contu

Direttore DSM



*Area Formazione DSM*

*provvede per la  
realizzazione dei progetti  
e valore sul budget di  
formazione specifica 2015*

Stampa: AZIENDA U.S.L. N. 8 - DIREZIONE SANITARIA - DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani - 4 GIU. 2015

*25-06-2015*



Dipartimento di Salute Mentale  
C.S.M. Cagliari A  
via Romagna, 16  
CAGLIARI  
tel. 07047443439  
fax 07047443410

Comunicazione trasmessa solo via FAX  
**SOSTITUISCE L'ORIGINALE**  
Al art. dell'art. 6 comma 2 - L. 412/1991

Cagliari, 21/05/2015

Prot. N. 303

Al Direttore DSM  
SEDE

ASLS

NP/2015/0018436 del 03/06/2015 ore 10,55

Mittente CSM Cagliari A

assegnando DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E

Classifico 137 Funzione R del 2015



Oggetto: Richiesta autorizzazione corsi di formazione CSM Cagliari A utilizzo Budget Formazione Specifica 2015.

Si chiede l'autorizzazione per la realizzazione dei progetti formativi con l'utilizzo del Budget 2015 di formazione specifica di questo U.O.C. di euro 2.350.

I corsi si svolgeranno entro l'anno 2015 ed avranno come destinatari gli operatori di questa U.O.C.

Si chiede pertanto:

1. L'utilizzo del budget di formazione specifica assegnata a questo U.O.C. per la realizzazione degli eventi residenziali

A) La Conduzione del gruppo nella terapia Multifamiliare del CSM Ca A: approfondimenti di euro 500.

B) Due passi nel Benessere Organizzativo (iniziale sviluppo dell'efficacia relazionale, della comunicazione interna e nella gestione dei conflitti di euro 1.850 (Primo modulo, il secondo verrà svolto con i fondi della formazione specifica del 2016)

2) L'accreditamento dei corsi non inseriti nel piano formativo già approvato per il 2015. Seguirà tutta la documentazione utile per l'attivazione del corso.

Si resta in attesa di un cortese e sollecito riscontro che permetta l'organizzazione dei corsi nei tempi previsti.

Cordiali saluti

Il direttore del C.S.M. Cagliari-A-  
Salute Mentale  
CAGLIARI  
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE  
Dr. Giuseppe Picciau

Asl Cagliari: via Ptero della Francesca, 1 09047 Selargius  
c.f. n.p. Iva 02261430926  
www.aslcagliari.it

Dipartimento di Salute Mentale  
C.S.M. Cagliari A  
Via Romagna 16, Cagliari  
Tel 070/47443439  
Fax 070/47443410



Dipartimento di Salute Mentale

Parere del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del Direttore del DSM:

E' COERENTE CON LE ATTUALI ATTIVITA' DEL SERVIZIO

Luogo: CAGLIARI

Data (gg/mm/aaaa): 03.06.2015

Nome e cognome (in stampatello)

Dr Augusto Contu

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

Timbro e firma (leggibile)

Il Direttore DSM  
Dott. Augusto Contu

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

\_\_\_\_\_