ASLCagliari

Direzione generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
Area Formazione

Allegato "A"

1007
27 SET. 2016

Progetto Formativo

"Supervisione dei Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare"

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

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ASLCagliari

Dipartimento di Salute Mentale

ASL8
Prot. 2016/78658 del 21/07/2016 ore 13,57
Mitt.: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP...
Ass.: Area Formazione
Class.: 1.5.7.

Al Responsabile Area Formazione

D.r. Ireneo Picciau

Oggetto :Attivazione Progetto Formativo Aziendale "Supervisione dei gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare"

In relazione all' oggetto, al fine di poter procedere all'attivazione del Progetto Formativo Aziendale "Supervisione dei gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare"

si trasmette in allegato la seguente documentazione:

- Modulo "Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale"
- Modulo "Indicazione di scelta del/dei docente/i" e assenza di conflitti di interesse
- Modulo "Dichiarazione di accettazione incarico e assenza conflitti d'interesse dei docenti"e Preventivo spese
- Programma del corso
- Modulo "Dichiarazione di accettazione di incarico di Responsabile Scientifico e di assenza di conflitti di interesse
- Prova ECM

Cordiali Saluti

Il Direttore

Dr. Augusto Contu

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
25 LUG. 2016
PRESA IN CARICO

ASLCagliari

Servizio Proponente Dipartimento di Salute Mentale

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " Supervisione dei gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare "

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

	Data Inzio	Data fine		Data Inzio	Data fine
1ª Edizione	30/09/2016	19/11/2016	6ª Edizione	/ /	/ /
2ª Edizione	/ /	/ /	7ª Edizione	/ /	/ /
3ª Edizione	/ /	/ /	8ª Edizione	/ /	/ /
4ª Edizione	/ /	/ /	9ª Edizione	/ /	/ /
5ª Edizione	/ /	/ /	10ª 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. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

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 SPDC"

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via IsMirrionis

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 40 **Totale Partecipanti** 40

☐ 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/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:

- ☐ *Allergologia ed immunologia Clinica*
- ☐ *Anatomia Patologica*
- ☐ *Anestesia e Rianimazione*
- ☐ *Angiologia*
- ☐ *Audiologia e Foniatria*
- ☐ *Cardiochirurgia*
- ☐ *Cardiologia*
- ☐ *Chirurgia Generale*
- ☐ *Chirurgia Maxillo - Facciale*
- ☐ *Chirurgia Pediatrica*
- ☐ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*
- ☐ *Chirurgia Vascolare*
- ☐ *Continuità Assistenziale*
- ☐ *Dermatologia e Venereologia*
- ☐ *Ematologia* pediatrico
- ☐ *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*
- ☐ *Farmacologia e Tossicologia Clinica*
- ☐ *Gastroenterologia*
- ☐ *Genetica Medica*
- ☐ *Geriatria*
- ☐ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione*
- ☐ *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*
- ☐ *Laboratorio di Genetica Medica*
- ☐ *Malattie dell'apparato respiratorio*
- ☐ *Malattie Infettive*
- ☐ *Medicina Aeronautica e Spaziale*
- ☐ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro*
- ☐ *Medicina dello Sport*
- ☐ *Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza*
- ☐ *Medicina Generale (medici di famiglia)*
- ☐ *Medicina Interna*
- ☐ *Medicina Legale*
- ☐ *Medicina Nucleare*
- ☐ *Medicina Termale*
- ☐ *Microbiologia e Virologia*
- ☐ *Nefrologia*
- ☐ *Neonatologia*
- ☐ *Neurochirurgia*
- ☐ *Neurofisiopatologia*
- ☐ *Neurologia*
- ☐ *Neuropsichiatria Infantile*
- ☐ *Neuroradiologia*
- ☐ *Oftalmologia*
- ☐ *Oncologia*
- ☐ *Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base*
- ☐ *Ortopedia e Traumatologia*
- ☐ *Otorinolaringoiatria*
- ☐ *Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia)*
- ☐ *Pediatria*
- ☐ *Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)*
- ☒ *Psichiatria*
- ☒ *Psicoterapia*
- ☐ *Radiodiagnostica*
- ☐ *Radioterapia*
- ☐ *Reumatologia*
- ☐ *Scienza dell'Alimentazione e Dietetica*
- ☐ *Urologia*
- ☐ *Ginecologia e Ostetricia*
- ☐ *Malattie Metaboliche e Diabetologia*
- ☐ *Biochimica Clinica*
- ☐ *Chirurgia Toracica*
- ☐ *Endocrinologia*
- ☐ *Medicina fisica e riabilitazione*
- ☐ *Medicina Trasfusionale*
- ☐ Tutte le discipline

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:

Acquisizione di competenze sulla conduzione di gruppomultifamiliare

B - Acquisizione competenze di processo:

Comprensione dei processi disfunzionali in famiglie con paziente grave

C - Acquisizione competenze di sistema:

Fare clic qui per immettere testo.

D – Previsione di ricaduta formativa *(in termini di competenze e performance):*

Conduzione di almeno un gruppo per UUOO

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 **dal corso**

**** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati***

Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

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 Assemini – Direttore DSM Competenze Psichiatria

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Montixi Nome Maria Carla
Codice Fiscale MNTMCR64D43L122ETelefono 07047443443 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. 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:** 36 **Minuti:** 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	**LM**	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	**LRP**	1	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	**TR**	00	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	**CD**	24	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	**DTSED**	00	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	**PPCC**	05	30
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	**LPG**	00	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	**ED**	05	30
Role - Playing	**RP**	00	00

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 Esterno
Cognome CEPPI Nome FIORELLA
Codice Fiscale CPPFLL57P44H501V Luogo di nascita ROMA Data di nascita 05/09/1957
Telefono 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 multifamliare
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
Ore 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 € 000,00
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 Docente Esterno
Cognome Narracci Nome Andrea
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Roma Data di nascita 24/04/1950
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3392075927 Fax 0663200672 e-mail andrea_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 € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali 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)	€ 2.880,00
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)	€ 300,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 516,42
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)	**€ 3.696,42**

Macrostruttura di appartenenza

- ☐ Coordinamento distretti
- ☐ D.A. Servizi amministrativi
- ☐ D.A. Servizi tecnico logistici
- ☐ Centrale Operativa 118
- ☐ Dipartimento Emergenza Urgenza
- ☐ Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
- ☐ D.G. Staff
- ☐ DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
- ☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
- ☐ Dipartimento Dipendenze
- ☐ Dipartimento Farmaco
- ☐ Dipartimento Prevenzione
- ☒ Dipartimento Salute Mentale
- ☐ P.O. Marino
- ☐ P.O. San Giuseppe
- ☐ P.O. San Marcellino
- ☐ P.O. Santissima Trinità
- ☐ P.O. Binaghi

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)	
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Il Direttore DSM *Dott. Augusto Cantu*

ASLCagliari

Dipartimento di Salute Mentale

ASL8
NP/2016/ 0011171 del 26/04/2016 ore 09,33
Mittente DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPE
Assegnatario DIREZIONE SANITARIA
Classifica 1 6 2

Al Direttore Sanitario

SEDE

Oggetto: Richiesta autorizzazione utilizzo fondi formazione specifica 2016 per eventi residenziali per l'anno 2016.

Si chiede autorizzazione per l' utilizzo dei fondi di formazione specifica 2016 assegnati al Dipartimento di Salute Mentale di questa ASL, per l'organizzazione e l'accreditamento dei corsi residenziali, rivolti a tutte le figure professionali di tutte le UU.OO. del DSM:

1. Yoga per operatori della salute mentale primo livello (euro 490)
2. Yoga per operatori della salute mentale secondo livello (euro 490)
3. La prevenzione del suicidio (euro 2000)
4. Corso di base teorico-pratico per l'utilizzo del protocollo Acudetox (euro 1500)
5. Presentazione e discussione di casi clinici nella violenza di genere (euro 200)
6. Supervisione dei gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare (edizioni legate al corso già approvato con budget di formazione di sistema , pertanto senza costi aggiuntivi per l'accreditamento ECM) (euro 1766)
7. La prevenzione della violenza nei servizi di salute mentale (euro 3050)
8. Applicazione della Legge 81/2014, posizione di garanzia e ricadute sull'operatività dei DSM. (euro 3100)
9. Intelligenza emotiva : Supervisione del lavoro terapeutico con famiglie multiproblematiche (euro 600)
10. La Psicoanalisi Multifamiliare nel CSM strumento terapeutico efficace nelle famiglie con paziente psicotico (euro 1760)

Si precisa che si chiede l'accreditamento ECM per tutti i corsi, e che le cifre indicate sono comprensive dei costi di accreditamento. Il totale ammonterà ad euro 14.890,00.

Il budget per la Formazione Specifica assegnato al DSM per il 2016 con deliberazione n. 1462 del 21.12.2015, è di euro 18.777,50 (ancora non impegnato) ; rimarranno pertanto ancora a disposizione 3887,50 euro.

Tutti i corsi si svolgeranno entro il 2016 e saranno rivolti ad operatori di tutte le figure professionali del DSM.

Distinti saluti

Dr.Augusto Contu

Il Direttore DSM

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani
28-04-16

Asl Cagliari
Sede: Via Pier della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
27 APR. 2016
ARRIVATA

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