

Allegato "A"

1292
13 DIC. 2016

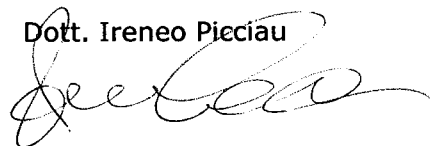
Progetto Formativo

"Gruppi in psichiatria: obiettivi, gestione e valutazione d'esito"

Il presente allegato è composto di n. 9 fogli,
di n. 9 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ASL8
Prot. 2016/113339 del 25/10/2016 ore 16,53
Mitt.: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP...

Ass.: Area Formazione
Class.: 1.5.7. Fasc.: 3 del 2016



Al Responsabile Area Formazione

D.r. Ireneo Picciau

Oggetto :Attivazione Progetto Formativo Aziendale "Gruppi in Psichiatria: obiettivi, gestione e valutazione d'esito"

In relazione all'oggetto, al fine di poter procedere all'attivazione del Progetto Formativo Aziendale
"Gruppi in Psichiatria: obiettivi, gestione e valutazione d'esito"

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"
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		
	27 OTT. 2016	
PRESA IN CARICO		

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " Gruppi in psichiatria: obiettivi, gestione e valutazione d'esito "

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 Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	14/12/2016	14/12/2016	6 ^a Edizione	/ /	/ /
2 ^a Edizione	/ /	/ /	7 ^a Edizione	/ /	/ /
3 ^a Edizione	/ /	/ /	8 ^a Edizione	/ /	/ /
4 ^a Edizione	/ /	/ /	9 ^a Edizione	/ /	/ /
5 ^a Edizione	/ /	/ /	10 ^a 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 Dipartimento Salute Mentale

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

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 0 Totale Partecipanti 22

- 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:

- | | | |
|---|---|--|
| <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 type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input 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:

comunicative; competenze nel conoscere la struttura e finalità dei diversi tipi di gruppi; gestire le diverse fasi (inizio, sviluppo, fine) del gruppo; consapevolezza e gestione di aspetti di relazione e ruolo

B - Acquisizione competenze di processo:

Competenze di comunicazione efficace interna ed esterna per la gestione del gruppo in equipe ad altre figure professionali.

C - Acquisizione competenze di sistema:

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

Ci si aspetta che i partecipanti acquisiscano aspetti di relazione e di gestione della fase iniziale del gruppo

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 06 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 DEVILLA Nome DAVIDE

Codice Fiscale DVLDVD69A05B354E Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 05/01/1969

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 328.3727279 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail davidedevilla@tiscali.it

Qualifica psicologo – psicoterapeuta Competenze Cliniche – Formative – Consulenza – Sostegno - Ricerca

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Montixi Nome Maria Carla

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Telefono 07047446443 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: 09 Minuti: 0

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>01</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>01</u>	<u>30</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>02</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>02</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>02</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 Esterno

Cognome DEVILLA Nome DAVIDE

Codice Fiscale DVLDVD69A05B354E Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 05/01/1969

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3283727279 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail davidedevilla@tiscali.it Qualifica PSICOLOGO - PSICOTERAPEUTA

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 009 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 mobilità 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.

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

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 mobilità 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.

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

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 mobilità 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

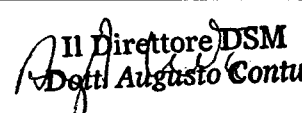
A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1.000,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 180,76
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)		€ 1.180,76

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 Accreditamento 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. San Giuseppe
<input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino
<input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità
<input type="checkbox"/> 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

<p style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	AUGUSTO CONTU
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	 Il Direttore DSM Dott. Augusto Contu