

Azienda Sanitaria Proponente

ASL SASSARI

Servizio Proponente

CSM MA.G.A.M Sede di Ozieri

Richiesta Attivazione Progetto Formativo**Titolo del Progetto:**

INTERVENTI PSICOSOCIALI PER CONTRASTARE I SINTOMI NEGATIVI DELLA SCHIZOFRENIA

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo?

SI

Dettaglio macro-tipologia corso*(cancellare le voci che non interessano)*

- Formazione residenziale classica

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

- Corso di aggiornamento

Durata in Ore:	N° partecipanti per edizione	Numero di edizioni	Data inizio Prima edizione	Data fine Prima edizione
8	40	1	26/03/2026	26/03/2026

Formazione residenziale interattiva

NO

Luogo di SvolgimentoCittà: OzieriSede: Sala Conferenze del centro culturale "San Francesco"

PROVENIENZA PRESUMIBILE DEI PARTECIPANTI	Locale
L'EVENTO TRATTA ARGOMENTI INERENTI L'ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA?	NO
L'EVENTO FORMATIVO È SVOLTO IN UNA LOCALITÀ ESTERA?	NO
L'EVENTO FORMATIVO È UN EVENTO DI UN PROVIDER REGIONALE SVOLTO IN UNA REGIONE DIVERSA DA QUELLA DI ACCREDITAMENTO?	NO
L'EVENTO FORMATIVO TRATTA ARGOMENTI RELATIVI A FORME DI VIOLENZA SU PERSONE?	NO
L'EVENTO SI AVVALE DI PARTNER?	NO
È PREVISTO IL PAGAMENTO DI UNA QUOTA DI ISCRIZIONE?	NO
È PREVISTO L'USO DELLA SOLA LINGUA ITALIANA?	SI
IL CORSO DI FORMAZIONE ADEMPIE AD OBBLIGHI NORMATIVI?	NO

DOCENTI / RELATORI / MODERATORIRILEVANZA DEI DOCENTI RELATORI: Nazionale

Nominativo (cognome e nome)	Argomento	Ore previste di docenza	Nazionalità estera (SI/NO)
Soro Giovanni, giovanni.soro.it@gmail.com , 3383853793	Interventi psicosociali per contrastare i sintomi negativi della schizofrenia	8	No

Per ogni Docente/Relatore/Moderatore compilare e allegare l'Allegato A

Per ogni Docente/Relatore/Moderatore allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Nominativo (cognome e nome)	Argomento	Ore previste di docenza	Nazionalità estera NO
Dott. Cherchi Davide	-	-	-

Per ogni Responsabile Scientifico compilare e allegare l'Allegato A

Per ogni Responsabile Scientifico allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum

TUTORÈ PREVISTA LA PRESENZA DI TUTOR? NO

SPONSORÈ PREVISTA LA PRESENZA DI SPONSOR? NO**FINANZIAMENTI**

Il corso è realizzato con:

finanziamento in proprio	0%		finanziamenti esterni	NO
finanziamento pubblico	100%		Quote di iscrizione	0%
			Sponsor commerciali	0%
			Sponsor non commerciali	0%

SONO PRESENTI ALTRE FORME DI FINANZIAMENTO	NO
L'EVENTO E' SPONSORIZZATO DA AZIENDE CHE TRATTANO ALIMENTI PER LA PRIMA INFANZIA?	NO

PIANO FINANZIARIO: (Indicare le ore e le spese previste per):

<i>Docenza interna In orario di servizio Fuori orario di servizio</i>	€ (5,16 Euro in orario di servizio, (25.82 Euro fuori orario di servizio):	Ore previste di docenza	Tot euro
<i>Docenza Esterna eseguita da dipendente appartenente ad altra PA, da Libero professionista o da libero professionista con cassa previdenziale</i>	<i>(vedi tabella compensi) e schede docente</i>		
<i>Tutoraggio retribuito al 50 %delle ore totali del corso</i>	<i>5,16 Euro in orario di servizio, 25.82 Euro fuori orario di servizio</i>		
<i>Segreteria organizzativa</i>	<i>5,16 Euro in orario di servizio / 25.82 Euro fuori orario di servizio</i>		
<i>Spese Docenti, Tutor e Segreteria Organizzativa (viaggi aerei, pernottamento, pasti, rimborsi chilometrici)</i>			
<i>Spese varie(eventuale affitto sala)</i>			
<i>Spese (materiale di consumo)</i>			
<i>Totale stimato dei costi</i>			

SCELTA DEGLI OBIETTIVIN.B. (indicare un solo obiettivo formativo nazionale, cancellare tutte le voci che non interessano)

1. Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure

Descrizione delle competenze che verranno acquisite dai partecipanti

I partecipanti acquisiranno le conoscenze di base relative alle caratteristiche dei sintomi negativi della schizofrenia e del loro impatto sul funzionamento sociale e sulla qualità della vita. Acquisiranno le conoscenze relative al ventaglio di interventi psicosociali disponibili per contrastare i sintomi negativi, nonché le abilità di base per implementare alcuni di questi interventi nei diversi contesti riabilitativi, in particolare la *Behavioral Activation* per le psicosi, il programma *PEPS* e il programma *I-CAN*.

Professioni dei partecipanti

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

Professioni Accreditate E.C.M.

- **Medico Chirurgo**
- **Psicologo**
- Assistente Sanitario
- Educatore Professionale
- Infermiere
- Logopedista
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Terapista Occupazionale

Professioni NON Accreditate E.C.M.

- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- Infermiere Generico
- Infermiere Psichiatrico
- Operatore Socio-Sanitario

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

- *Psichiatria*
- *Psicoterapia*

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

- *Psicologia*
- *Psicoterapia*

METODI DIDATTICI

Durata singola edizione **Ore: 8 Minuti: -**

Metodologie	SI/NO
Lezioni Magistrali	NO

Serie di relazioni su tema preordinato	NO
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	NO
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	SI
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	SI
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	NO
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	NO
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	SI
Role - Playing	SI

MODALITÀ DI VERIFICA

Verifica presenza partecipanti:

Firma di presenza

Verifica apprendimento

- Questionario a risposta multipla

TIPO DI MATERIALE DUREVOLE RILASCIATO AI PARTECIPANTI

Indicare l'eventuale materiale rilasciato ai partecipanti

Dispense.

Responsabile segreteria organizzativa

Cognome: Frau

Nome: Erika

Codice Fiscale: FRARKE92M62G203U

Denominazione Segreteria organizzativa: CSM Ozieri

Sito Web Segreteria organizzativa: -

Numero di telefono Segreteria organizzativa: 079 7810726

e-mail Segreteria organizzativa: csm.ozieri@aslsassari.it

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del del Regolamento UE 679/2016 - GDPR, del D. Lgs. n.101/2018 e del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016 - GDPR, del D. Lgs. n.101/2018 e 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 Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Dott. Davide Cherchi
Firma Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	

Se trattasi di un progetto Formativo non deliberato nel Piano Formativo Annuale è necessaria l'autorizzazione da parte del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale proponente

Nome e cognome Direttore Generale Azienda Sanitaria del SSR	
Firma Direttore Generale	Si autorizza