

Azienda Sanitaria Proponente

ASL Sassari

Servizio Proponente

S.C. Psicologia Territoriale di Base

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

Il gruppo come risorsa per la salute mentale. Terapia e auto mutuo aiuto.

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo?

SI (*cancellare la voce che non interessa*)**Dettaglio macro-tipologia corso***(cancellare le voci che non interessano)*

- Formazione residenziale classica

**Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante***(cancellare le voci che non interessano)*

- Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale
- Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici

Durata in Ore:	N° partecipanti per edizione	Numero di edizioni	Data inizio Prima edizione	Data fine Prima edizione
24	30	1	08/04/26	10/04/26

**Formazione residenziale interattiva**NO (*cancellare la voce che non interessa*)

Durata attività interattiva: \_\_\_\_

**Luogo di Svolgimento**Città: SassariSede: Sala Dionigi Mura - Rizzeddu

PROVENIENZA PRESUMIBILE DEI PARTECIPANTI

Locale

*(cancellare la voce che non interessa)*

L'EVENTO TRATTA ARGOMENTI INERENTI L'ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA?	<b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>
L'EVENTO FORMATIVO È SVOLTO IN UNA LOCALITÀ ESTERA?	<b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>
L'EVENTO FORMATIVO È UN EVENTO DI UN PROVIDER REGIONALE SVOLTO IN UNA REGIONE DIVERSA DA QUELLA DI ACCREDITAMENTO?	<b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>
L'EVENTO FORMATIVO TRATTA ARGOMENTI RELATIVI A FORME DI VIOLENZA SU PERSONE?	<b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>
L'EVENTO SI AVVALE DI PARTNER?	<b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>
È PREVISTO IL PAGAMENTO DI UNA QUOTA DI ISCRIZIONE?	<b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>
È PREVISTO L'USO DELLA SOLA LINGUA ITALIANA?	<b>SI</b> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>
IL CORSO DI FORMAZIONE ADEMPIE AD OBBLIGHI NORMATIVI?	<b>NO</b> <i>(cancellare la voce che non interessa), se SI indicare i Rischi associati al corso</i>

### DOCENTI / RELATORI / MODERATORI

**RILEVANZA DEI DOCENTI RELATORI:** Nazionale *(cancellare la voce che non interessa)*

Nominativo (cognome e nome, email, telefono)	Argomento	Ore previste di docenza	Nazionalità estera (SI/NO)
Anna Emanuela Tangolo , <a href="mailto:tangolo@performat.it">tangolo@performat.it</a>		24	NO

*Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.*

**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 (SI/NO)
Negri Annarosa			

*Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.*

**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**

### TUTOR

**È PREVISTA LA PRESENZA DI TUTOR?** **NO***(cancellare la voce che non interessa)*

*SE PREVISTA COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA*

Nominativo (cognome e nome)	Argomento	Ore previste di docenza	Nazionalità estera (SI/NO)

*Aggiungere o eliminare righe a seconda del numero dei docenti.*

**Per ogni TUTOR compilare e allegare l'Allegato A**

**Per ogni TUTOR allegare il modulo di indicazione di scelta, il modulo di accettazione dell'incarico e il Curriculum**

### SPONSOR

È PREVISTA LA PRESENZA DI SPONSOR? NO (cancellare la voce che non interessa)

SE PREVISTA COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA

RAGIONE SOCIALE	PARTITA IVA	LUOGO	QUOTA	TIPO CONTRATTO
-----------------	-------------	-------	-------	----------------

### FINANZIAMENTI

Il corso è realizzato con:

finanziamento in proprio	100%		finanziamenti esterni	SI/NO (cancellare la voce che non interessa)
finanziamento pubblico	0%		Quote di iscrizione	0%
			Sponsor commerciali	0%
			Sponsor non commerciali	0%

SONO PRESENTI ALTRE FORME DI FINANZIAMENTO	NO (cancellare la voce che non interessa)
L'EVENTO E' SPONSORIZZATO DA AZIENDE CHE TRATTANO ALIMENTI PER LA PRIMA INFANZIA?	NO (cancellare la voce che non interessa)

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

Docenza interna In orario di servizio Fuori orario di servizio	□ (5,16 Euro in orario di servizio, (25.82 Euro fuori orario di servizio):	Ore previste di docenza	Tot euro
Docenza Esterna eseguita da dipendente appartenente ad altra PA, da Libero professionista o da libero professionista con cassa previdenziale	(vedi tabella compensi) e schede docente	24	2400
<input checked="" type="checkbox"/> Tutoraggio retribuito al 50%	5,16 Euro in orario di servizio, 25.82 Euro fuori orario di servizio		
<input checked="" type="checkbox"/> Segreteria organizzativa	5,16 Euro in orario di servizio / 25.82 Euro fuori orario di servizio		
<input checked="" type="checkbox"/> Spese Docenti, Tutor e Segreteria Organizzativa (viaggi aerei, pernottamento, pasti, rimborsi chilometrici)			350
<input checked="" type="checkbox"/> Spese varie (eventuale affitto sala)			
<input checked="" type="checkbox"/> Spese (materiale di consumo)			
<b>Totale stimato dei costi</b>			<b>2750</b>

### SCELTA DEGLI OBIETTIVI

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

1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebm - ebn – ebp)

## **Descrizione delle competenze che verranno acquisite dai partecipanti**

*Descrivere le competenze che verranno acquisite dai partecipanti*

### **1. Obiettivo Generale**

Il corso intende fornire ai partecipanti le competenze teoriche e pratiche necessarie per progettare, avviare e condurre interventi di gruppo in ambito clinico e psicosociale, valorizzando le dinamiche gruppalì come strumento terapeutico e di supporto.

### **2. Obiettivi Specifici**

- Comprendere le dinamiche di gruppo: Analizzare il gruppo come "microcosmo sociale" e identificare i principali fattori terapeutici (es. universalità, coesione, speranza).
- Analisi dell'efficacia: Acquisire conoscenze basate sull'evidenza (EBM) riguardo l'efficacia del trattamento gruppalì rispetto a quello individuale nelle diverse patologie.
- Distinguere le tipologie d'intervento: Saper differenziare chiaramente obiettivi, setting e metodologie tra gruppi di sostegno, gruppi psico-educativi e gruppi di psicoterapia.
- Selezione e composizione: Imparare a valutare l'idoneità dei pazienti per i diversi tipi di gruppo (criteri di inclusione ed esclusione) per garantire un mix funzionale.
- Tecniche di conduzione: Acquisire le tecniche base di facilitazione, gestione del conflitto e promozione dell'interazione tra i membri.
- Monitoraggio clinico: Apprendere strumenti e metodi per monitorare l'evoluzione del singolo paziente all'interno del processo gruppalì.
- Co-conduzione: Sviluppare competenze per la formazione e la gestione del lavoro in coppia (conduttore e co-conduttore/osservatore).

### **3. Competenze in uscita**

Al termine delle tre giornate, il partecipante sarà in grado di:

1. Progettare un intervento di gruppo adeguato al contesto e all'utenza.
2. Gestire le fasi critiche del ciclo di vita di un gruppo (formazione, storming, working, chiusura).
3. Utilizzare tecniche specifiche per favorire il mutuo aiuto e l'insight terapeutico.

## **Professioni dei partecipanti**

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

### **Professioni Accreditate E.C.M.**

- Medico Chirurgo
- Psicologo
- Assistente Sanitario
- Educatore Professionale
- Infermiere
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

**Professioni NON Accreditate E.C.M.**

- Operatore Socio-Sanitario

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

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

- *Psichiatria*

***Discipline E.C.M. per la professione di Farmacista***

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

***Discipline E.C.M. per la professione di Veterinario***

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

***Discipline E.C.M. per la professione di Psicologo***

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

- *Psicoterapia*

**METODI DIDATTICI**

***N.B. Nel conteggio delle ore non vanno considerati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.***

Durata singola edizione **Ore: 24 Minuti: 0**

<b>Metodologie</b>	<b>SI/NO</b>
Lezioni Magistrali	<b>NO</b>
Serie di relazioni su tema preordinato	<b>NO</b>

Tavole rotonde con dibattito tra esperti	NO
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore (“l’esperto risponde”)	NO
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	SI
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	SI
Role - Playing	SI

#### MODALITÀ DI VERIFICA

##### Verifica presenza partecipanti:

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

Foglio firma

##### Verifica apprendimento

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

- Questionario con risposta aperta

#### TIPO DI MATERIALE DUREVOLE RILASCIATO AI PARTECIPANTI

#### Responsabile segreteria organizzativa

Cognome: Pes

Nome: Gianni

Denominazione Segreteria organizzativa sc Formazione e Accreditamento ECM ARES Sardegna

Sito Web Segreteria organizzativa [www.aressardegna.it](http://www.aressardegna.it)

Numero di telefono Segreteria organizzativa 0792062380

e-mail Segreteria organizzativa [formazione.sassari@aressardegna.it](mailto:formazione.sassari@aressardegna.it)

**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

<b>Nome e cognome</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	<b>Annarosa Negri</b>
<b>Firma</b> 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**

<b>Nome e cognome</b> Direttore Generale  Azienda Sanitaria del SSR	
<b>Firma</b>  Direttore Generale	<b>Si autorizza</b>