

Deliberazione 647adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 13 APR. 2016**Oggetto:** Autorizzazione PFA ECM: "La comunicazione e la relazione professionale interculturale e d'équipe".Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 14 APR. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.Il Direttore AmministrativoIl Commissario Straordinario Dott.ssa Graziella Pintus  
coadiuvato daDirettore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata  
Direttore Sanitario Dott.ssa Maria Gabriella Nardi**SU** proposta dell'Ufficio Formazione**Acquisito** il Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria;**Atteso** che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale sanitario;**Considerato** che l'Azienda, nello specifico la SSD Neonatologia del P.O. San Michele vuole attivare il suddetto corso al fine di rafforzare le conoscenze e le competenze del personale della Struttura, favorendo una relazione flessibile ed efficace nella gestione della relazione all'interno dell'équipe e con i genitori dei neonati (in particolare con la madre), approfondendo anche gli aspetti legati all'interculturalità;**Considerato altresì che** il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2016 approvato con Deliberazione n° 2252 del 16.12.2015;**Dato atto** che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario della Struttura per un totale di 32 partecipanti suddivisi in 4 edizioni, sarà svolta da docenti esterni come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;**Verificato** il progetto formativo ECM: "La comunicazione e la relazione professionale interculturale e d'équipe" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;**Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;**DELIBERA**

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di autorizzare il PFA ECM: "La comunicazione e la relazione professionale interculturale e d'équipe", rivolto al personale sanitario della Struttura, per un totale di 32 partecipanti suddivisi in 4 edizioni.

Confermare che l'attività formativa, sarà svolta da docenti esterni come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

Determinare che la spesa complessiva non sia superiore a € 1.600,00 (milleseicento euro) onnicomprensiva, che graverà sui del Dipartimento di Chirurgia per l'aggiornamento professionale anno 2016.

Imputare sul conto aziendale n. A506030204 i costi di competenzaa.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott.ssa Laura Balata

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas



21 MAR. 2016

Prot. N. 286

Al Sig. Commissario Straordinario

## **RICHIESTA:**

**EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

### **TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

**“La comunicazione e la relazione professionale interculturale e d'équipe”**

### **STRUTTURA PROPONENTE**

**SSD Neonatologia**

### **OBIETTIVI**

*L'evento formativo intende rafforzare le conoscenze e le competenze del personale del reparto, favorendo una relazione flessibile ed efficace nella gestione della relazione all'interno dell'équipe e con i genitori dei neonati (in particolare con la madre), approfondendo anche gli aspetti legati all'interculturalità.*

### **CONTENUTI** (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

*Il corso è formativo-esperienziale e pertanto saranno privilegiati alcuni strumenti (questionari, focus group, etc.) sulle seguenti tematiche:*

*Regole di buona comunicazione professionale*

*La comunicazione efficace in équipe*

*La comunicazione con pazienti/famigliari stranieri*

*Sarà inoltre approfondito il tema della comunicazione e della relazione interculturale, con particolare riferimento alla maternità e alla genitorialità.*

#### **A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**

*Rafforzare le conoscenze e le competenze relazionali del personale sanitario.*

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

*Favorire il miglioramento della comunicazione e della gestione del contatto con l'utenza, anche straniera, per offrire un servizio di maggiore qualità.*

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

*Conseguire una competenza per valutare le proprie modalità comunicative, acquisire nuovi strumenti per una comunicazione efficace, rafforzare la flessibilità nelle relazioni professionali in un'ottica anche interculturale.*



### **TIPOLOGIA DI EVENTO:**

#### **A) FORMAZIONE RESIDENZIALE**

- Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)
- Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)
- Conferenza (minimo 4 ore)
- Corso (minimo 4 ore)
- Retraining

#### **SEDE DI SVOLGIMENTO**

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI  NO

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura

#### **SPAZI NECESSARI**

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)
- Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
- Aula con capienza di n. 8 partecipanti
- Sala conferenza per n. partecipanti
- Altro (specificare)

#### **AUSILI DIDATTICI**

- LAVAGNA LUMINOSA
- LAVAGNA A FOGLI MOBILI
- PC
- VIDEOPROIETTORE
- ALTRO DA SPECIFICARE

#### **EDIZIONI E DATE**

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI  NO

Se **Si**, indicare le date di inizio e fine, se **No**, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista. Indicare numero massimo dei partecipanti per edizioni.

Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.



Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	8	27/04/16	27/04/16
2	8	12/10/16	12/10/16
3	8	09/11/16	09/11/16
4	8	30/11/16	30/11/16

**PROFESSIONI**

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

**PROFESSIONI SANITARIE**

- Farmacista** n. \_\_\_\_\_
- Ospedaliera** n. \_\_\_\_\_
- Farmacia Territoriale** n. \_\_\_\_\_
- 
- Medico chirurgo** n. \_\_\_\_\_
- Angiologia** n. \_\_\_\_\_
- Cardiologia** n. \_\_\_\_\_
- Dermatologia e Venereologia** n. \_\_\_\_\_
- Ematologia** n. \_\_\_\_\_
- Endocrinologia** n. \_\_\_\_\_
- Gastroenterologia** n. \_\_\_\_\_
- Genetica Medica** n. \_\_\_\_\_
- Geriatrics** n. \_\_\_\_\_
- Malattie Metaboliche e Diabetologia** n. \_\_\_\_\_
- Malattie dell' Apparato Respiratorio** n. \_\_\_\_\_
- Malattie Infettive** n. \_\_\_\_\_
- Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza** n. \_\_\_\_\_
- Medicina Fisica e Riabilitazione** n. \_\_\_\_\_
- Medicina Interna** n. \_\_\_\_\_
- Medicina Termale** n. \_\_\_\_\_
- Medicina Aeronautica e Spaziale** n. \_\_\_\_\_
- Medicina dello Sport** n. \_\_\_\_\_
- Nefrologia** n. \_\_\_\_\_
- Neonatologia** n. **4**



Azienda Ospedaliera Brotzu

- Neurologia* n. \_\_\_\_\_
- Neuropsichiatria Infantile* n. \_\_\_\_\_
- Oncologia* n. \_\_\_\_\_
- Pediatria*** n. **4**
- Psichiatria* n. \_\_\_\_\_
- Radioterapia* n. \_\_\_\_\_
- Reumatologia* n. \_\_\_\_\_
- Cardiochirurgia* n. \_\_\_\_\_
- Chirurgia Generale* n. \_\_\_\_\_
- Chirurgia Maxillo - Facciale* n. \_\_\_\_\_
- Chirurgia Pediatrica* n. \_\_\_\_\_
- Chirurgia Plastica e Ricostruttiva* n. \_\_\_\_\_
- Chirurgia Toracica* n. \_\_\_\_\_
- Chirurgia Vascolare* n. \_\_\_\_\_
- Ginecologia e Ostetricia* n. \_\_\_\_\_
- Neurochirurgia* n. \_\_\_\_\_
- Oftalmologia* n. \_\_\_\_\_
- Ortopedia e Traumatologia* n. \_\_\_\_\_
- Otorinolaringoiatria* n. \_\_\_\_\_
- Urologia* n. \_\_\_\_\_
- Anatomia Patologica* n. \_\_\_\_\_
- Anestesia e Rianimazione* n. \_\_\_\_\_
- Biochimica Clinica* n. \_\_\_\_\_
- Farmacologia e Tossicologia Clinica* n. \_\_\_\_\_
- Laboratorio di Genetica Medica* n. \_\_\_\_\_
- Medicina TrASFusionale* n. \_\_\_\_\_
- Medicina Legale* n. \_\_\_\_\_
- Medicina Nucleare* n. \_\_\_\_\_
- Microbiologia e Virologia* n. \_\_\_\_\_
- Neurofisiopatologia* n. \_\_\_\_\_
- Neuroradiologia* n. \_\_\_\_\_
- Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )* n. \_\_\_\_\_
- Radiodiagnostica* n. \_\_\_\_\_
- Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica* n. \_\_\_\_\_
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione* n. \_\_\_\_\_
- Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro* n. \_\_\_\_\_
- Medicina Generale (Medici di Famiglia)* n. \_\_\_\_\_
- Continuità Assistenziale* n. \_\_\_\_\_
- Pediatria (Pediatri di libera scelta )* n. \_\_\_\_\_
- Scienza dell'alimentazione e dietetica* n. \_\_\_\_\_



- Direzione medica di presidio ospedaliero* n. \_\_\_\_\_
- Organizzazione dei servizi sanitari di base* n. \_\_\_\_\_
- Audiologia e Foniatria* n. \_\_\_\_\_
- Psicoterapia* n. \_\_\_\_\_
- Privo di Specializzazione* n. \_\_\_\_\_
- Odontoiatra** n. \_\_\_\_\_
- Psicologo – Psicoterapeuta** n. \_\_\_\_\_
- Psicoterapia* n. \_\_\_\_\_
- Psicologia* n. \_\_\_\_\_
- Laureati non medici (specificare)**
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA**

- Infermiere** n. 7
- Infermiere pediatrico** n. 7
- Ostetrica/o* n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

- Podologo* n.
- Fisioterapista* n.
- Logopedista* n.
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia* n.
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva* n.
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica* n.
- Terapista Occupazionale* n.
- Educatore Professionale* n.

**PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE**

- Assistente Sanitario* n. \_\_\_\_\_
- Dietista* n. \_\_\_\_\_
- Igienista Dentale* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* n. \_\_\_\_\_

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Audiometrista* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Audioprotesista* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. \_\_\_\_\_



*Tecnico Ortopedico*

n. \_\_\_\_\_

***Puericultrice***

n. 5

**OSS**

n. 3

**TUTTE LE PROFESSIONI**

n. \_\_\_\_\_

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**  
**(indicare esterni)**

ASL n. \_\_\_\_\_

*Strutture private*

*Altri enti o amministrazioni pubbliche*

**DURATA E ARTICOLAZIONE**

*(Indicare la durata complessiva del progetto formativo con riferimento alle ore effettive di formazione previste dai vari eventi in cui si articola il progetto).*

*Durata complessiva dell'attività formativa: **Ore 32 suddivise in 4 edizioni di 8 ore ciascuna***

**PROGRAMMA**

*Si allega file del programma del corso: **SI X NO***

**MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.**  
**(Barrare le caselle d'interesse)**

*Fotocopie di testi*

***Slides***

*Testi/libri*

*Riviste*

*Cd*

*Altri supporti*

**VALUTAZIONE**

**MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO**

*Prova Pratica*

*role playing con griglia*

*prova manuale*

*Prova orale*

*strutturata*

*non strutturata*

*Prova scritta*

*tema*

*saggio*

*tesina*

*altro*

**X Questionario** (da allegare con indicazione delle risposte corrette) Project Work**VOCI DI SPESA**

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	€ 1.600,00
Pernottamento	no
Pasti	no
Spese di viaggio	no
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 1.600,00

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: \_\_\_\_\_ €  
 Quote di iscrizione: \_\_\_\_\_ €

**RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI**

Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

**Dati del Responsabile Scientifico:**

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

Nome Fausto Cognome Zamboni  
 Qualifica \_\_\_\_\_  
 Struttura \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
 email \_\_\_\_\_

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	<u>VALERIA</u>	Cognome	<u>LISINI</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>340/4724861</u>
Fax	_____	email	<u>valerialisini@hotmail.com</u>
Curriculum	<u>Allegato</u>		_____

Nome	<u>LAURA</u>	Cognome	<u>FADDA</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>339/4031016</u>
Fax	_____	email	<u>mediazionefamiliare@tiscali.it</u>
Curriculum	<u>Allegato</u>		_____

Nome	_____	Cognome	_____
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Migliorare le abilità comunicative acquisendo maggiore sensibilità nelle relazioni con l'utenza e nella gestione di eventuali criticità.

**B) Motivazione della scelta economica:**

La Docente propone una corrispondenza economica oraria che rientra tra quelle previste dal Tariffario Regionale

**C) Motivazione della scelta dei docenti:**

Docenti con comprovata esperienza nella psicologia della comunicazione e nella conduzione di gruppi

**A) Docenti Interni:**

- in orario di servizio*   
*fuori orario di servizio*

**B) Docenti Esterni:** 

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, **60 giorni prima** dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.



**Luogo:** Cagliari

**Data** 17/03/2016

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Commissario Straordinario**

**DOTT.SSA GRAZIELLA PINTUS**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Commissario Straordinario**

Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott.ssa Graziella Pintus



**Nome e cognome (in stampatello)**

**Il Responsabile della struttura organizzativa,**

**(Struttura Complessa, Struttura Semplice**

**Dipartimentale)**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Il Responsabile della struttura organizzativa**

**(Struttura Complessa, Struttura Semplice**

**Dipartimentale)**

**DOTT.SSA LUCIANA PIBIRI**

**DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA**

**S.S.D. NEONATOLOGIA**

**Direttore: Dott. LUCIANA PIBIRI**

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Il Direttore del Dipartimento**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Il Direttore del Dipartimento**

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

CAGLIARI

DOTT. FAUSTO ZAMBONI

CHIRURGIA

E TRAPIANTO DI FEGATO

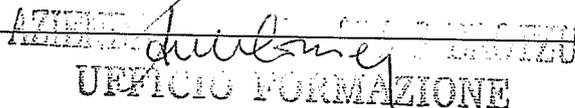
Direttore: Dr. Fausto Zamboni

**Nome e Cognome (In stampatello)**

**Responsabile Ufficio Formazione**

**Timbro e firma (leggibile)**

**DOTT. ANDREA CORRIAS**



**NOTE:**

**Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):**

- 1) **Progetto;**
- 2) **Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;**
- 3) **CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);**
- 4) **Programma ecm**

**Allegare in formato cartaceo**

- 1) **Preventivi;**
- 2) **CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale**



## PFA "LA COMUNICAZIONE E LA RELAZIONE PROFESSIONALE INTERCULTURALE E D'EQUIPE"

1° Edizione 27 Aprile 2016

2° Edizione 12 Ottobre 2016

3° Edizione 09 Novembre 2016

4° Edizione 30 Novembre 2016

AOB – Aula Deriu

## Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
<b>Sessione 1 mattina</b>	<b>8.30</b>	<b>13.30</b>				
Dettaglio 1	8.30	9.00	Apertura corso e presentazione degli argomenti, attività e obiettivi della giornata	RTP	Valeria Lisini	Laura Fadda
Dettaglio 2	9.00	10.00	Esercitazione di gruppo sulle "Regole di buona comunicazione professionale"	ED	Valeria Lisini	Laura Fadda
Dettaglio 3	10.00	11.00	Regole generali di buona comunicazione professionale: modalità e contenuto	CD	Valeria Lisini	Laura Fadda
	11.00	11.15	Pausa			
Dettaglio 4	11.15	12.15	Esercitazione di gruppo "Comunicazione efficace in équipe"	ED	Valeria Lisini	Laura Fadda
Dettaglio 5	12.15	13.30	Analisi delle dinamiche comunicative del gruppo	CD	Valeria Lisini	Laura Fadda
	13.30	14.15	Pausa pranzo			
<b>Sessione 2 pomeriggio</b>	<b>14.15</b>	<b>17.30</b>				
Dettaglio 1	14.15	15.30	La comunicazione e la relazione interculturale	RTP	Valeria Lisini	Laura Fadda
Dettaglio 2	15.30	16.30	Esercitazione di gruppo "Comunicazione con pazienti e familiari stranieri"	ED	Valeria Lisini	Laura Fadda
Dettaglio 3	16.30	17.00	Analisi delle dinamiche comunicative interculturali	CD	Valeria Lisini	Laura Fadda
Dettaglio 4	17.00	17.30	Conclusione lavori e valutazione finale	RPT	Valeria Lisini	Laura Fadda

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
<b>LM</b>	<b>LEZIONI MAGISTRALI</b>		
<b>RTP</b>	<b>SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO</b>	2	15
<b>TRD</b>	<b>TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI</b>		
<b>CD</b>	<b>CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")</b>	2	45
<b>DT</b>	<b>DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI</b>		
<b>LG</b>	<b>PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)</b>		
<b>LPG</b>	<b>LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO</b>		
<b>ED</b>	<b>ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE</b>	3	
<b>RP</b>	<b>ROLE-PLAYING</b>		