

233

- 9 MAR. 2016

Allegato "A"

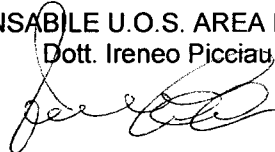
**Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
"L'integrazione degli interventi ambulatoriali con i
trattamenti residenziali nella costruzione dei percorsi
terapeutici e riabilitativi del paziente con uso
problematico di sostanze"**

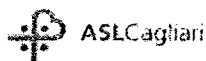
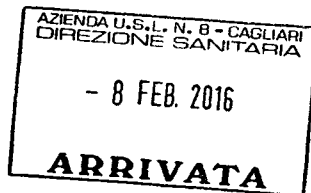
Il presente allegato è composto

di n. 12 fogli, di n. 12 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau





ASLB
NP.2016/3460 del 08/02/2016 ore 13.14
Mitt.: Serd 2 Via Liguria Cagliari
Ass.: Area Formazione
Class.: 2.5. Fasc.: 72 del 2013



Servizio per le Dipendenze
Ser.D. 2

Al Direttore Generale

Al Direttore Sanitario

e p.c. al Responsabile Area Formazione

ASL CAGLIARI - SEDE

OGGETTO: Attivazione Corso Aggiornamento

Con la presente si richiede l'autorizzazione all'attivazione del Seminario dal titolo "L'integrazione degli interventi ambulatoriali con i trattamenti residenziali nella costruzione dei percorsi terapeutici e riabilitativi del paziente con uso problematico di sostanze" finalizzato alla individuazione e condivisione di strategie utili alla costruzione di linee guida per la gestione del paziente con Disturbo di Dipendenza, con indicazione al trattamento residenziale.

È stato individuato come docente il dottor Augusto Consoli, Direttore del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze/Asl TO2, Regione Piemonte, che ha già svolto la docenza di una prima giornata dedicata al tema dei trattamenti residenziali in data 02/12/2015.

Tale aggiornamento è progettato per un numero di 40 partecipanti, con accreditamento ECM, per un totale di 8 ore da realizzarsi in data 28 aprile 2016, dedicato ai seguenti profili professionali: Medico Chirurgo, Psicologo, Educatore Professionale, Infermiere, Collaboratore Professionale Assistente Sociale, Operatore Socio-Sanitario.

Tale Seminario non è inserito nel Piano Formativo Aziendale 2016 e per lo stesso si chiede di poter utilizzare una parte, pari a 1.700,00 euro della somma di € 4.186,00, relativa alla Formazione Specifica per l'anno 2016, destinata ai Ser.D. 1 e 2, salvo Vostro parere contrario.

Cordiali saluti

Il Direttore del Servizio

Dott. Massimo Diana

Servizio per le Dipendenze - Ser.D 2

Via Liguria s.n. - 09131 Cagliari

Tel 070/47444310 - 4306 / fax 070/47444272

Direttore: Dr. Massimo Diana

Email: serd2.vialiguria@asl8cagliari.it

Asl Cagliari
Via Piero della Francesca, 1 - 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

n° prot. NP/3527

Al Sig. Responsabile
Area Formazione

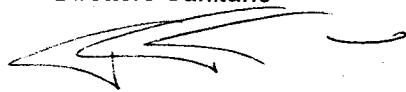
Oggetto: Richiesta attivazione corso aggiornamento.

Selargius, - 9 FEB. 2016

In riferimento all'allegata nota prot.nr. NP/2016/3460 del 08 febbraio 2016, si chiede che
codesto Servizio esprima un parere sull'eventuale fattibilità della proposta presentata.

Distinti saluti

Dott. Pier Paolo Pani
Direttore Sanitario



AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	15 FEB. 2016	
PRESA IN CARICO		

pg

ASL8
NP.2016/4331 del 16/02/2016 ore 12,14
Mitt.: Area Formazione

Ass.: DIREZIONE SANITARIA
Class.: 1. Fasc.: 64 del 2016



Al Direttore Sanitario

Sede

Oggetto: Richiesta attivazione corso aggiornamento.

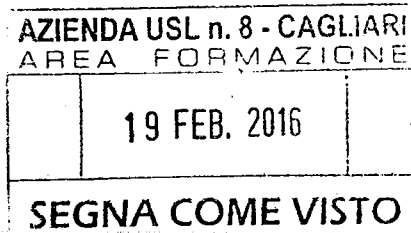
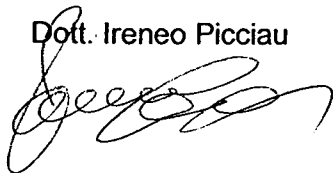
In riferimento alla Sua nota pari oggetto n. NP/ 3527 del 09.02.2016, con la quale chiede un parere sull'eventuale fattibilità della proposta avanzata dal Direttore della Divisione Chirurgia del Ser. D. 2, Dott. Massimo Diana, concernente la realizzazione di un evento formativo dal titolo: "L'integrazione degli interventi ambulatoriali con i trattamenti residenziali nella costruzione...", si comunica quanto segue:

- Il Direttore del Ser. D. 2 chiede di utilizzare per il corso sunnominato parte del budget per la Formazione Specifica del 2016 assegnato alla sua struttura, che ammonta a € 4.186, mentre il costo complessivo della formazione richiesta è di € 1.700. Pertanto, in caso di approvazione da parte della S.V., l'Azienda non dovrà operare alcuna integrazione economica.
- L'Area Formazione è disponibile a dare ogni supporto utile alla realizzazione dell'intervento formativo.

In attesa di eventuali disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau



Formazione
DIRETTORE SANITARIO
Dott. Paolo Pani
18-02-16



Servizio Dipendenze
Ser.D. 2

ASL8
NP. 2016/4821 del 22/02/2016 ore 09,12
Mitt.: Serd 2 Via Liguria Cagliari
Ass.: Area Formazione
Class.: 2.5.

Area Formazione ASL Cagliari



SEDE

Oggetto: Richiesta attivazione progetto formativo residenziale "L'integrazione degli interventi ambulatoriali con i trattamenti residenziali nella costruzione dei percorsi terapeutici e riabilitativi del paziente con uso problematico di sostanze"

Si trasmette la documentazione sottoelencata per quanto indicato in oggetto:

Scheda attivazione progetto formativo

Indicazione di scelta del Docente e dichiarazione assenza di conflitto di interesse

Accettazione incarico di Responsabile scientifico e assenza di conflitti d'interesse

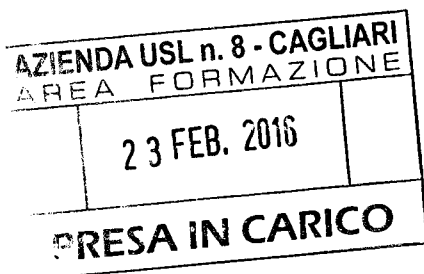
Accettazione incarico di Docente e assenza di conflitti d'interesse

Programma

Questionario apprendimenti

4

Il Direttore
Dott. Massimo Diana



Asl Cagliari
Sede Legale Via Logudoro, 17- 09126 Cagliari
Sede Amm.va Via Piero della Francesca, 1- 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

Servizio Dipendenze
Ser.D. Via Liguria s.n.c. 09131 Cagliari
Tel 070/47444310/06 Fax 070/47444272
Direttore Dr. Massimo Diana
Email: serd2.vialiguria@asl8cagliari.it

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

L'integrazione degli interventi ambulatoriali con i trattamenti residenziali nella costruzione dei percorsi terapeutici e riabilitativi del paziente con uso problematico di sostanze

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?

SI *(cancellare la voce che con interessa)*

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

(cancellare le voci che con interessano)

- **Attività formativa di aggiornamenti monotematici**

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



Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?

NO

Se "SI" indicare la denominazione

Numero di edizioni previste: 1

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	29/04/16	29/04/16
Seconda edizione		
Terza 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.

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 Ser.D. 1 -

via Dei Valenzani snc 09031



Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 45 Totale Partecipanti 45

Riservato agli operatori del Servizio proponente SI Aperto a n. __ operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. _ operatori di altre ASL - Aperto a n. _ operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

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

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- | | |
|---------------------------|--|
| ▪ Medico Chirurgo | ▪ Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale |
| ▪ Psicologo | ▪ Operatore Socio-Sanitario |
| ▪ Educatore Professionale | |
| ▪ Infermiere | |

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

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

- | | |
|---|----------------|
| ▪ Dermatologia e Venereologia | ▪ Psichiatria |
| ▪ Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | ▪ Psicoterapia |
| ▪ Neurologia | |

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

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

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

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

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

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

Psicologia

Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

N.B. (indicare una sola Area Tematica, cancellare tutte le voci che con interessano)

- Area delle dipendenze

Obiettivo formativo

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

- Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Implementare le conoscenze riguardo la rete locale delle strutture residenziali, approfondire gli aspetti normativi, esperienze, risorse e limiti in merito ai trattamenti residenziali.

B - Acquisizione competenze di processo:

Approfondire le competenze di inquadramento diagnostico per meglio individuare i percorsi residenziali più rispondenti alla tipologia e allo stile di abuso di sostanze e alle caratteristiche di personalità del paziente.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Proporre modelli e buone pratiche nella individuazione di percorsi comunitari promuovendo l'integrazione degli interventi ambulatoriali con i trattamenti residenziali nella costruzione dei percorsi terapeutici e riabilitativi destinati al paziente con uso problematico di sostanze.

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento*

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome DIANA Nome ESTELLO MASSIMO
Codice Fiscale DNISLL52C27B745Q
Luogo di nascita CARBONIA Data di nascita 27/03/1952
Telefono 07047444311 Cellulare 337815220 FAX 07047444272
e-mail massimodiana@asl8cagliari.it

Qualifica: Medico Psichiatra Direttore Struttura Complessa Servizio Dipendenze/ Ser.D 2 via Liguria,
Ser.D 1 via Dei Valenzani
Competenze: Manageriali, Psichiatriche, Psicoterapeutiche

Referente della segreteria organizzativa

Cognome DE FABRITIIS Nome DANIELA
Telefono 07047444289 Cellulare 3478215566 FAX 07047444272
e-mail danieladefabritiis@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: 8 Minuti:

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	2h 30min	150
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	1h 30min	90
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED		
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	1h 30min	90
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	2h 30 min	150
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED		
Role - Playing	RP		

Verifica

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti

cancellare tutte le voci che con interessano

- Questionario (allegare il modello)

Verifica

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

cancellare tutte le voci che con interessano

- Videoproiettore
- Lavagna a fogli mobili
- Computer portatile

FORMATORE/TUTOR n. _____

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio, Docente interno fuori orario di Servizio, Co-Docente interno in orario di Servizio, Co-Docente interno fuori orario di Servizio, Tutor interno in orario di Servizio, Tutor interno fuori orario di Servizio, Docente Esterno, Co-Docente Esterno, Tutor Esterno

Cognome CONSOLI **Nome** AUGUSTO **Codice Fiscale** CNSGST54T12C3510

Luogo di nascita CATANIA **Data di nascita** 12/12/1954 **Telefono** 0112403896

Cellulare 3204344776 **FAX** 011237458 **e-mail** augusto.consoli@gmail.com

Qualifica Medico Neuropsichiatra **Direttore Dipartimento** Patologia delle Dipendenze/ Asl TO2 **Regione** Piemonte **Torino** **Competenze** Manageriali, Neuropsichiatriche, Psicoterapeutiche

Ore di docenza da retribuire 8 **Totale compenso** € 800,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio: *(N.B. cancellare la voce che con interessa)*

Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88,

Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 ore (D.P.R. 395/88

Numero Pasti 2 **Totale spesa rimborso pasti** € 55,58

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 **Totale spesa pernottamento** 110,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € SPESA AEREO 290,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

Fonti di finanziamento

(N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

Formazione specifica

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 800,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 110,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 55,58
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 290,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 350,00
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) a cura dell'Area Formazione		€ 1.605,58


Macrostruttura di appartenenza

(N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

- Dipartimento Dipendenze

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)	ESTELLO MASSIMO DIANA
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	 IL DIRETTORE DEL SERVIZIO Ser.D2 - Via Liguria - CA Dr. Massimo Diana

CAGLIARI, 22.02.2016

(Handwritten mark)