

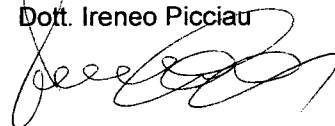
938
23 AGO. 2016

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
"Nuove droghe in Sardegna oggi"

Il presente allegato è composto
di n. 8 fogli, di n. 8 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau



ASLCagliari
SERVIZIO DIPENDENZE
Via Piero della Francesca, 1
09047 SELARGIUS (CA)

Al Responsabile del Servizio Area Formazione
ASLCAGLIARI
Dr. Ireneo Picciau

NP/2016/20946
DEL 11-08-2016

e p.c. All'Educ. Prof. Sig.ra Renata Casu

Oggetto: Attivazione e accreditamento evento formativo.

Si consegnano i seguenti documenti necessari per l'attivazione e l'accreditamento E.C.M. dell'evento formativo dal titolo **“Nuove droghe in Sardegna oggi”**

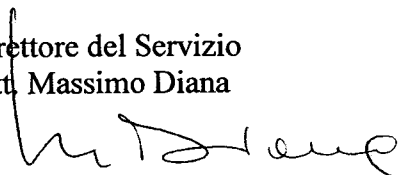
1. Scheda attivazione progetto formativo.
2. Programma corso.
3. Indicazione di scelta dei docenti e relativa dichiarazione di non sussistenza di conflitti di interesse nella scelta.
4. Accettazione incarichi docenza e assenza conflitti d'interesse.
5. Strumento di valutazione dell'apprendimento.
6. Autoindicazione di scelta come docente e dichiarazione assenza di conflitto di interessi.
7. Accettazione incarico di responsabile scientifico e assenza di conflitto d'interesse.

Il referente della segreteria organizzativa
Educ. Profes. Carla Deidda



Distinti saluti

Il Direttore del Servizio
Dott. Massimo Diana



AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	22 AGO. 2016	
PRESA IN CARICO		

Servizio Proponente

SERVIZIO DIPENDENZE

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

NUOVE DROGHE IN SARDEGNA OGGI

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?

SI

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

- Seminario

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

Empty rectangular box for denomination.

Numero di edizioni previste 1

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	06/10/16	06/10/16
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 SALA CONFERENZE - SER.D.1

Indirizzo Via dei Valenzani s.n.c. – 09131 Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 80 Totale Partecipanti 80

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n.20 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n.15 operatori di altre ASL - Aperto a n.0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

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

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

Non aventi diritto ai crediti E.C.M. ma in forza al Ser.D ASL Cagliari

- Medico Chirurgo
- Psicologo
- Educatore Professionale
- Infermiere

- Assistente Amministrativo
- Coadiutore Amm.vo
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- Infermiere Generico
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- Operatore Tecnico

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

- Dermatologia e Venereologia Igiene,
- Epidemiologia e Sanità Pubblica
- Medicina Interna
- Neurologia

- *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

Progetto Formativo

Area tematica

- *Area delle dipendenze*

Obiettivo formativo

- *Contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica*

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Relative alle nuove sostanze d'abuso reperibili nel "mercato" regionale, ai loro effetti e alle terapie specifiche

B - Acquisizione competenze di processo:

Relative alla individuazione delle persone utilizzatrici di nuove droghe e alle modalità di presa in carico

C - Acquisizione competenze di sistema:

Costruzione attraverso il confronto con i docenti di protocolli di intervento sia nella prevenzione che nella cura.

** 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 **070-6096324** Cellulare **337815220** FAX **070-41534**

e-mail **massimodiana@asl8cagliari.it**

Qualifica **Psichiatra** Competenze **Direttore Servizio per le Dipendenze**

Referente della segreteria organizzativa

Cognome **Deidda** Nome **Carla**

Telefono **070-6096322** Cellulare **3275656364** FAX **070-41534**

e-mail **carladeidda@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: 6,30

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	1	30
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	3	
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	1	
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	1	
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		
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG		
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED		
Role - Playing	RP		

Valutazione

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

- *Prova scritta*

Attrezzatura

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo: Docente Esterno

Cognome BIGGIO Nome GIOVANNI Codice Fiscale BGGGNN44B24E281X
Luogo di nascita IGLESIAS Data di nascita 24-02-1944 Telefono 070-6754131
Cellulare 3356798611 FAX 070-6754166 e-mail biggio@unica.it
Qualifica Neurofarmacologo Competenze Professore Emerito
Ore di docenza da retribuire 0 Totale compenso € 0
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo: Docente Esterno

Cognome PISTIS Nome MARCO Codice Fiscale PSTMRC68D24E281L
Luogo di nascita IGLESIAS Data di nascita 24-04-1968 Telefono
Cellulare 3405697726 FAX 0706754320 e-mail mpistis@unica.it
Qualifica Medico chirurgo Competenze Professore Ordinario di Farmacologia
Ore di docenza da retribuire 0 Totale compenso € 0
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo: Docente Esterno

Cognome CICALO' Nome ROSALBA Codice Fiscale CCLRLB58C58D665Q
Luogo di nascita FONNI Data di nascita 18-03-1958 Telefono 0784-240990
Cellulare 335 5756596 FAX 070-240986 e-mail rosalbacicalo@aslnuoro.it
Qualifica Medico Chirurgo Competenze Direttore Ser.D. ASL NUORO
Ore di docenza da retribuire 0 Totale compenso € 0
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 4

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio

Cognome DIANA Nome ESTELLO MASSIMO Codice Fiscale DNISLL52C27B745Q
Luogo di nascita CARBONIA Data di nascita 27-03-1952 Telefono 070-6096324
Cellulare 337815220 FAX 070-41534 e-mail massimodiana@asl8cagliari.it
Qualifica Psichiatra Competenze Direttore Servizio per le dipendenze
Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza (N.B. cancellare la voce che con interessa)

FORMATORE/TUTOR n. 5

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio, Docente interno fuori orario di Servizio

Cognome PIA Nome GIORGIO Codice Fiscale PIAGRG53M18B354E
Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 18-08-1953
Cellulare 3386571062 FAX 070-6095924 e-mail giorgiopia@asl8cagliari.it
Qualifica Medico chirurgo Competenze Direttore Struttura Complessa
Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza
Ore di docenza da retribuire 0 Totale compenso € 0
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 6

Ruolo: Docente Esterno

Cognome LOCATELLI Nome CARLO ALESSANDRO Codice Fiscale LCTCLL56B22F205I
Luogo di nascita MILANO Data di nascita 22-02-1956 Telefono 038226261
Cellulare FAX 038224605 e-mail carlo.locatelli@fsm.it
Qualifica Medico Chirurgo Competenze Tossicologo
Ore di docenza da retribuire 0 Totale compenso € 0
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

8

Fonti di finanziamento

Formazione strategica e Formazione di sistema

Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Sponsor Commerciali

Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Sì No *(N.B. cancellare la voce che con interessa)*

Riepilogo voci di spesa del corso
--

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
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 <i>(a cura dell'Area Formazione)</i>	€ 178,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>a cura dell'Area Formazione</i>		€ 178,15

Macrostruttura di appartenenza

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

- Dipartimento Dipendenze
- 4

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) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>ESTELLO MASSIMO DIANA</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>Azienda USL n° 8 - Cagliari Servizio per le Dipendenze IL DIRETTORE DEL SER.D.1 <i>Dr. Massimo Diana</i></p>