

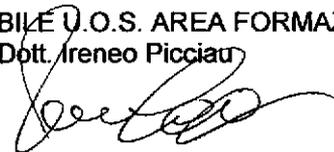
1249  
30 NOV. 2016

## Allegato "A"

### Approvazione Progetto Formativo Aziendale ***"La famiglia nelle dipendenze: la figura del padre"***

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

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



**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: " LA FAMIGLIA NELLE DIPENDENZE: LA FIGURA DEL PADRE "**

**Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI  
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante**

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**

**Se "SI" indicare l'importo € 000,00**

**Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO**

**Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.**

**Numero edizioni previste**

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	13/12/2016	13/12/2016	6 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
2 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	7 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
3 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	8 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
4 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	9 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
5 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	10 <sup>a</sup> 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. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.*

**Se sì, il 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 ( Comune/via/n°civico/cap) SER.D.1 – VIA DEI VALENZANI s.n. 09131 CAGLIARI**

*[Handwritten signature]*

**Numero di partecipanti per edizione 40 Totale Partecipanti 40**

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

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

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

**Aventi diritto ai crediti E.C.M.**

- Medico Chirurgo
- Farmacista
- Biologo
- Chimico
- Fisico
- Veterinario
- Odontoiatra
- Psicologo
- Assistente Sanitario
- Dietista
- Fisioterapista
- Educatore Professionale
- Igienista Dentale
- Infermiere
- Infermiere pediatrico
- Logopedista
- Ortottista/Assistente di oftalmologia
- Ostetrica/o
- Podologo
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- Tecnico Audioprotesista
- Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Tecnico Ortopedico
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Terapista Occupazionale
- Tutte le professioni

**Non aventi diritto ai crediti E.C.M.**

- Architetto
- Analista
- Assistente Amministrativo
- Assistente Religioso
- Assistente Tecnico
- Ausiliario Specializzato
- Avvocato
- Coadiutore Amm.vo
- Collaboratore Amm.vo - Prof.le
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- Collaboratore Tecnico - Professionale
- Collaboratore Professionale - Sanitario Personale della Riabilitazione
- Collaboratore Professionale - Sanitario
- Commesso
- Direttore Amministrativo
- Direttore dei Servizi Sociali
- Direttore Generale
- Dirigente Amministrativo
- Geologo
- Infermiere Generico
- Infermiere Psichiatrico
- Ingegnere
- Massofisioterapista
- Odontotecnico
- Operatore Socio-Sanitario
- Operatore Tecnico
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- Operatore Tecnico Specializzato
- Ottico
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- Programmatore
- Puericultrice
- Sociologo
- Statistico
- Tutte le professioni

4

3

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia Clinica                | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio                      | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico - Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica                                | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive                                       | <input type="checkbox"/> Pediatria   |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione                           | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale                          | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)   |
| <input type="checkbox"/> Angiologia   | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input checked="" type="checkbox"/> Psichiatria  |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria                             | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Psicoterapia   |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia                                    | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza        | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica  |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia  | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia)                   | <input type="checkbox"/> Radioterapia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale                                 | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia)                   | <input type="checkbox"/> Reumatologia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale                       | <input checked="" type="checkbox"/> Medicina Interna                              | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica                               | <input type="checkbox"/> Medicina Legale  | <input type="checkbox"/> Urologia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva                 | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare  | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare                                | <input type="checkbox"/> Medicina Termale   | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia   |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale                           | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia                                | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia             | <input type="checkbox"/> Nefrologia   | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica  |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico                              | <input type="checkbox"/> Neonatologia   | <input type="checkbox"/> Endocrinologia  |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero           | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia   | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione  |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica                | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia                                      | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale  |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Neurologia                                    | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline   |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile                    |  |
| <input type="checkbox"/> Geriatria  | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia  |  |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione           | <input type="checkbox"/> Oftalmologia   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Oncologia  |  |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica                     | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base              |  |
|   | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia                                |  |
|   | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria                                     |  |

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista**

- Farmacia Ospedaliera                       Farmacia Territoriale

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario**

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche  
 Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati  
 Sanità Animale

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo**

- Psicologia     Psicoterapia

## Progetto Formativo

Area tematica

Area delle dipendenze

Obiettivo formativo

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

Altra

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

Relative alle conoscenze teoriche e cliniche inerenti le dinamiche familiari nelle dipendenze, con approfondimento specifico sul concetto di paternità esaminato alla luce degli aspetti psicopatologici e delle risorse attivabili.

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

Relative all'individuazione delle principali problematiche nelle dinamiche familiari nelle dipendenze e relative modalità di presa in carico più efficaci.

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

Riesame dei protocolli di intervento nella cura e presa in carico del paziente tossicodipendente e del suo contesto familiare.

### **D – Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance):**

Arricchimento culturale, tecnico-professionale e clinico.

### **E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 dal corso**

*\* i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*



Responsabile scientifico del 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 MEDICO CHIRURGO Competenze PSICHIATRA

Responsabile didattico e organizzativo

Cognome DEIDDA Nome CARLA

Codice Fiscale DDDCRL69D51E441N Telefono 070-6096322 Cellulare 3275656364 Fax 070-41534 e-mail

carladeidda@asl8cagliari.it



5

## 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: 7 Minuti: 15

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>3</u>	<u>45</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>1</u>	<u>30</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>30</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>1</u>	<u>30</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

### Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- Questionario (allegare il modello)       Prova orale (allegare le domande)       Esame pratico (allegare la descrizione)  
 Prova scritta (allegare la descrizione)       Project work (allegare la descrizione)  
 Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)

### Altre risorse

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

- Videoproiettore     Computer portatile     Lavagna a fogli mobili     Aula informatica  
 Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

**FORMATORE/TUTOR n. 1**

Ruolo Docente Esterno

Cognome GROSSO Nome LEOPOLDO

Codice Fiscale GRSLLD47G27L219K Luogo di nascita TORINO Data di nascita 27/03/1947

Professione EGM PSICOLOGO Disciplina EGM PSICOTERAPIA

Telefono 0113841073 Cellulare 3357351387 Fax 0113841075 e-mail universtrada@gruppoabele.org Qualifica PSICOLOGO

Inquadramento CCNL Formatori Interni Scegliere un elemento

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 7h 15' Totale compenso € 725,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 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 mobilità come da disposizioni aziendali € 292,18,00

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

**Fonti di finanziamento**

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema  Formazione specifica
- Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo.
- Sponsor Commerciali  Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi?  Si  No

**Riepilogo voci di spesa del corso**

<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 725,00
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 110,00
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 55,58
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 292,18
<b>E</b>	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM ( a cura dell'Area Formazione)	€ 172,15
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 1.354,91

**Macrosistema di appartenenza**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti                        | <input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi                    | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco               |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici                 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione           |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118                         | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale        |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza                 | <input type="checkbox"/> P.O. Marino                        |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe                  |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff                                     | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino                |
| <input type="checkbox"/> DASS Accredimento Strutture Sanitarie          | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità            |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari         | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi                       |



**Dichiarazione di consenso ai fini della pubblicazione dei dati personali**

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><b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p><b>ESTELLO MASSIMO DIANA</b></p>
<p><b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	