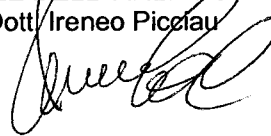


Allegato "A"

Approvazione corso: "Processi clinici e organizzativi nel trattamento delle dipendenze da sostanze".

Il presente allegato è composto di n. ¹⁵ fogli
IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Irene Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1739 DEL 1 OTT. 2013

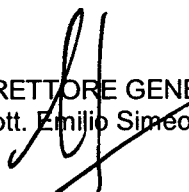
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Sirelli)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Simeone)





Servizio per le Dipendenze
Ser.D 2

Prot. 30 del 24.07.2013

ASL8

NP/2013/ 0030372 del 24/07/2013 ore 16,07

Mittente: SERD Cagliari

Destinatario: DIREZIONE SANITARIA

Classifica: 2



Oggetto: Aggiornamento 2013

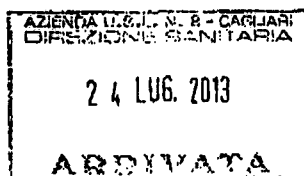
Al Direttore Sanitario
Asl Cagliari
Via Piero della Francesca, 1 Selargius

Si inoltrano i progetti di aggiornamento per l'anno 2013 del Ser.D. 2 via Liguria e si richiede l'autorizzazione per l'accreditamento degli stessi.

Si precisa inoltre che la realizzazione dei progetti "LA PREVENZIONE E LA CLINICA NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE DA SOSTANZE" e "PROCESSI CLINICI E ORGANIZZATIVI NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE DA SOSTANZE" sono a costo zero.

*Area Funzionale
Per un parere*

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)



Il Direttore
Dott. Massimo Diana

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)

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

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: massimodiana@asl8cagliari.it



Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte e consegnata almeno 45 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto formativo residenziale.

1. Cosa?

1.1 Titolo del progetto formativo residenziale

PROCESSI CLINICI E ORGANIZZATIVI NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE DA SOSTANZE

1.2 Accredитamento ECM

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? ☐ Sì ☒ No

Se sì, potranno essere riconosciuti dal comitato tecnico regionale ECM un massimo di 50 crediti.

1.3 Tipologia

Barra una sola casella:

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

1.4 Area tematica

Barra una sola casella:

- ☐ Area comunicazione e relazione
- ☐ Area cure primarie e della continuità assistenziale
- ☐ Area salute mentale
- ☐ Area materno infantile
- ☒ X Area delle dipendenze
- ☐ Area riabilitazione
- ☐ Area oncologica
- ☐ Area diagnostica
- ☐ Area farmaceutica
- ☐ Area giuridico-organizzativa
- ☐ Area qualità e risk management
- ☐ Area tecnica, economico-finanziaria
- ☐ Area metodologica
- ☐ Area etica e deontologica
- ☐ Area specialità chirurgiche
- ☐ Area specialità mediche
- ☐ Area prevenzione
- ☐ Area informatica
- ☐ Area emergenza ed urgenza

ASL8

NP/2013/ 0030143

del 23/07/2013

Mittente : SERD Cagliari

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1, Fascicolo : 250 del 2013



- ☐ Area igiene alimenti e nutrizione
- ☐ Area igiene e sanità pubblica
- ☐ Area sicurezza luoghi di lavoro
- ☐ Area salute immigrati
- ☐ Area gestionale organizzativa
- ☐ Area cardiovascolare
- ☐ Area medicina veterinaria

2. Perché?

2.1 Obiettivo nazionale ECM

Se stai organizzando un corso ECM, specifica un solo obiettivo corrispondente a quelli nazionali individuati dal Ministero della Salute:

- ☐ *Qualità assistenziale relazionale e gestionale nei servizi sanitari*
- ☐ *Etica e deontologia degli interventi assistenziali con riferimento all'umanizzazione delle cure, alla tutela del segreto professionale e alla privacy*
- ☐ *Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento degli interventi preventivi diagnostici, clinici e terapeutici e di misurazione dell'efficienza ed appropriatezza delle prestazioni nei livelli di assistenza*
- ☒ *Formazione interdisciplinare finalizzata allo sviluppo dell'integrazione di attività assistenziali e socio-assistenziali*
- ☐ *Promozione della qualità della vita e della qualità e sicurezza dell'ambiente di vita e di lavoro*
- ☐ *Miglioramento degli stili di vita per la salute*
- ☐ *Miglioramento dell'interazione tra salute ed ambiente e tra salute ed alimentazione*
- ☐ *Tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali, compresi quelli psicologici, delle fasce deboli*
- ☐ *Promozione di una comunicazione corretta ed efficace*
- ☐ *Apprendimento e miglioramento dell'inglese scientifico*
- ☐ *Consenso informato*
- ☐ *Gestione del rischio biologico, chimico e fisico anche con riferimento alla legge 626*
- ☐ *Implementazione dell'introduzione della medicina basata sulle prove di efficacia nella pratica assistenziale*
- ☐ *Sistema informativo sanitario e suo utilizzo per valutazione epidemiologiche*
- ☐ *Formazione multi-professionale per la cooperazione alla definizione del progetto riabilitativo applicato alle diverse aree della disabilità*
- ☐ *Cultura gestionale*
- ☐ *Educazione sanitaria*
- ☐ *Bioetica in medicina*
- ☐ *Organizzazione dipartimentale*
- ☐ *Miglioramento delle conoscenze e delle competenze professionali per le principali cause di malattia con particolare riferimento alle patologie cardiovascolari, neoplastiche e geriatriche*
- ☐ *Interventi di formazione nel campo delle emergenze-urgenze*
- ☐ *Formazione in campo socio-assistenziale e per l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata*
- ☐ *Tutela della salute della donna e del bambino e delle patologie neonatali*
- ☐ *Basi molecolari e genetiche delle malattie e strategie terapeutiche correlate*
- ☐ *Formazione finalizzata all'utilizzo ed all'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici*
- ☐ *Promozione della cultura della donazione e formazione interdisciplinare in materia di trapianti d'organo*
- ☐ *Clinica e diagnostica delle malattie infettive emergenti e riemergenti patologie d'importazione*

- ☐ *Farmaco-epidemiologia, farmaco-economia e farmacovigilanza*
- ☐ *Controllo delle infezioni nosocomiali*
- ☐ *Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici*
- ☐ *Sicurezza degli alimenti*
- ☐ *Sviluppo delle attività e degli interventi di sanità pubblica veterinaria con particolare rif. all'igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, alla sanità animale ed all'igiene degli alimenti di origine animale*
- ☐ *Disturbi del comportamento alimentare e malattie metaboliche*
- ☐ *Implementazione della sicurezza nella produzione, distribuzione ed utilizzo del sangue e degli emoderivati*
- ☐ *Percorsi diagnostici-terapeutici nella pratica della medicina generale*
- ☐ *Progettazione ed utilizzo della ricerca clinica ed epidemiologica in medicina generale e pediatria di libera scelta*
- ☐ *Telemedicina*
- ☐ *Innovazione tecnologica e implementazione delle abilità e manualità nella pratica della medicina generale e della pediatria di libera scelta*
- ☐ *Formazione manageriale in medicina generale e pediatria di libera scelta*
- ☐ *Aggiornamento professionale nell'esercizio dell'attività psicologica e psicoterapeutica*
- ☐ *Aggiornamento delle procedure ed attività professionali per le professioni sanitarie non mediche*
- ☐ *Percorsi assistenziali: integrazione tra ospedalizzazione, assistenza specialistica, assistenza domiciliare integrata*
- ☐ *Utilizzo delle tecnologie radianti a fini preventivi, diagnostici e terapeutici*
- ☐ *Ottimizzazione dell'impiego delle terapie termali nell'ambito delle prestazioni nel sistema sanitario nazionale*
- ☐ *Valutazione dei fondamenti scientifici e dell'efficacia delle medicine alternative o non convenzionali*
- ☐ *Prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie odonto-stomatologiche e maxillo-facciali*

2.2 Pertinenza

Motivare la pertinenza dell'evento all'obiettivo selezionato (massimo 300 caratteri, spazi inclusi):

Migliorare la presa in carico degli utenti attraverso l'approfondimento di argomenti a carattere clinico e organizzativo, con presentazione e discussione di casi clinici, coinvolgendo le diverse professionalità.

3. Come?

3.1 Finalità e metodologia didattica

Per i progetti ECM indicare le metodologie didattiche utilizzate e il tempo di formazione utilizzato per ciascuna di esse in una singola edizione:

- ☒ **XA - Acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti**
 - ☐ **XCD** - Confronto/dibattito fra discenti ed esperto/docente/relatore: 240 minuti
 - ☐ **DF** - Discussione di filmati: _____ minuti
 - ☐ **LG** - Lavori di gruppo: 480 minuti
 - ☐ **XLRP** - Lezioni e relazioni su tema preordinato: 480 minuti
 - ☐ **TD** - Tavole rotonde: _____ minuti
 - ☐ **XVF** - Verifica apprendimento: _____ minuti

- ☐ **B -Acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche**
 - ☐ DT - Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti: _____ minuti
 - ☐ ED - Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche: _____ minuti
 - ☐ DF - Discussione di filmati: _____ minuti
 - ☐ RP - Role playing: _____ minuti
 - ☐ VF - Verifica apprendimento: _____ minuti
- ☐ **C -Migliorare le capacità relazionali e comunicative**
 - ☐ DF - Discussione di filmati: _____ minuti
 - ☐ LPG - Lavori a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produz. di rapporto finale: _____ minuti
 - ☐ LG - Lavori di gruppo: _____ minuti
 - ☐ RP - Role playing: _____ minuti
 - ☐ VF - Verifica apprendimento _____ minuti
- ☐ **XD -Acquisire competenze di analisi e risoluzione di problemi**
 - ☐ DT - Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti: _____ minuti
 - ☐ LPG - Lavori a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produz. di rapporto finale: _____ minuti
 - ☐ DA - Discutere con l'esperto: _____ minuti
 - ☐ VDA - Incontri di verifica a distanza dell'apprendimento: _____ minuti
 - ☐ XCC - Presentazione e discussione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria: 720 minuti
 - ☐ IPE - Istruzione e presentazione e discussione di un elaborato (project work): _____ minuti
 - ☐ RP - Role playing: _____ minuti
 - ☐ VF - Verifica apprendimento: _____ minuti

3.2 Programma

Si allega il programma del corso? ☒ **Sì** | ☐ **No**

Se no, non potrà essere accreditato il corso sul sistema regionale ECM.

Utilizzare esclusivamente il modello allegato, indicando i tempi coerentemente con quanto riportato al punto precedente (metodologia didattica).

3.3 Durata

Durata complessiva di una singola edizione: (ore) 32

La durata complessiva di una singola edizione deve corrispondere alla somma dei tempi precedentemente indicati (Finalità e metodologie didattiche, punto 3.1).

Nella durata della singola edizione non devono pertanto essere conteggiati eventuali coffee break, pausa pranzo, saluti iniziali/finali e la registrazione degli utenti.

3.4 Valutazione

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

- ☒ **X** Questionario (allegare il modello)
- ☐ Esame orale (allegare le domande)
- ☐ Prova pratica (allegare la descrizione)
- ☐ Project work (allegare la descrizione)
- ☐ Elaborati (allegare il modello)

Quando?

4.1 Edizioni e date

Il progetto formativo aziendale si svolge in più edizioni? ☐ Sì | ☒ No

Se sì, indicare le date di inizio e fine, se no, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista.

Edizione numero	Data di inizio (gg/mm/aaaa)	Data di fine (gg/mm/aaaa)
	13/11/2013	19/03/14

4. Dove?

5.1 Sede di svolgimento

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? ☐ X Sì | ☐ No

Se no, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione entro 30 giorni dall'inizio del corso.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Struttura	Ser.D. 2		
Via	Liguria	Num	snc
Comune/Prov.	Cagliari	CAP	09131

5.2 Attrezzatura

Si richiede: ☐ X Videoproiettore | ☐ X Computer portatile | ☐ Lavagna a X fogli mobili | ☐ Aula informatica

5. Quanto?

6.1 Voci di spesa

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa riferendosi al costo di tutte le edizioni previste. Per la corretta compilazione, vedi l'allegato "Massimali e retribuzione docenti".

Docenza:	€ 0,00
Pernottamento:	€ 0,00
Pasti:	€ 0,00
Mobilità	€ 0,00
Altro (specificare)	€ 0,00

6.2 Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Formazione strategica: | € |
| <input type="checkbox"/> Formazione di sistema: | € |
| <input type="checkbox"/> Formazione specifica: | € |
| <input type="checkbox"/> Sponsor non commerciali: | € |
| <input type="checkbox"/> Sponsor commerciali: | € |
| <input type="checkbox"/> Quote di iscrizione: | € |

Se formazione specifica, indicare la ripartizione della spesa per area contrattuale:

Area contrattuale	Comparto	Dir. Med e Vet.	Dir. STPA
Spesa	€	€	€

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? ☐ Sì | ☐ No

6. Chi?

7.1 Partecipanti

Numero massimo dei partecipanti: 16

Professione

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni e il numero dei rispettivi partecipanti:

- ☒ **Professioni ECM (sanitarie):**
- ☐ Assistente sanitario: _____
 - ☐ Biologo: _____
 - ☐ Chimico: _____
 - ☐ Dietista: _____
 - ☐ **XEducatore professionale: 1**
 - ☐ Farmacista: _____
 - ☐ Fisico: _____
 - ☐ Fisioterapista: _____
 - ☐ Igienista dentale: _____
 - ☐ **XInfermiere: 7**
 - ☐ Infermiere pediatrico: _____
 - ☐ Logopedista: _____
 - ☐ **XMedico: 3**
 - ☐ Odontoiatra: _____
 - ☐ Odontotecnico: _____
 - ☐ Ortottista/assistente di oftalmologia: _____
 - ☐ Ostetrica/o: _____
 - ☐ Ottico: _____
 - ☐ Podologo: _____
 - ☐ **XPsicologo: 2**
 - ☐ Tecnico audiometrista: _____
 - ☐ Tecnico audio-protesista: _____

- ☐ Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro: _____
- ☐ Tecnico della riabilitazione psichiatrica: _____
- ☐ Tecnico di neuro-fisiopatologia: _____
- ☐ Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria: _____
- ☐ Tecnico ortopedico: _____
- ☐ Tecnico sanitario di radiologia medica: _____
- ☐ Tecnico sanitario laboratorio biomedico: _____
- ☐ Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva: _____
- ☐ Terapista occupazionale: _____
- ☐ Veterinario: _____
- ☐ Tutte le professioni ECM: _____
- ☒ **Professioni non ECM (sanitarie-tecnico-amministrative):**
 - ☐ Analista: _____
 - ☐ Architetto: _____
 - ☐ Assistente amministrativo: _____
 - ☐ Assistente religioso: _____
 - ☐ Assistente tecnico: _____
 - ☐ Ausiliario specializzato: _____
 - ☐ Avvocato: _____
 - ☐ Coadiutore amministrativo: _____
 - ☐ Collaboratore professionale sanitario: _____
 - ☐ Collaboratore professionale sanitario - personale della riabilitazione: _____
 - ☐ Collaboratore professionale sanitario - personale tecnico: _____
 - ☐ Collaboratore professionale sanitario - personale tecnico esperto: _____
 - ☒ **Collaboratore professionale assistente sociale: ____ 2 ____**
 - ☐ Collaboratore tecnico - professionale: _____
 - ☐ Collaboratore amministrativo professionale: _____
 - ☐ Commesso: _____
 - ☐ Direttore amministrativo: _____
 - ☐ Direttore dei servizi sociali: _____
 - ☐ Direttore generale: _____
 - ☐ Dirigente amministrativo: _____
 - ☐ Geologo: _____
 - ☐ Infermiere generico: _____
 - ☐ Infermiere psichiatrico: _____
 - ☐ Ingegnere: _____
 - ☐ Masso-fisioterapista: _____
 - ☒ **Operatore socio-sanitario: ____ 1 ____**
 - ☐ Operatore tecnico: _____
 - ☐ Operatore tecnico addetto assistenza (OTA) : _____
 - ☐ Operatore tecnico specializzato: _____
 - ☐ Personale della riabilitazione massaggiatore non vedente: _____
 - ☐ Profilo atipico ruolo amministrativo: _____
 - ☐ Profilo atipico ruolo professionale: _____
 - ☐ Profilo atipico ruolo sanitario: _____

- ☐ *Profilo atipico ruolo sanitario:* _____
- ☐ *Profilo atipico ruolo tecnico:* _____
- ☐ *Programmatore:* _____
- ☐ *Puericultrice:* _____
- ☐ *Sociologo:* _____
- ☐ *Statistico:* _____
- ☐ *Tutte le professioni non ECM:* _____

Nominativi

Si allegano i nominativi? ☒ **Si** | ☐ **No**

L'elenco dei partecipanti deve essere trasmesso all'Area Formazione 10 giorni prima dell'inizio dell'attività formativa. Per ogni partecipante si deve indicare nome e cognome, matricola, struttura di appartenenza, luogo e data di nascita.

7.2 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 (disponibili fra gli allegati).

Dati del responsabile scientifico:

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

Nome	Estello Massimo	Cognome	Diana
Qualifica	Medico Psichiatra Direttore Struttura Complessa Ser.D. 2		
Competenze	Manageriali, Psichiatriche, Psicoterapeutiche		
Telefono	070 47444311	Cellulare	337 815220
Fax	070 47444272	email	massimodiana@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Carbonia (CA)	Data di nascita	27/03/1952

Si è provveduto a inviare il curriculum allegato (max 500 Kb) a formazione@asl8cagliari.it? ☒ **Si** | ☐ **No**
 Il curriculum in formato elettronico è necessario per l'accreditamento ECM.

Dati del docente:

Nome	Mercedes	Cognome	Masia
Telefono	070 47444303	Cellulare	338 5209066
Fax	070 47444272	email	mercedes_masia@yahoo.co.uk mercedesmasia@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Lanusei	Data di nascita	12/04/1959
Ore di docenza	8	Dipendente ASL8	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Nome	Pietrina	Cognome	Solinas
Telefono	070 47444302	Cellulare	320 0576291
Fax	070 47444272	email	pietrinasolinas@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	Castelsardo	Data di nascita	22/07/1956
Ore di docenza	4	Dipendente ASL8	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Nome	Pierpaolo	Cognome	Congia
Telefono	070 47444296	Cellulare	340 2387470
Fax	070 47444272	email	pierpaolocongia@asl8cagliari.it pierpaolo.congia@gmail.com
Luogo di nascita	Sanluri	Data di nascita	30/10/1959
Ore di docenza	8	Dipendente ASL8	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Nome Franca Cognome Tarantini
 Telefono 070 47444287 Cellulare 347 9067020
 Fax 070 47444272 email francatarantini@asl8cagliari.it
 Luogo di nascita Corato (Bari) Data di nascita 11/09/1959
 Ore di docenza 2 Dipendente ASL8 ☐ **XSì** | ☐ **No**

Nome Amalia Cognome Tumolillo
 Telefono 070 47444308 Cellulare 338 7545361
 Fax 070 47444272 email amaliatumolillo@asl8cagliari.it
 Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 08/06/1961
 Ore di docenza 1 Dipendente ASL8 ☐ **XSì** | ☐ **No**

Nome Renata Cognome Casu
 Telefono 070 47444292 Cellulare 3497486698
 Fax 070 47444272 email renatacasu@asl8cagliari.it
 Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/07/1965
 Ore di docenza 1 Dipendente ASL8 ☐ **XSì** | ☐ **No**

Nome Paola Cognome Sanna
 Telefono 070 47444309 Cellulare 392 4999899
 Fax 070 47444272 email paolasanna@asl8cagliari.it
 Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 18/04/1958
 Ore di docenza 2 Dipendente ASL8 ☐ **XSì** | ☐ **No**

Nome Antonio Cognome Podda
 Telefono 070 47444290 Cellulare 328 9031311
 Fax 070 47444272 email antoniopodda@asl8cagliari.it
 Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/04/1958
 Ore di docenza 2 Dipendente ASL8 ☐ **XSì** | ☐ **No**

Nome Paola Cognome Spiga
 Telefono 070 47444294 Cellulare 338 8272271
 Fax 070 47444272 email paolaspiga58@asl8cagliari.it
 Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 25/09/1958
 Ore di docenza 2 Dipendente ASL8 ☐ **XSì** | ☐ **No**

Nome Isa Paola Cognome Loi
 Telefono 070 47444295 Cellulare 338 1376842
 Fax 070 47444272 email isapaolalo@asl8cagliari.it
 Luogo di nascita Ortueri Data di nascita 14/05/1961
 Ore di docenza 2 Dipendente ASL8 ☐ **XSì** | ☐ **No**

Si è provveduto a inviare il curriculum allegato (max 500 Kb) a formazione@asl8cagliari.it? ☐ **XSì** | ☐ **No**
 Il curriculum in formato elettronico è necessario per l'accreditamento ECM.

Il docente è interno (dipendente ASL8 di Cagliari)? ☐ **XSì** | ☐ **No**

Se sì, indicare:

Area contrattuale: ☐ **XDirigenza** | ☐ **XComparto** Svolgimento docenza: ☐ **XIn servizio** | ☐ **Fuori servizio**

Se no, indicare:

Professione: ☐ **Dipendente pubblico** | ☐ **Libero professionista titolare di P. IVA** | ☐ **Consulente senza P. IVA**

Fascia professionale (vedi scheda allegata): ☐ **A** | ☐ **B** | ☐ **C** | ☐ **D**

Per importi superiori alla fascia di appartenenza sarà necessaria l'autorizzazione della Direzione Aziendale.

7.3 Referente per la formazione della struttura organizzativa

Il referente per la formazione collabora per conto del responsabile scientifico con l'Area Formazione alla progettazione e realizzazione delle attività formative.

Dati del referente della segreteria organizzativa:

Nome	Daniela	Cognome	De Fabritiis
Telefono	070 47444289	Cellulare	3478215566
Fax	070 47444272	email	danieladefabritiis@asl8cagliari.it
Indirizzo	Via Liguria snc – Ser.D.2		

7.4 Area Formazione

L'Area Formazione supporta il responsabile scientifico e il referente per la formazione della struttura organizzativa durante la progettazione, la realizzazione e la valutazione delle attività formative.

Indicare il proprio Presidio Ospedaliero, la Macrostruttura o il Dipartimento di riferimento:

- ☐ Coordinamento distretti (referente Area Formazione Tiziana Cotza)
- ☐ D.A. Servizi amministrativi (referente Area Formazione Alessandro Folleri)
- ☐ D.A. Servizi tecnico logistici (referente Area Formazione Alessandro Folleri)
- ☐ D.G. Staff (referente Area Formazione Laura Bernardini)
- ☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari (referente Area Formazione Anna Paola Ibba)
- ☒ **Dipartimento Dipendenze** (referente Area Formazione Tiziana Cotza)
- ☐ Dipartimento Farmaco (referente Area Formazione Anna Paola Ibba)
- ☐ P.O. Binaghi (referente Area Formazione Gianfranco Mereu e Paolo Nieddu)
- ☐ P.O. Businco (referente Area Formazione Laura Bernardini)
- ☐ P.O. Marino (referente Area Formazione Anna Paola Ibba)
- ☐ P.O. Microcitemico (referente Area Formazione Alessandro Folleri)
- ☐ P.O. San Giuseppe (referente Area Formazione Gianfranco Mereu e Paolo Nieddu)
- ☐ P.O. San Marcellino (referente Area Formazione Gianfranco Mereu e Paolo Nieddu)
- ☐ P.O. Santissima Trinità (referente Area Formazione Laura Bernardini)
- ☐ Dipartimento Prevenzione (referente Area Formazione Alessandro Folleri)
- ☐ Dipartimento Salute mentale (referente Area Formazione Anna Paola Ibba)

8. Validazione della richiesta

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Area Formazione dal Responsabile della Struttura 45 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

Luogo: Cagliari

Data (gg/mm/aaaa): 13/06/13

Nome e cognome (in stampatello)

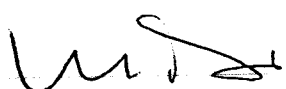
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento,
Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

Dr. ESTELLO MASSIMO DIANA

Timbro e Firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento,
Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

Azienda Sanitaria di Cagliari
(Ser.) Direttore del Ser.D.2
(Servizio per le Dipendenze)
Dott. Massimo Diana



PROCESSI CLINICI E ORGANIZZATIVI NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE DA SOSTANZE**PROGRAMMA****I° Incontro 13/11/2013**

13,30-17,30	Accoglienza e presa in carico del paziente tossicodipendente Paola Sanna, Antonio Podda Confronto dibattito 30 minuti Lavoro di gruppo 60 minuti Relazione sul tema preordinato 60 minuti Presentazione e discussione di problemi o di casi clinici 90 minuti
-------------	--

II° Incontro 27/11/2013

13,30-17,30	Strategie di intervento nei percorsi terapeutico-riabilitativi: trattamenti sostitutivi - Estello Massimo Diana Confronto dibattito 30 minuti Lavoro di gruppo 60 minuti Relazione sul tema preordinato 60 minuti Presentazione e discussione di problemi o di casi clinici 90 minuti
-------------	--

III° Incontro 11/12/2013

13,30-17,30	Tossicodipendenza e farmaci psichiatrici - Mercedes Masia Confronto dibattito 30 minuti Lavoro di gruppo 60 minuti Relazione sul tema preordinato 60 minuti Presentazione e discussione di problemi o di casi clinici 90 minuti
-------------	--

IV° Incontro 22/01/2014

13,30-17,30	Programma di trattamento per pazienti cocainomani - Pierpaolo Congia Confronto dibattito 30 minuti Lavoro di gruppo 60 minuti Relazione sul tema preordinato 60 minuti Presentazione e discussione di problemi o di casi clinici 90 minuti
-------------	---

V° Incontro 05/02/2014

13,30-17,30	Tossicodipendenza e Disturbi dell'umore - Mercedes Masia <i>Confronto dibattito 30 minuti Lavoro di gruppo 60 minuti Relazione sul tema preordinato 60 minuti Presentazione e discussione di problemi o di casi clinici 90 minuti</i>
--------------------	---

VI° Incontro 19/02/2014

13,30-17,30	Protocollo Acudetox - Pietrina Solinas <i>Confronto dibattito 30 minuti Lavoro di gruppo 60 minuti Relazione sul tema preordinato 60 minuti Presentazione e discussione di problemi o di casi clinici 90 minuti</i>
--------------------	---

VII° Incontro 05/03/2014

13,30-17,30	Violenza di genere - Franca Tarantini, Amalia Tumolillo, Renata Casu <i>Confronto dibattito 30 minuti Lavoro di gruppo 60 minuti Relazione sul tema preordinato 60 minuti Presentazione e discussione di problemi o di casi clinici 90 minuti</i>
--------------------	---

VIII° Incontro 19/03/2014

13,30-17,30	Report del Servizio per le Dipendenze sugli inserimenti in comunità terapeutica - Pierpaolo Congia <i>Confronto dibattito 30 minuti Lavoro di gruppo 60 minuti Relazione sul tema preordinato 60 minuti Presentazione e discussione di problemi o di casi clinici 90 minuti</i>
--------------------	---