ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ATS- AREA SOCIO SANITARIA LOCALE CAGLIARI

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° DTD8-2017-773 DEL 23/10/2017

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE

OGGETTO:
Approvazione Progetto Formativo Aziendale "Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD"

Con la presente sottoscrizione si dichiara che l'istruttoria è corretta, completa nonché conforme alle risultanze degli atti d'ufficio, per l'utilità e l'opportunità degli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.

Responsabile Struttura Proponente:
Dott. /Dott.ssa: TULLIO GARAU (firma digitale apposta)

La presente Determinazione:
è soggetta alla comunicazione al competente Assessorato regionale ai sensi dell'art. 29 della L. R. n° 10/ 2006 e ss.mm.ii.

Si attesta che la presente determinazione dirigenziale viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line dell'ASSL Cagliari, dal **23/10/2017** al **07/11/2017**

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

Il Responsabile del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione

VISTA la Legge Regionale n. 17 del 27.07.2016 di istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS);

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale della ASSL di Sassari n. 143 del 29/12/2016 di nomina del dott. Paolo Tecleme Direttore dell'Area Socio Sanitaria di Cagliari;

VISTO la Deliberazione del Direttore Generale della ATS n. 11 del 18/01/2017 avente per oggetto l'individuazione delle funzioni/attività attribuite ai Direttori delle Aree Socio-Sanitarie e ai Dirigenti dell'Azienda per la Tutela della Salute;

VISTA la nota prot. n. 817 del 05.01.2017 con la quale il Direttore ASSL Cagliari, nelle more dell'adozione da parte dell'ATS del nuovo sistema di deleghe dirigenziali, al fine di garantire continuità nell'erogazione dei servizi, conferma i provvedimenti di attribuzione delle deleghe aziendali adottati dall'ex ASL 8;

VISTA la nota del Direttore ASSL Cagliari, prot. n. NP/2017/30358 del 04/04/2017, con la quale conferma che il dott. Tullio Garau, già nominato sostituto, prosegua nello svolgimento della funzione di Responsabile del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione;

DATO ATTO che il soggetto che propone il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti ed alla Normativa Anticorruzione, e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

RICHIAMATO il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, (G.U. n. 80 del 05/04/2013), in materia di trattamento dei dati personali;

VISTI la Legge Regionale n.10 del 28.07.2006 sul "Riordino del servizio sanitario della Sardegna" e in particolare l'art. 25 che stabilisce che "La Regione riconosce l'importanza della formazione tecnico-professionale e gestionale della dirigenza e del restante personale del S.S.R . e, a tale scopo, ne favorisce la formazione continua e promuove occasioni di formazione sulla programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, con particolare attenzione alla diffusione delle tecniche di monitoraggio e controllo sull'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni e dei servizi sanitari;

l'Accordo Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul "Riordino del Sistema di Formazione Continua in Medicina", del 1 agosto 2007e il successivo Accordo del 2 febbraio 2017 sul documento "La formazione continua nel settore salute";

il D.P.C.M. 26 Luglio 2010 - Recepimento dell'Accordo tra lo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, stipulato in data 5 novembre 2009, in materia di accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero e liberi professionisti;

l'art. 3 della L. 136/2010 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" e s.m.i.;

il D. lgs. 12 aprile 2006, n. 163 Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE;

l'art. 53, comma 6 lettera F bis del D. lgs. n. 165 del 30.03.2001 e successive modifiche ed integrazioni;

la DGR n. 72/23 del 19 dicembre 2008, "Riordino del sistema regionale della formazione continua in medicina";

la Delibera ASL Cagliari n. 401 del 16 aprile 2010, "Adozione, in via sperimentale, del Regolamento Aziendale in Materia di Formazione ed Aggiornamento Professionale";

PRESO ATTO delle delibere ASL Cagliari n. 137 del 30/01/2013 " recepimento della deliberazione G.R. n. 52/94 del 23/12/2011, n. 138 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/74 del 24/07/2012, n. 139 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/79 del 24/07/2012 e n. 140 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/80 del 24/07/2012, relative agli indirizzi per il Nuovo Sistema ECM;

della delibera della Giunta Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n. 4/14 del 5 febbraio 2014 "Manuale di Accreditamento dei provider regionali ECM";

VISTA la richiesta di attivazione del progetto formativo residenziale prot.2017/76273 del 11 settembre 2017, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (Allegato A), con la quale il Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale, Dott. Augusto Contu, chiede che sia attivato il progetto formativo "Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD", stabilendo contestualmente gli obiettivi, il Responsabile Scientifico, la tipologia dei partecipanti e i docenti;

ATTESO che il costo per l'organizzazione del corso in parola graverà sui fondi per la Formazione Aziendale definiti con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016;

ACCERTATO che l'attività di formativa proposta risulta articolata come segue:

- il corso si terrà in due edizioni, di una giornata formativa di otto ore ciascuna;
- destinatari del progetto sono n. 110 operatori sanitari (55 per edizione), dipendenti del Dipartimento di Salute Mentale. Si precisa che sarà la stessa U.O. a comunicare all'Area Formazione i nominativi dei partecipanti;
- le attività didattiche si svolgeranno, nelle giornate indicate nel programma, a Cagliari presso la Sala Convegni del Ser.D. in Via dei Valenzani;
- la docenza sarà affidata ai docenti esterni:

  - Dott. Giuseppe Maina medico psichiatra

  - Dott. Francesco Oliva medico psichiatra

  - Dott. Roberto Keller medico psichiatra;

Modalità di partecipazione

La formazione in parola, ferme restando le esigenze di continuità del servizio, costituisce aggiornamento obbligatorio per i dipendenti della ASSL Cagliari individuati, per i quali le eventuali eccedenze orarie, accumulate in occasione dell'attività formativa, rispetto al debito settimanale, daranno luogo al recupero orario, d'intesa con il diretto responsabile gerarchico, escludendo pertanto qualsivoglia forma di monetizzazione;

Aspetti economici

La spesa massima prevista per la realizzazione del progetto è pari a € 4.942,15 e si specifica che in tale importo rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso, mobilità, vitto, alloggio docente e costi per l'accreditamento ECM), per un costo procapite previsto pari a € 44,92 ed un costo orario pari a € 5,61, come specificato in dettaglio nella tabella costi dell' Allegato A, parte integrante del presente atto;

PRESO ATTO che:

i docenti sono stati individuati e proposti dal Direttore del Dipartimento di Salute Mentale con dichiarazione del 8 settembre 2017, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (Allegato A) dalla quale risulta che la scelta è stata tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico e didattico, anche in virtù del ruolo professionale svolto, come risulta dai curricula degli stessi, dichiarando altresì che, in merito a tale indicazione di scelta, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, non sussiste alcun conflitto di interesse;

i docenti stessi forniscono dichiarazione, parte integrante del presente atto (Allegato A), in merito all'insussistenza di conflitti di interesse rispetto all'attività di docenza in questione, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e provvedono altresì a formulare un'offerta economica comprensiva dell'indicazione delle spese che dovranno sostenere;

DETERMINA

per i motivi esposti in premessa:

1) di approvare il Progetto Formativo Aziendale "Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD";
2) di definire che l'attività formativa si terrà come da date e articolazione oraria indicate nel programma, con la partecipazione dei docenti che risultano indicati e per i quali il presente atto costituisce formale incarico;
3) di fissare in € 4.942,15 il limite massimo delle spese da sostenere per la realizzazione del progetto formativo in oggetto (dettagliate nella tabella costi previsti dell'Allegato A) e di precisare che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso, mobilità, vitto, alloggio docente e costi per l'accreditamento ECM);

4) di dare atto che l'importo di spesa stimato per ciascun partecipante sia pari a € 44,92 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 5,61;

5) che il costo per l'organizzazione di questo corso di formazione graverà su quanto già impegnato per la Formazione Aziendale con delibera n. 1534 del 15.12.2016;

6) di dare atto che la suindicata spesa complessiva graverà sull'esercizio finanziario corrente secondo la tabella di seguito riportata:

ANNO	UFF. AUTORIZZ.	MACRO	COD. CONTO	DESCRIZIONE	IMPORTO (IVA INCL.)
2017	BS2	Area Formazione	A506030204	Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale	€ 172,15
2017	BS2	Area Formazione	A506030201	Compensi ai docenti esterni	€ 4.770,00

7) di autorizzare il Servizio Bilancio al pagamento delle competenze dovute in favore di coloro che erogheranno servizi per la funzionalità del progetto formativo a seguito di presentazione di regolare documentazione contabile e previa liquidazione contenente l'attestazione di regolare esecuzione da parte del responsabile della UO proponente il Progetto formativo;

8) di attribuire all'Area Formazione del Servizio Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale, per quanto di competenza, tutti gli adempimenti organizzativi ed amministrativi legati allo svolgimento dell'attività formativa in questione;

9) di comunicare la presente determinazione all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, ai sensi dell'art. 29, comma 2, della L.R. n. 10/2006, come modificato dall'art. 3 della L.R. n° 21/2012

IL RESPONSABILE F.F. DEL SERVIZIO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE – AREA FORMAZIONE
Dott. Tullio Garau

(firma digitale apposta)

S.C. Sviluppo Organizzativo e
valutazione del Personale-Area Formazione: TG
Estensore e Responsabile del Procedimento: API

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

Direzione generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
Area Formazione

Allegato "A"

Progetto Formativo

"Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD"

Il presente allegato è composto di n.18 fogli,
di n.18 pagine.

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

Dipartimento di Salute Mentale

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/76273 del 11/09/2017 ore 13.57
Mitt.: ASSL Cagliari DIPARTIMENTO SALUTE
Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1.5.7.

Alla c.a del Responsabile f.f. Area Formazione

Dott Tullio Garau

Oggetto: Richiesta attivazione dell'evento residenziale Corso **" Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD "**, già approvato nel PFA 2017 .

Si chiede l'attivazione del corso **" Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD "** previsto in due edizioni, il 30 novembre e il 1 dicembre 2017. Il corso è già stato approvato nel PFA del 2017.

La formazione sul tema dei disturbi dello spettro autistico e ADHD, è stata richiesta da tutti i centri a seguito dell'osservazione unanime circa una nuova utenza che, spesso già seguita nei servizi sanitari per minori, afferisce con la maggiore età al DSM.

Il corso è rivolto a tutti gli operatori di tutte le Unità Operative del DSM .

Il costo del corso ammonta ad euro 5000,00, comprensivo dell 'accreditamento ECM, costo inferiore a quanto disposto sul PAF, previsto per euro 7670,00.

Distinti saluti

Il Direttore DSM
Dott. Augusto Contu

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
26 SET. 2017
PRESA IN CARICO

Referente formazione DSM
Dott.ssa M.Carla Montixi

ATS Sardegna
Sede: Via Monte Grappa, 82
07100 Sassari
P. IVA: 00935650903
C.F.: 92005870909
www.atssardegna.it

ASSL Cagliari
Sede: Via Piero della Francesca 1
09047 Selargius
www.aslcagliari.it

Servizio
Dipartimento Salute Mentale -
ASL 8 Cagliari
Cittadella della Salute -
Padiglione E
Via Romagna 16, 09127 Cagliari

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

Servizio Proponente Dipartimento di Salute Mentale

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD "

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

Scegliere un elemento.

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 di edizioni previste 2

	Data Inzio	Data fine		Data Inzio	Data fine
1ª Edizione	30/11/2017	30/11/2017	6ª Edizione	/ /	/ /
2ª Edizione	01/12/2017	01/12/2017	7ª Edizione	/ /	/ /
3ª Edizione	/ /	/ /	8ª Edizione	/ /	/ /
4ª Edizione	/ /	/ /	9ª Edizione	/ /	/ /
5ª Edizione	/ /	/ /	10ª 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.

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 serd

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, via dei Valenzani

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 0 **Totale Partecipanti** 55

☐ 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/Provati/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

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

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

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 salute mentale

Obiettivo formativo

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

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Aggiornamento sui temi dell'ADHD adulto e Disturbi dello spettro autistico

B - Acquisizione competenze di processo:

Approfondimento di aspetti diagnostici e trattamento di ADHD e disturbi dello spettro autistico nell'adulto nella fase di acquisizione della maggiore età (invio dai servizi per minori) e presa in carico da adulto,

C - Acquisizione competenze di sistema:

Fare clic qui per immettere testo.

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

Acquisizione di competenze e strumenti di diagnosi e trattamento dei disturbi ADHD e dello spettro autistico nell'adulto

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

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

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome Trogu Nome Emanuela
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.
Telefono 070/6096141 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail emanuelatrogu@asl8cagliari.it
Qualifica Dirigente Psichiatra Competenze Psichiatria

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Montixi Nome Maria Carla
Codice Fiscale MNTMCR64D43L122ETelefono 070 47443443 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mcarlamontixi@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:** 08 **Minuti:** 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	**LM**	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	**LRP**	04	00
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	**TR**	00	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	**CD**	02	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	**DTSED**	00	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	**PPCC**	02	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	**LPG**	00	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	**ED**	00	00
Role - Playing	**RP**	00	00

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)*

Attrezzatura

(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 n. 1

Ruolo Docente Esterno
Cognome MAINA Nome GIUSEPPE
Codice Fiscale MNAGPP60P09L219D Luogo di nascita TORINO Data di nascita 09/09/1960
Professione ECM MEDICO CHIRURGO Disciplina ECM PSICHIATRIA
Telefono 0119026517 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0119026595 e-mail giuseppe.maina@unito.it
Qualifica Professore associato Università degli Studi di Torino – Direttore SCDU Psichiatria AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO)
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 8 Totale compenso € 800,00
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 005 Totale spesa rimborso pasti € 138.95
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 3 Totale spesa pernottamento € 330,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 320,00

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

FORMATORE n. 2

Ruolo Docente Esterno
Cognome OLIVA Nome FRANCESCO
Codice Fiscale LVOFNC77D25E020N Luogo di nascita GIAVENO (TO) Data di nascita 25/04/1977
Professione ECM MEDICO CHIRURGO Disciplina ECM PSICHIATRIA
Telefono 0119026517 Cellulare 3336253520 Fax 0119026595 e-mail francesco.oliva@unito.it Qualifica Ricercatore Universitario tempo indeterminato Università degli Studi di Torino
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 8 Totale compenso € 800,00
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 005 Totale spesa rimborso pasti € 138.95
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 3 Totale spesa pernottamento € 330,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 320,00

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

FORMATORE n. 3

Ruolo Docente Esterno
Cognome KELLER Nome ROBERTO
Codice Fiscale KLLRRT64C14L219D Luogo di nascita TORINO Data di nascita 14/03/1964
Professione ECM MEDICO Disciplina ECM PSICHIATRIA
Telefono 0114336129 Cellulare 3480369283 Fax 0114332719 e-mail rokel2003@libero.it Qualifica DIRIGENTE MEDICO ASL TO, PROFESSORE A CONTRATTO UNIVERSITA' DI TORINO
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 8 Totale compenso € 800,00
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 005 Totale spesa rimborso pasti € 138.95
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 3 Totale spesa pernottamento € 330,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 320,00

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? ☐Sì ☐No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 2400,0
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 990,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 420,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 960,00
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)	€ 172,15
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) ***A cura dell'Area Formazione***	€ 4.942,15

Macrostruttura di appartenenza

☐ Coordinamento distretti
☐ D.A. Servizi amministrativi
☐ D.A. Servizi tecnico logistici
☐ Centrale Operativa 118
☐ Dipartimento Emergenza Urgenza
☐ Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
☐ D.G. Staff
☐ DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
☐ Dipartimento Dipendenze
☐ Dipartimento Farmaco
☐ Dipartimento Prevenzione
☒ Dipartimento Salute Mentale
☐ P.O. Marino
☐ P.O. San Giuseppe
☐ P.O. San Marcellino
☐ P.O. Santissima Trinità
☐ P.O. Binaghi

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)	AUGUSTO CONTU
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Il Direttore DSM Dott. Augusto Contu

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

" TRATTAMENTO NELL'ADULTO DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO E ADHD "

Cagliari
1 EDIZIONE 30 NOVEMBRE 2017
2 EDIZIONE 01 DICEMBRE 2017

Prof. Giuseppe Maina, Dott. Francesco Oliva
Dott. Roberto Keller

PROGRAMMA

Mattina

09.00 - 11.00	ADHD: epidemiologia, clinica, comorbilità e trattamento
11.00 – 12.00	casi clinici
12.00 – 13.00	Dibattito tra docenti e discenti

13.00 – 14.00 pausa pranzo

Pomeriggio

14.00 – 16.00	diagnosi e organizzazione dell'intervento nei disturbi dello spettro autistico in età adulta
16.00-17.00	casi clinici
17.00 – 18.00	Dibattito tra docenti e discenti
	Conclusioni e Prova ECM

Indicazione di scelta del docente
e dichiarazione assenza di conflitto di interessi

(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Augusto Contu Direttore della Struttura Dipartimento di Salute Mentale, committente del Corso Formativo dal titolo **Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD ,**di prossima programmazione,

indico quale docente dell'attività formativa in questione

i dottori : Maina Giuseppe, Keller Roberto e Oliva Francesco

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico.

Dichiaro che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta **non sussistono** da parte mia **conflitti di interesse**.

Data, 08.09.2017

Firma e timbro

Il Direttore DSM
Dott. Augusto Contu

maDichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente
e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto__ROBERTO KELLER_____ nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo **" Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD "**

di prossima programmazione,

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Allego il programma e un preventivo spese.

Data,__5-9-17_____ Firma_____

Dichiarazione Preventivo Spese

Io sottoscritto__Roberto Keller _____ nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo **" Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD "**

in programma per l'anno 2017, organizzato dal Dipartimento di Salute Mentale della ASSL di Cagliari, propongo il seguente preventivo spese

docenza	Euro 800
Pernottamento 3 notti	Euro 330
pasti	Euro 140
viaggio	Euro 320

Totale spese Euro 1590

Data 5/9/17 Firma __

R Keller _____

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente
e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto MAINA GIUSEPPE nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo **" Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD "** di prossima programmazione,

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Allego il programma e un preventivo spese.

Data, 07/03/17

Firma

Dichiarazione Preventivo Spese

Io sottoscritto MAINA GIUSEPPE nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo **" Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD "** in programma per l'anno 2017, organizzato dal Dipartimento di Salute Mentale della ASSL di Cagliari, propongo il seguente preventivo spese

docenza	Euro 800
Pernottamento 2 notti	Euro 220
pasti	Euro 160
viaggio	Euro 320

Totale spese Euro 1500

Data 07 set 2017

Firma

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente
e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto OLIVA FRANCESCO nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo **" Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD "** di prossima programmazione,

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Allego il programma e un preventivo spese.

Data, 07/03/17

Firma

Dichiarazione Preventivo Spese

Io sottoscritto OLIVA FRANCESCO nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo **" Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD "** in programma per l'anno 2017, organizzato dal Dipartimento di Salute Mentale della ASSL di Cagliari, propongo il seguente preventivo spese

docenza	Euro 800
Pernottamento 2 notti	Euro 220
pasti	Euro 160
viaggio	Euro 320

Totale spese Euro 1500

Data 07 set 2017

Firma

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
Area Formazione

Progetto Formativo

"Trattamento nell'adulto dei disturbi dello spettro autistico e ADHD"

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI (Oneri e IVA esclusi)

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docente	€ 2.400,00
Alloggio e vitto docenti	€ 1.410,00
Mobilità docenti	€ 960,00
Materiali didattici	€ 0,00
Costi accreditamento ECM	€ 172,15
TOTALE	€ 4.942,15

Costo medio per partecipante € 44,92
Costo medio x ora x partecipante € 5,61