ASLCagliari

1

250
10 MAR. 2015

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
"Corso base di medicina ayurvedica applicata ai comportamenti di abuso di sostanze e dipendenze comportamentali"

Il presente allegato è composto
di n. 10 fogli, di n. 10 pagine
IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Piceiau

ASLCagliari

Servizio per le Dipendenze
Ser.D 2

PG/2015/20533
19/02/15

Al Dr. Ireneo Picciau
Responsabile Area Formazione

Sede

Oggetto: richiesta di attivazione progetto formativo residenziale dal titolo:
" Corso Base di Medicina Ayurvedica Applicata ai Comportamenti di Abuso di Sostanze e Dipendenze Comportamentali".

Per i provvedimenti di competenza, si trasmette, in allegato la documentazione inerente all'oggetto.

Cordiali saluti.

Il Direttore del Servizio
Dott. Massimo Diana

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
20 FEB. 2015
PRESA IN CARICO

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

ASLCagliari

Servizio Proponente

SER.D. 2 VIA LIGURIA

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

CORSO BASE DI MEDICINA AYURVEDICA APPLICATA AI COMPORTAMENTI DI ABUSO DI SOSTANZE E DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?

SI

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

- **Corso di aggiornamento**

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

Numero di edizioni previste

	Data inzio	Data fine
SINGOLA EDIZIONE	28/05/2015	15/10/15

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 CAGLIARI

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 40 Totale Partecipanti 40

Riservato agli operatori del Servizio proponente SI 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

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

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo
- Psicologo
- Educatore Professionale
- Infermiere

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- Operatore Socio-Sanitario

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

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

- *Dermatologia e Venereologia*
- *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*
- *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

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:

Fare il punto sulle differenze di approccio tra la medicina occidentale e Ayurveda approfondendo gli aspetti relativi alle Dipendenze.

B - Acquisizione competenze di processo:

Conoscere l'epistemologia della medicina Ayurvedica e i suoi concetti base al fine di apprendere una chiave di lettura differente rispetto ai problemi delle mente e della Dipendenza.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisire la conoscenza delle costituzioni individuali e degli squilibri generati dalle Dipendenze patologiche, nel rispetto dei principi della appropriatezza, efficacia ed efficienza, con l'obiettivo di migliorare il percorso di cura delle persone affette da dipendenza.

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

Il 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: 14 Minuti: 00**

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	12	
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
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	1	
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

- *Questionario (allegare il modello)*

Attrezzatura

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

- *Videoproiettore*
- *Computer portatile*
- *Lavagna a fogli mobili + fogli*

FORMATORE n. 1

Ruolo: *Docente interno in orario di servizio*

Cognome DAI Nome DONATELLA Codice Fiscale DAI DTL 62M52B354O
Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 12/08/1962 Telefono 070/4244290
Cellulare 347/8374472 FAX 070/4244272 e-mail donatelladai@alfa8agra.it
Qualifica MEDICO PSICHIATRA - Competenze PSICHIATRICHE PSICOTERAPEUTICHE MEDICO AYURVEDA IN FORMAZIONE

Inquadramento CCNL Formatori Interni *Docenza* Fonti di finanziamento

Formazione strategica e Formazione di sistema

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	€ 350,00
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)	**€ 350,00**

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)	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*