

Allegato "A" 213
26 FEB. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale
"Supervisione dei trattamenti con Acudetox"

Il presente allegato è composto
di n. 9 fogli, di n. 9 pagine

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



ASLB
NP.2016/4166 del 15/02/2016 ore 12:06
Mitt.: Serd 2 Via Liguria Cagliari
Ass.: Area Formazione
Class.: 2.5.



Area Formazione ASL Cagliari

SEDE

Oggetto: Richiesta attivazione progetto formativo residenziale "Supervisione dei trattamenti con Acudetox"

Si trasmette la documentazione sottoelencata per quanto indicato in oggetto:

Scheda attivazione progetto formativo

Indicazione di scelta del Docente e dichiarazione assenza di conflitto di interesse

Accettazione incarico di Responsabile scientifico e assenza di conflitti d'interesse

Accettazione incarico di Docente e assenza di conflitti d'interesse

Programma

Questionario apprendimenti



Il Direttore
Dott. Massimo Diana



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

"Supervisione dei trattamenti con Acudetox"

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

Se "SI" indicare la denominazione



[Empty rectangular box]

Numero di edizioni previste 1

	Data Inizio	Data fine
SINGOLA EDIZIONE	09/05/2016	09/05/2016

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

Indirizzo CAGLIARI/via DEI VALENZANI/SNC/09031

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 | ▪ Neurologia |
| ▪ Igiene, Epidemiologia e Sanità
Pubblica | ▪ 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:

Acquisire nuovi contenuti riguardo i protocolli di trattamento con Acudetox; fare il punto sui trattamenti effettuati con tale protocollo nel corso dell'anno 2015; discutere con il supervisore eventuali difficoltà rilevate nel corso dei trattamenti.

B - Acquisizione competenze di processo:

Approfondire il metodo Acudetox, ampliando le conoscenze teorico-metodologiche e integrandole con l'esperienza praticata.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisire ulteriori elementi indispensabili a garantire lo sviluppo di abilità, utili all'applicazione della tecnica Acudetox, nel rispetto dei principi di 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*

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome **DIANA** Nome **E. 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

4

Referente della segreteria organizzativa

Cognome **DE FABRITIIS** Nome **DANIELA**
 Telefono **07047444289** Cellulare 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: 8 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	1	60
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD		
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	4	240
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	3	180
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)

cancellare tutte le voci che con interessano

FORMATORE

Ruolo: *Docente Esterno*

Cognome BLOW Nome DAVID L Codice Fiscale BLWDDL58R26Z700N

Luogo di nascita WARATAH AUSTRALIA Data di nascita 26/10/1958 Cellulare 3387773912 Fax 063611685
e-mail info.taping@gmail.com

Qualifica - Laurea in Medicina Tradizionale Cinese/Formatore in ambito sanitario

Competenze - Taping Neuro Muscolare, Istruttore internazionale in Taping Neuromuscolare, Agopuntore

Fascia retributiva di competenza e relativo importo:

Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza Totale compenso € 800,00

Spese pasti docente esterno:

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 € 54,58

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento 110,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 200,00

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

4

5

Fonti di finanziamento

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

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)	€ 800,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 110,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 54,58
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 200,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 300,00
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)		€ 1.464,58


Macrostruttura di appartenenza

(N.B. cancellare tutte le voci che non 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)	ESTELLO MASSIMO DIANA
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	 Sanitaria di Cagliari Il Direttore del Servizio (Servizio per le Dipendenze) Dott. Massimo Diana

CA - 15.02.2016