

214
Allegato "A" 26 FEB. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale
"Supervisione dei casi clinici complessi"

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

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



**ASI Cagliari**

ASL8
NP.2016/4819 del 22/02/2016 ore 09,03
Mitt.: Serd 2 Via Liguria Cagliari

Ass.: Area Formazione
Class.: 2.5.



Servizio Dipendenze
Ser.D. 2

Area Formazione ASL Cagliari

SEDE

Oggetto: Richiesta attivazione progetto formativo residenziale "SUPERVISIONE DEI CASI CLINICI COMPLESSI"

Si trasmette la documentazione sottoelencata per quanto indicato in oggetto:

Scheda attivazione progetto formativo

Auto 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

Asl Cagliari
Sede Legale Via Logudoro, 17- 09126 Cagliari
Sede Amm.va Via Piero della Francesca, 1- 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

Servizio Dipendenze
Ser.D. Via Liguria s.n.c. 09131 Cagliari
Tel 070/47444310/06 Fax 070/47444272
Direttore Dr. Massimo Diana
Email: serd2.vialiguria@asl8cagliari.it

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

SUPERVISIONE DEI CASI CLINICI COMPLESSI

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?

SI *(cancellare la voce che con interessa)*

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

(cancellare le voci che con interessano)

- **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



Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?

NO

Se "SI" indicare la denominazione

Numero di edizioni previste 1

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	04/05/2016	28/09/2016
Seconda edizione		
Terza 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.

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. 2

via Liguria snc 09031

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 30 Totale Partecipanti 30

Riservato agli operatori del Servizio proponente SI Aperto a n. ___ 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)

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo
- Psicologo
- Educatore Professionale
- Infermiere
- 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

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

Discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

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

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:

Analisi e discussione di casi clinici complessi in gruppo multidisciplinare per promuovere una riflessione approfondita sul caso finalizzato al miglioramento della gestione terapeutica del caso stesso.

B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisire competenze cliniche attraverso il confronto integrando conoscenze teoriche, metodologiche ed esperienziali, oltre a quelle tecnico-specialistiche di cui è in possesso ogni professionista.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisire elementi indispensabili a garantire lo sviluppo di abilità, utili all'analisi e alla comprensione del caso clinico, nel rispetto dei principi della appropriatezza, efficacia ed efficienza, con l'obiettivo di migliorare il percorso di presa in carico, di cura e di reinserimento sociale degli utenti.

** 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 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: 9 Minuti: 0

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP		
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	6	360
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	3	180

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti

cancellare tutte le voci che con interessano

- Questionario (allegare il modello)

Attrezzatura

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

cancellare tutte le voci che con interessano

- Videoproiettore
- Computer portatile
- Lavagna a fogli mobili

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio

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

Ore di docenza da retribuire 0 **Totale compenso** € 0

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio *(N.B. cancellare la voce che con interessa)*

Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)

Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 ore (D.P.R. 395/88)

Numero Pasti 0 **Totale spesa rimborso pasti** € 0

Pernottamento Max € 0 a notte/ **Notti da rimborsare** 0 **Totale spesa pernottamento** 0

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 0

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

5

Fonti di finanziamento

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

Formazione specifica

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 350,00
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) a cura dell'Area Formazione		€ 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

<p style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">ESTELLO MASSIMO DIANA</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>Azienda Sanitaria di Cagliari Il Direttore del Ser.D 2 (Servizio per le Dipendenze) Dott. Massimo Diana</p> 

CAGLIARI, 22.02.2016

l