

1145

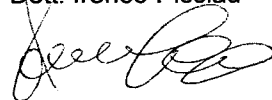
- 3 NOV. 2015

## Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:  
***"La residenzialità come strumento all'interno dei percorsi clinici del paziente con uso problematico di sostanze"***

Il presente allegato è composto  
di n. 11 fogli, di n. 11 pagine

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



PG/2015/102484  
23/09/15

ASL CAGLIARI - SEDE

OGGETTO: Attivazione Corso Aggiornamento

Con la presente si richiede l'autorizzazione all'attivazione del Seminario dal titolo "La residenzialità come strumento all'interno dei percorsi clinici del paziente con uso problematico di sostanze" finalizzato alla individuazione e condivisione di strategie utili alla costruzione di linee guida per la gestione del paziente con Disturbo di Dipendenza, con indicazione al trattamento residenziale.

Il docente individuato è il dottor Augusto Consoli, Direttore del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze/Asl TO2, Regione Piemonte.

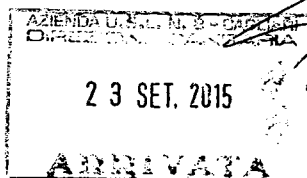
L'aggiornamento monotematico è progettato per un numero di 40 partecipanti, con accreditamento ECM, per un totale di 8 ore da realizzarsi in data 2 dicembre 2015, dedicato ai seguenti profili professionali: Medico Chirurgo, Psicologo, Educatore Professionale, Infermiere, Collaboratore Professionale Assistente Sociale, Operatore Socio-Sanitario.

Tale Seminario non è inserito nel Piano Formativo Aziendale 2015 e per lo stesso si intende utilizzare la somma di € 1.643,50, relativa alla Formazione Specifica, destinata al Ser.D. 2, salvo Vostro parere contrario.

Cordiali saluti

*all'Area Formazione  
per le iniziative  
del corso*

Il Direttore del Servizio  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Pier Paolo PD  
Dott. Massimo Diana



ASL8  
NP.2015/29287 del 30/09/2015 ore 13,02  
Mitt.: Area Formazione

Ass.: DIREZIONE SANITARIA  
Class.: 1. Fasc.: 236 del 2015



Al Direttore Sanitario

Sede**Oggetto:** attivazione corso aggiornamento.

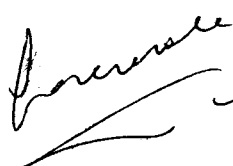
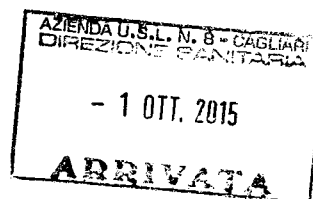
In riferimento alla nota pari oggetto n. PG/ 2015/ 102484 del 23.09.2015 a firma del Direttore Ser.D. 2, per la quale la S.V. richiede al sottoscritto una valutazione del caso, si comunica quanto segue:

- La formazione in questione verrà realizzata con l'utilizzo dei budget per la formazione specifica già assegnato alla struttura, che risulta ancora non usufruito.
- Di conseguenza, l'organizzazione dell'evento non comporterà alcuna necessità di integrazione al budget previsto per la realizzazione del Piano Formativo Aziendale 2015.
- L'Area Formazione è disponibile a dare ogni supporto organizzativo ed amministrativo utile alla realizzazione dell'intervento formativo.

In attesa di eventuali disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau

  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Pier Paolo Pani

ASLB  
NP.2015/30446 del 12/10/2015 ore 12.41  
Mitt. Ser.D. 2 Via Liguria Cagliari

Ass.: Area Formazione  
Class.: 2.5.



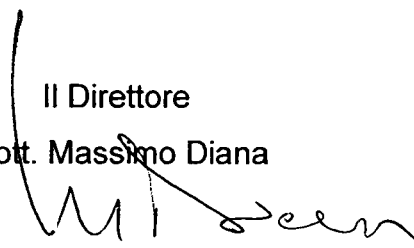
Area Formazione ASL Cagliari  
SEDE

Oggetto: Richiesta attivazione progetto formativo residenziale "La residenzialità come strumento all'interno dei percorsi clinici del paziente con uso problematico di sostanze"

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  


|                             |              |  |
|-----------------------------|--------------|--|
| AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI |              |  |
| AREA FORMAZIONE             |              |  |
|                             | 27 OTT. 2015 |  |
| PRESA IN CARICO             |              |  |

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto:**

**“La residenzialità come strumento all’interno dei percorsi clinici del paziente con uso problematico di sostanze”**

**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   | 02/12/2015  | 02/12/2015 |
| 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. 1

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. \_\_\_ 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:

Evoluzione delle strutture residenziali nel contesto italiano ed europeo, riservando un ampio spazio all'analisi della rete locale riguardo gli interventi residenziali, sulle esperienze, sugli aspetti normativi, sulle risorse e limiti.

#### B - Acquisizione competenze di processo:

Accrescere le competenze diagnostiche e terapeutiche per meglio individuare i percorsi residenziali più rispondenti alla tipologia e allo stile di abuso di sostanza.

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

Proporre modelli e buone pratiche nella individuazione di percorsi comunitari.

*A*

*\* 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: 8 Minuti:

#### Metodologie didattiche

| Metodologie   | Sigla | Ore | Minuti |
|---|-------|-----|--------|
| Lezioni Magistrali  | LM    |     |        |
| Serie di relazioni su tema preordinato  | LRP   | 4h  | 240    |
| Tavole rotonde con dibattito tra esperti  | TR    |     |        |
| Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")                 | CD    | 1   | 60     |
| 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  | 1h  | 60     |
| Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto | LPG   | 2   | 120    |
| 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

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
- Lavagna a fogli mobili
- Computer portatile

**FORMATORE/TUTOR n.**

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio, Docente interno fuori orario di Servizio, Co-Docente interno in orario di Servizio, Co-Docente interno fuori orario di Servizio, Tutor interno in orario di Servizio, Tutor interno fuori orario di Servizio, Docente Esterno, Co-Docente Esterno, Tutor Esterno

**Cognome CONSOLI Nome AUGUSTO Codice Fiscale CNSGST54T12C3510**

**Luogo di nascita CATANIA Data di nascita 12/12/1954 Telefono 0112403896**

**Cellulare 3204344776 FAX 011237458 e-mail augusto.consoli@gmail.com**

**Qualifica Medico Neuropsichiatra Direttore Dipartimento Patologia delle Dipendenze/ Asl TO2 Regione Piemonte Torino Competenze Manageriali, Neuropsichiatriche, Psicoterapeutiche**

**Ore di docenza da retribuire 8 Totale compenso € 800,00**

**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 2 Totale spesa rimborso pasti € 55,58**

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

**Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € SPESA AEREO 250,00**

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

A

**Fonti di finanziamento***(N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)*

Formazione specifica

**Riepilogo voci di spesa del corso**

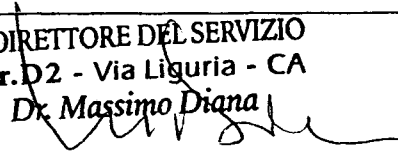
|  |  |                   |
|--|--|-------------------|
| A  | Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)        | € 800,00          |
| B  | Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)            | € 110,00          |
| C  | Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)               | € 70,00           |
| D  | Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)            | € 290,00          |
| 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          |
| <b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b><br><b>a cura dell'Area Formazione</b> |  | <b>€ 1.442,15</b> |

**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

|  |   |
|--|---|
| <b>Nome e cognome (in stampatello)</b><br>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) | ESTELLO MASSIMO DIANA   |
| <b>Timbro e Firma (leggibile)</b><br>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)      | IL DIRETTORE DEL SERVIZIO<br>Ser. D2 - Via Liguria - CA<br>Dr. Massimo Diana  |

CAGLIARI,