ASLCagliari

Direzione generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
Area Formazione

Allegato "A"

1266

- 1 DIC. 2015

Progetto Formativo

"Aspetti clinici e terapeutici delle allucinazioni"

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

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ASLCagliari

ASL8
NP/2015/ 0031421 del 21/10/2015 ore 12,00
Mittente DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPE
Assegnatario Area Formazione
Classifica 1.5.7.

Al Responsabile dell'Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau

Oggetto: Richiesta attivazione corso 2015 DSM .

Si invia, in allegato la richiesta di attivazione del corso ***Aspetti clinici e Terapeutici delle allucinazioni"***

Distinti saluti

Dr.Augusto Contu
Direttore DSM

Referente Formazione
Dott.ssa M.C.Montisci

Asl Cagliari
Sede: Via Pier della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

Dipartimento di Salute Mentale
Via Romagna 16-09131 Cagliari
Tel 070/47443451-Fax: 070/47443411
Direttore dr. Augusto Contu

ASLCagliari

Servizio Proponente SPDC1

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: *" Aspetti clinici e terapeutici delle allucinazioni "*

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

Se "SI" indicare l'importo **€** 000,00

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? Scegliere un elemento.

Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.

Numero di edizioni previste

	Data Inzio	Data fine
Prima edizione	18/12/2015	/ /
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 Sala SERD

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Dei Valenzani

ASL8
NP.2015/32204 del 29/10/2015 ore 10,47
Mitt.: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP.
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 0 **Totale Partecipanti** 90

☒ 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:

Acquisizione fattori clinici e terapeutici delle allucinazioni

B - Acquisizione competenze di processo:

Fenomenologia dei processi delle allucinazioni nella popolazione clinica e trattamenti clinici , psicologici e cognitivi

C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisizione trattamenti dentro la rete dei servizi

**** 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 Contu Nome Augusto
Codice Fiscale GSTCNT53TO3B354R Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 03/12/1953
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail augustocontu@asl8cagliari.it
Qualifica direttore DSM Competenze psichiatria

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Montixi Nome Maria Carla
Telefono Fare clic qui per immettere testo. 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	/0	00
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	06	30
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	00	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	01	30
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	00	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	0	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 Preti Nome Antonio
Codice Fiscale PRTNTN58D23B354D Luogo di nascita 23/04/58 Data di nascita Cagliari
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3334772597 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail apreti@tin.it Qualifica Psichiatra
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 02 Totale compenso € 120,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 2

Ruolo Docente Esterno
Cognome Raballo Nome Andrea
Codice Fiscale RBLNDR75S26E897U Luogo di nascita Mantova Data di nascita 26/11/1975
Telefono 0376364481 Cellulare 3491885104 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail andrea.raballo@libero.it
Qualifica Psichiatra
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 02 Totale compenso € 120,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 75,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 140 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 400,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 3

Ruolo Docente Esterno
Cognome Siddi Nome Sara
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 Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 02 Totale compenso € 120,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 75,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 260,00
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)	€ 360,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 140,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 150,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 660,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 172,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)		**€ 1.482,15**

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. Microcitemico
☐ P.O. San Giuseppe
☐ P.O. San Marcellino
☐ P.O. Santissima Trinità
☐ P.O. Binaghi
☐ P.O. Businco

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)	A.S.L. N.° 8 - Cagliari D.S.M.

ASLCagliari

Dipartimento di Salute Mentale

Prot. NP/2015/24860
Del 04.08.2015

Al Direttore Sanitario

SEDE

Oggetto: Richiesta autorizzazione utlizzo budget formazione specifica 2015 e accreditamento ECM.

Si invia la richiesta di autorizzazione dei servizi

A) SPDC1 alla realizzazione di due corsi residenziali ("Aspetti clinici e terapeutici delle allucinazioni", e "Clinica psichiatrica: sindromi psicorganiche", già approvato nel piano formativo 2015) e al loro accreditamento ecm, e la medesima richiesta del CSM Isili -Senorbì.

Il budget di formazione specifica , già assegnato per l'anno 2015 al SPDC1 di euro 1990,50, verrà ripartito nel modo seguente:

1 -"Aspetti clinici e terapeutici delle allucinazioni" : euro 1490

2: "Clinica psichiatrica: sindromi psicorganiche": euro 500.

B) CSM Isili -Senorbì , per la realizzazione del corso "Clinica psichiatrica: sindromi psicorganiche". Per tale corso viene richiesta l'autorizzazione all'utilizzo del budget di formazione specifica assegnato al CSM Isili -Senorbì di euro 1459,00.

Pertanto tale corso usufruirà del budget di formazione specifica del SPDC1 (euro 500,00), e del CSM Isili-Senorbì (euro 1459,00) per un totale di euro 1959,00

Distinti saluti

Dr.Augusto Contu

Direttore DSM

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
11 AGO. 2015
SEGNA COME VISTO

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani

Asl Cagliari
Sede: Via Pier della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

Dipartimento di Salute Mentale
Via Romagna 16-09131 Cagliari
Tel 070/47443451-Fax: 070/47443411
Direttore dr. Augusto Contu

10

ASLCagliari

Dipartimento di Salute Mentale

prot. 342/15

Al Direttore DSM

SEDE

Oggetto: Richiesta autorizzazione corsi di formazione SPDC1- utilizzo Budget Formazione Specifica 2015

Si chiede l'autorizzazione per la realizzazione del progetti formativo con l'utilizzo del budget 2015 di formazione specifica assegnato a questa U.O.C. di euro 1990,50.

I corsi si svolgeranno entro l'anno 2015, ed avranno come destinatari prevalentemente gli operatori di questa UU.OO .

Si chiede pertanto:

1- l'utilizzo del badget di formazione specifica assegnato a questa U.O.C. per la realizzazione degli eventi residenziali :

- "Aspetti clinici e terapeutici delle allucinazioni", *di euro 1490*
- *"Clinica psichiatrica: sindromi psicorganiche", di euro 500 (già approvato nel piano formativo 2015 con un budget di 1350 euro che viene pertanto rimodulato a "500 euro")* .

per un totale di euro 1990.

2- l'accreditamento dei corsi (solo uno è inserito nel piano formativo gia approvato per il 2015)

Seguirà la presentazione all'Area formazione di tutta la documentazione utile per l'attivazione dei corsi.

Si resta in attesa di un cortese e sollecito riscontro che permetta l'organizzazione del corso nei tempi previsti

Distinti saluti

Servizio Psichiatria Diagnosi e Cura 1°
Il Direttore Strutturale Complessa
(Dr.ssa Caterina Durzu)

Cagliari, 02 luglio 2015

ASL8
NP/2015/ 0022494 del 09/07/2015 ore 10,21
Mittente : Servizio Pschiatria Diagnosi e Cur
Assegnatario : DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E
Classifica : 1.5.7 Sottofasc : 4-1 del 2015

11