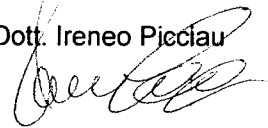


868
29 LUG. 2015
Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
*"Self Injurious Behaviour –
Atti Autolesionistici negli Adolescenti"*

Il presente allegato è composto
di n. 9 fogli, di n. 9 pagine
IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ASL8
NP/2015/ 0023091 del 15/07/2015 ore 10,16
Mittente: SERD Quartu Sant'Elena
Assegnatario: Area Formazione
Classifica: 1 Sottofasc. 228-1 del 2015



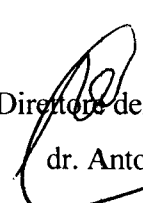
All'AREA FORMAZIONE
S E D E
alla c.a. Signora Renata Casu

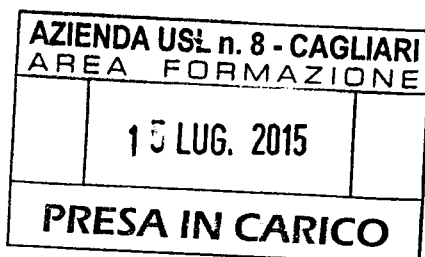
Oggetto: TRASMISSIONE DOCUMENTAZIONE CORSO DI AGGIORNAMENTO

Come da accordi avvenuti nei precedenti incontri, si invia la documentazione inerente l'attivazione del corso di aggiornamento, consistente in:

- SCHEDA DI ATTIVAZIONE DEL PROGETTO FORMATIVO
- INDICAZIONE DI SCELTA DEI DOCENTI E DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI
- ACCETTAZIONE INCARICO DI RESPONSABILE SCIENTIFICO DR.SSA MILONE
- ACCETTAZIONE DI INCARICO DOCENZA DR.SSA MILONE E DR. PISANO
- PREVENTIVI DEI DOCENTI SUCCITATI
- QUESTIONARIO ECM
- *PROGRAMMA DEL CORSO*

Quartu Sant'Elena *15.07.2015*


Il Direttore del Servizio
dr. Antonio Casu



Servizio Proponente

SERVIZIO DIPENDENZE QUARTU SANT'ELENA

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

SELF INJURIOUS BEHAVIOUR – ATTI AUTOLESIONISTI NEGLI ADOLESCENTI

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?
SI

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 1

	Data Inizio	Data fine
Unica edizione	26/10/15	27/10/15



Sede di svolgimento

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?
SI

Sede SERVIZIO DIPENDENZE

Indirizzo VIA DEI VALENZANI CAGLIARI

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 40 Totale Partecipanti 40

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n.10 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n.0 operatori di altre ASL - Aperto a n.0 operatori di altri Enti Pubblici/Privati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo
- Psicologo

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

- | | | |
|---|---|---------------|
| ▪Dermatologia e Venereologia | ▪Medicina del Lavoro e
Sicurezza degli Ambienti di
Lavoro | ▪ |
| ▪ | ▪ | ▪Psichiatria |
| ▪Farmacologia e Tossicologia
Clinica | ▪Neurologia | ▪ |
| ▪ | ▪ | ▪Psicoterapia |
| ▪Igiene, Epidemiologia e
Sanità Pubblica | ▪Neuropsichiatria Infantile | ▪ |
| ▪ | ▪ | |
| | ▪Organizzazione dei Servizi
Sanitari di Base | |

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

Psicologia

Psicoterapia



Progetto Formativo

Area tematica

- Area delle dipendenze

Obiettivo formativo

Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali: inquadramento del fenomeno Non Suicidal Self Injuries, acquisizione delle recenti evidenze scientifiche rispetto a diagnosi, epidemiologia e trattamento, psicoeducazione, psicoterapia e psicofarmacoterapia del Non Suicidal Self Injuries.

B - Acquisizione competenze di processo: miglioramento e acquisizione delle conoscenze relative all'assessment, all'inquadramento diagnostico e alla terapia relativa al fenomeno in oggetto, con particolare attenzione ai fattori di rischio,

C - Acquisizione competenze di sistema: favorire l'integrazione delle diverse figure professionali per l'attivazione di processi terapeutici integrati, psicologici e farmacologici.

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome **Milone** Nome **Annarita**
Codice Fiscale MLNNRT62H51G702A
Luogo di nascita Pisa Data di nascita 11/6/1962
Telefono 050 886306 Cellulare 338 9339732 FAX 050 886290
e-mail annarita.milone@fsm.unipi.it
Qualifica Dirigente Medico Competenze specialista in Neuropsichiatria infantile

Referente della segreteria organizzativa

Cognome DR.SSA CASULA FABRIZIA
Telefono 0706097661 – 070 6097658 - FAX 0706097666
e-mail fabriziacasula@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: 0**

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	9	
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	0	
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	0	
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	3	
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	1	
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	0	
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	0	
Role - Playing	RP	0	

Valutazione

▪ Questionario (allegare il modello)

Attrezzatura

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

- Videoproiettore
- Computer portatile

▪ Lavagna a fogli mobili

FORMATORE n.1

Ruolo: Docente Esterno

Cognome **Milone_** Nome **Annarita**

Codice Fiscale **MLNNRT62H51G702A**

Luogo di nascita **Pisa** Data di nascita **11/6/1962**

Telefono **050 886306** Cellulare **338 9339732** FAX **050 886290**

e-mail **annarita.milone@fsm.unipi.it**

Qualifica **Dirigente Medico** Competenze **specialista in Neuropsichiatria infantile**

Fascia retributiva di competenza e relativo importo:

Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza da retribuire 10 (8 docenza + 2 codocenza) **Totale compenso € 850**

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 4 **Totale spesa rimborso pasti €** 110

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 **Totale spesa pernottamento € 220**

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 140

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

4

FORMATORE n.2

Ruolo: Docente Esterno

Cognome PISANO **Nome** SIMONE **Codice Fiscale** psnsnm82t13f839z_____

Luogo di nascita Napoli_____ **Data di nascita** 13/12/1982_____

Cellulare 3492966143_____ **e-mail** pisano.simone@gmail.com_____

Qualifica Neuropsichiatra Infantile_____ **Competenze** Psichiatria e Psicofarmacologia dell'infanzia e dell'adolescenza _

Fascia retributiva di competenza e relativo importo:

Docente Esterno Fascia B € 80,00

Ore di docenza da retribuire 8 + 2 compresenza ___ **Totale compenso** € 690

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. 395/88x

Numero Pasti 4_ **Totale spesa rimborso pasti** €_110

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 **Totale spesa pernottamento** 220

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 280

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

Fonti di finanziamento

Formazione strategica
Formazione specifica

Riepilogo voci di spesa del corso

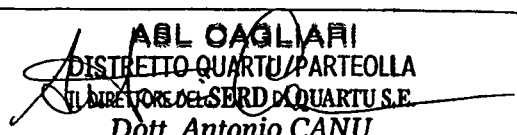
A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1.540,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 440,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 220,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 420,00
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)		€ 2.970,00

Macrostruttura di appartenenza

▪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)	ANTONIO CANU
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	 ABL OAGLIARI DISTRETTO QUARTU/PARTEOLLA IL DIRETTORE DEL SERD DI QUARTU S.E. Dott. Antonio CANU

8