

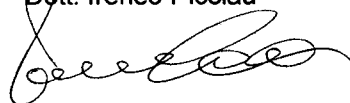
Allegato "A"

441
19 APR. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale ***"Dipendenza patologica e Craving"***

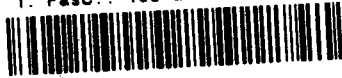
Il presente allegato è composto
di n. 10 fogli, di n. 10 pagine

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



NP/2016/10011

ASL8
NP.2016/10011 del 12/04/2016 ore 10,55
Mitt.: SERD Quartu Sant'Elena
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 105 del 2016



Quartu S.Elena 08 Aprile 2016

All'AREA FORMAZIONE
SEDE

c.a. Renata Casu

Oggetto: Trasmissione documentazione Evento Formativo.

Si invia, come da accordi intercorsi con la S.V., la documentazione inerente l'attivazione nell'anno in corso dell'Evento Formativo dal titolo "Dipendenza patologica e craving":

- Scheda di attivazione del progetto formativo residenziale
- Indicazioni di scelta dei docenti e dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi
- Accettazione incarico di Responsabile scientifico Dott. Onofrio Casciani.
- Accettazione di incarico docenza Dott. O.Casciani, Dott.ssa O.De Luca, Dott. A.E. Vento
- Preventivi di spesa dei docenti succitati
- Questionario ECM
- Programma del corso

4

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	13 APR. 2016	
PRESA IN CARICO		

Il Direttore del SerD
Dott. Antonio Canu



Servizio Proponente Servizio Dipendenze
Quartu S. Elena

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *Dipendenza patologica e craving* "

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? NO

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

Numero di edizioni previste 1

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	10/06/2016	10/06/2016	6 ^a Edizione	__/__/__	__/__/__
2 ^a Edizione	__/__/__	__/__/__	7 ^a Edizione	__/__/__	__/__/__
3 ^a Edizione	__/__/__	__/__/__	8 ^a Edizione	__/__/__	__/__/__
4 ^a Edizione	__/__/__	__/__/__	9 ^a Edizione	__/__/__	__/__/__
5 ^a Edizione	__/__/__	__/__/__	10 ^a 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. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

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 Servizio Dipendenze

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

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 70 Totale Partecipanti 70

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 45 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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia Clinica | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input checked="" type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input checked="" type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input checked="" type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input checked="" type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input checked="" type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Oncologia | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input checked="" type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |
| | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | |
| | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | |

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 delle dipendenze

Obiettivo formativo

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

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisizione della capacità di riconoscimento del craving nel paziente con disturbo da dipendenza e correlato a sostanze, delle sue manifestazioni comportamentali, nonché delle sue componenti neurobiologiche e cognitive.

B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisizione della conoscenza degli elementi essenziali per la gestione clinica del craving quale condizione propedeutica alla cura degli aspetti strutturali della dipendenza patologica, sia attraverso la scelta di farmaci appropriati per la riduzione del craving medesimo, sia attraverso il trattamento psicoterapico delle sue componenti cognitive.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisizione della capacità di allestimento e organizzazione di contesti appropriati per la presa in carico e la cura di soggetti con disturbo da dipendenza e correlati a sostanze in fase di elevato craving, attraverso il concorso integrato e funzionale di più figure professionali. Acquisizione della capacità di riconoscimento delle necessità prioritarie del paziente e conseguente individuazione di specifici interventi, anche in collaborazione con altre strutture della rete dei servizi per il trattamento di quella specifica fase o priorità della patologia.

D – Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance):

Migliorare le competenze degli operatori delle Dipendenze riguardo il craving, aspetto essenziale ai fini sia di una corretta presa in carico del paziente, sia di una appropriata impostazione del trattamento.

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 dal corso

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome Casciani Nome Onofrio

Codice Fiscale CSCNFR54A30M082P Luogo di nascita Viterbo Data di nascita 30/01/1954

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3492993181 Fax 0668352908 e-mail onofrio.casciani@asl-rme.it

Qualifica Dirigente Psicologo Competenze Specialista in Psicoterapia

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Casula Nome Fabrizia

Codice Fiscale CSLFRZ63H57B745B Telefono 0706097661/0706097658 Cellulare Fare clic qui per immettere testo.
Fax 0706097666 e-mail fabriziacasula@asl8cagliari.it

7

&

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: 07 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>04</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>00</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>02</u>	<u>30</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>30</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

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/TUTOR n. 1Ruolo Docente EsternoCognome Casciani Nome OnofrioCodice Fiscale CSCNFR54A30M082P Luogo di nascita Viterbo Data di nascita 30/01/1954Professione ECM Psicologo Disciplina ECM PsicoterapeutaTelefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3492993181 Fax 0668352908 e-mail onofrio.casciani@asl-rme.it Qualifica Dirigente Psicologo

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 2 Totale compenso € 200,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 2 Totale spesa rimborso pasti € 54,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 110,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali €140,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Docente EsternoCognome Vento Nome Alessandro EmilianoCodice Fiscale VNTLSN80D12H501V Luogo di nascita Roma Data di nascita 12/04/1980Professione ECM Dirigente Medico Disciplina ECM PsichiatraTelefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3384171635 Fax 068176987 e-mail alessandrovento@gmail.com Qualifica Dirigente medico

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 3 Totale compenso € 300,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 2 Totale spesa rimborso pasti € 25,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 100,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 100,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 3**Ruolo Docente EsternoCognome De Luca Nome OrnellaCodice Fiscale DLCRLL65M42B506B Luogo di nascita Campi Salentina Data di nascita 02/08/1965Professione ECM Psicologa Disciplina ECM PsicoterapiaTelefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3332405045 Fax 0668352953 e-mail ornelladlc@gmail.com Qualifica Psicologa-psicoterapeuta

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 2 Totale compenso € 200,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 2 Totale spesa rimborso pasti € 54,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 1 Totale spesa pernottamento € 110,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 140,00*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? Si No

Riepilogo voci di spesa del corso


A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 700,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 320,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 133,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 380,00
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
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)		€ 1705,15
<i>A cura dell'Area Formazione</i>		

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici
<input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118
<input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza
<input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
<input type="checkbox"/> D.G. Staff
<input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
<input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze
<input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco
<input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> P.O. Marino
<input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe
<input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino
<input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità
<input type="checkbox"/> P.O. Binaghi |
|--|--|

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)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	