

858 Allegato "A"

Progetto Formativo  
"Yoga per operatori della Salute Mentale"

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

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ASL8  
NP.2016/16567 del 21/06/2016 ore 10,58  
Mitt.: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP...

Ass.: Area Formazione

Class.: 1.5.7.

Al Responsabile Area Formazione



Oggetto :Attivazione Progetto Formativo Aziendale "Yoga per operatori della Salute mentale primo livello"

In relazione all' oggetto, al fine di poter procedere all'attivazione del Progetto Formativo Aziendale "Yoga per operatori della Salute Mentale primo livello" si trasmette in allegato la seguente documentazione:

- Modulo "Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale"
- Modulo "Indicazione di scelta del/dei docente/i" e assenza di conflitti di interesse
- Modulo "Dichiarazione di accettazione incarico e assenza conflitti d'interesse dei docenti" e

Preventivo spese

- Programma del corso
- Modulo "Dichiarazione di accettazione di incarico di Responsabile Scientifico e di assenza di conflitti di interesse
- Prova ECM

Cordiali Saluti

Il Direttore

Dr. Augusto Contu



AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	24 GIU. 2016	
PRESA IN CARICO		

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: " YOGA PER OPERATORI DELLA SALUTE MENTALE "**

**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? NO**

**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**

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	06/10/2016	22/12/2016	6 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
2 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	7 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
3 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	8 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
4 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	9 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
5 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	10 <sup>a</sup> 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 CSM ASSEMINI

Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) ASSEMINI VIA RAFFAELLO,5

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 15 Totale Partecipanti 25

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/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 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"/> Cardiocirurgia                           | <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 Plastica e Ricostruttiva       | <input type="checkbox"/> Medicina Termale   | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare                      | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia                                | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia   |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale                 | <input type="checkbox"/> Nefrologia   | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica  |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia              | <input type="checkbox"/> Neonatologia   | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica  |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico                    | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia   | <input type="checkbox"/> Endocrinologia  |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia                                      | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione  |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica      | <input type="checkbox"/> Neurologia   | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale  |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia                        | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile                               | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline   |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica                          | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia  |  |
| <input type="checkbox"/> Geriatria                                | <input type="checkbox"/> Oftalmologia   |  |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oncologia  |  |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica  | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base              |  |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica           | <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 salute mentale

**Obiettivo formativo**

Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure

**Finalità**

### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Competenza sugli stili di vita, benessere in ambito professionale e fattori di stress (professionale e relazionale)

### B - Acquisizione competenze di processo:

Competenza sulla gestione dello stress utile a mantenere aperta la comunicazione in equipe

### C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisire competenza e consapevolezza, sull' influenza nel lavoro di equipe dallo stress e nel rapporto con i pazienti

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

Miglioramento nella gestione dello stress.

### E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 2 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 SECCI Nome ANGELO

Codice Fiscale SCCNGI55R02F986I Luogo di nascita NURRI Data di nascita 02/10/1955

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 INFERMIERE PROFESSIONALE Competenze Fare clic qui per immettere testo.

**Referente della segreteria organizzativa**

Cognome MONTIXI Nome MARIA CARLA

Codice Fiscale MNTMCR64D43L122E 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.

## 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: 24 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>12</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>6</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>00</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>6</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. 1**

Ruolo Scegliere un elemento.  
Cognome SECCI Nome ANGELO  
Codice Fiscale SCCNGL55R02F986I Luogo di nascita NURRI Data di nascita 02/10/1955  
Professione ECM INFERMIERE PROFESSIONALE Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.  
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 INFERMIERE  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto in orario di servizio € 5,64  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 24 Totale compenso € 135,36  
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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 2**

Ruolo Scegliere un elemento.  
Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.  
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.  
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.  
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 000 Totale compenso € 0,00  
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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 3**

Ruolo Scegliere un elemento.  
Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.  
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.  
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.  
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 000 Totale compenso € 0,00  
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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00  
*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

<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<b>€135,36</b>
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<b>€ 0,00</b>
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<b>€ 0,00</b>
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<b>€ 0,00</b>
<b>E</b>	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<b>€ 0,00</b>
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	<b>€</b>
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<b>€</b>

### Macrostruttura di appartenenza

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti<br><input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi<br><input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici<br><input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza<br><input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari<br><input type="checkbox"/> D.G. Staff<br><input type="checkbox"/> DASS Accredитamento Strutture Sanitarie<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione<br><input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale<br><input type="checkbox"/> P.O. Marino<br><input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe<br><input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino<br><input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità<br><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;"><b>Nome e cognome (in stampatello)</b></p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">Il Responsabile della struttura organizzativa Dott. <i>Antonio</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Timbro e Firma (leggibile)</b></p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	

ASL8

NP/2016/ 0011171 del 26/04/2016 ore 09,33

Indirizzo: DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E COPE

Via Sardegna 1 DIREZIONE SANITARIA

Al Direttore Sanitario

Classifica: 1.0.2

SEDE



Oggetto: Richiesta autorizzazione utilizzo fondi formazione specifica 2016 per eventi residenziali per l'anno 2016.

Si chiede autorizzazione per l'utilizzo dei fondi di formazione specifica 2016 assegnati al Dipartimento di Salute Mentale di questa ASL, per l'organizzazione e l'accREDITAMENTO dei corsi residenziali, rivolti a tutte le figure professionali di tutte le UU.OO. del DSM:

- ➔ 1. Yoga per operatori della salute mentale primo livello (euro 490)
2. Yoga per operatori della salute mentale secondo livello (euro 490)
3. La prevenzione del suicidio (euro 2000)
4. Corso di base teorico-pratico per l'utilizzo del protocollo Acudetox (euro 1500)
5. Presentazione e discussione di casi clinici nella violenza di genere (euro 200)
6. Supervisione dei gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare (edizioni legate al corso già approvato con budget di formazione di sistema, pertanto senza costi aggiuntivi per l'accREDITAMENTO ECM) (euro 1700)
7. La prevenzione della violenza nei servizi di salute mentale (euro 3050)
8. Applicazione della Legge 81/2014, posizione di garanzia e ricadute sull'operatività dei DSM. (euro 3100)
9. Intelligenza emotiva: Supervisione del lavoro terapeutico con famiglie multiproblematiche (euro 600)
10. La Psicoanalisi Multifamiliare nel CSM strumento terapeutico efficace nelle famiglie con paziente psicotico (euro 1760)

Si precisa che si chiede l'accREDITAMENTO ECM per tutti i corsi, e che le cifre indicate sono comprensive dei costi di accREDITAMENTO. Il totale ammonta ad euro 14.890,00.


Il budget per la Formazione Specifica assegnato al DSM per il 2016 con deliberazione n. 1462 del 21.12.2015, è di euro 18.777,50 (ancora non impegnato); rimarranno pertanto ancora a disposizione 3887,50 euro.

Tutti i corsi si svolgeranno entro il 2016 e saranno rivolti ad operatori di tutte le figure professionali del DSM.

Distinti saluti

Dr. Augusto Contu

Il Direttore DSM

  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dot. Pier Paolo Piani  
28-04-16

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

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI  
DIREZIONE SANITARIA  
27 APR. 2016  
ARRIVATA

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