

# Allegato "A"

862

27 LUG. 2016

## Progetto Formativo

### "Corso base teorico-pratico per l'utilizzo del protocollo Acudetox-NADA"

Il presente allegato è composto di n. 2... fogli,  
di n. 9... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau





**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: " Corso base teorico-pratico per l'utilizzo del protocollo Acudetox-NADA "**

**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**

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	26/09/2016	27/09/2016	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** Centro per il trattamento dei disturbi psichiatrici correlati ad alcol e GAP

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap)** Cagliari, via Romagna 16

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 0 Totale Partecipanti 15

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/Privati/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"/> 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 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**

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

**Finalità**

### **A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**

**Aggiornamento sulle dipendenze secondo la visione della medicina occidentale e sui programmi tradizionali di trattamento delle dipendenze, a confronto con la Medicina Tradizionale Cinese e i trattamenti alternativi.**

### **B - Acquisizione competenze di processo:**

**Apprendimento del metodo ACUDETOX, integrando conoscenze teoriche, metodologiche ed esperienziali, dei discenti, con la teoria e la tecnica ACUDETOX.**

### **C - Acquisizione competenze di sistema:**

**Acquisire competenze utili all'applicazione della tecnica ACUDETOX, nel rispetto dei principi della appropriatezza, efficacia ed efficienza, per migliorare il percorso di cura delle persone affette da dipendenza.**

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

Utilizzo del metodo Acudetox con il 50% dei pazienti con indicazione al 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 Contu Nome Augusto

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 Dirigente Medico Direttore DSM Competenze Psichiatria

**Referente della segreteria organizzativa**

Cognome Montixi Nome Maria Carla

Codice Fiscale MNTMCR64D43L122E Telefono 070 47443443 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: 16 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>11</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>01</u>	<u>30</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>03</u>	<u>30</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 Docente EsternoCognome **BLOW** Nome **L. DAVID**Codice Fiscale **BLWDDL58R26Z700N** Luogo di nascita **WARATAH AUSTRALIA** Data di nascita **26/10/1958**

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare **3387773912** Fax **063611685** e-mail**info.taping@gmail.com** Qualifica **Laurea in Medicina Tradizionale Cinese/Formatore in ambito sanitario**

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 16 Totale compenso € 1000,00

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

Numero Pasti 004 Totale spesa rimborso pasti € 100,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 002 Totale spesa pernottamento € 200,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 200,00*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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita 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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita 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?  Sì  No

### Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1.000,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 200,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 100,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 200,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 50,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 266,83
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b>		<b>€ 1.816,83</b>

### Macrostruttura di appartenenza

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



ASL8

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

Indirizzo: DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ED OFE

Responsabile: DIREZIONE SANITARIA

Al Direttore Sanitario

Classifica: 1 B2

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 1900)
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 DSM 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

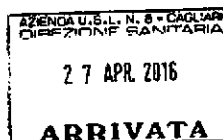
Dr. Augusto Contu

Il Direttore DSM

  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dot. Pier Paolo Pani

28-04-16

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