

# Allegato "A"

1183  
= 9 NOV. 2016

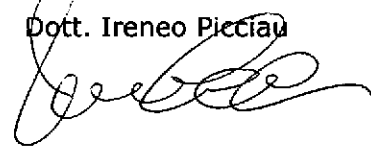
## Progetto Formativo

### "Applicazione della Legge 81/2014, posizione di garanzia e ricadute sull'operatività dei DSM"

Il presente allegato è composto di n. <sup>11</sup> fogli,  
di n. <sup>11</sup> pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: " Applicazione della Legge 81/2014, posizione di garanzia e ricadute sull'operatività dei DSM "**

**Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI**  
**Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante**

Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale

**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	23/11/2016	24/11/2016	6 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
2 <sup>a</sup> Edizione	05/12/2016	06/12/2016	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 CA A**

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

ASL  
 NP.2016/23838 del 25/09/2016 ore 09.48  
 Mitt.: Area Formazione  
 Ass.: Area Formazione  
 Class.: 1. Fase.: 142 del 2016



## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 60 Totale Partecipanti 120

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 type="checkbox"/> Psichiatria   |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria                   | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport                                     | <input 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:

formare gli operatori sanitari della salute mentale, circa il tema della responsabilità professionale e della presa in carico del paziente psichiatrico autore di reato.

#### B - Acquisizione competenze di processo:

riflessione sulle responsabilità personali e condivise nei servizi multidisciplinari che si occupano di salute mentale

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

Fare clic qui per immettere testo.

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

migliorare le competenze sul tema della responsabilità personale professionale

#### E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 06 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 Montixi Nome Maria Carla

Codice Fiscale MNTMCR64D43L122E Luogo di nascita TERRALBA (OR) Data di nascita 03/04/1964

Telefono 07047443443 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo.

Qualifica Dirigente Psicologo Competenze Psicologo Psicoterapeuta

### Referente della Segreteria organizzativa

Cognome Montixi Nome Maria Carla

Codice Fiscale 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 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: 18 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>0</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>08</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>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>05</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>04</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. 1

Ruolo Docente Esterno

Cognome PATERNITI Nome ROLANDO

Codice Fiscale PTRRND52A072600 Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita 07/01/1952

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

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3385263116 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail rolando.paterniti@unifi.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 3600,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 Ore (D.P.R. 395/88)

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 277,46

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 6 Totale spesa pernottamento € 660,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 500,00

*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 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 € 000,00

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*

### 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

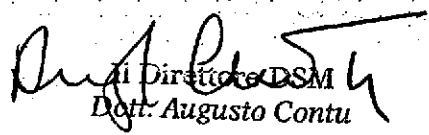
A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 3.600,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 660,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 277,46
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 500,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 241,01
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b>		<b>€ 5.278,47</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                      Dott. Augusto Contu</p> 



ASL8

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

Uscita: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIFE

Responsabile: DIREZIONE SANITARIA

Al Direttore Sanitario

Classifica: 162

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 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 ammonterà ad euro 14.890.00.

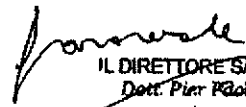
Il budget per la Formazione Specifica assegnato al DSM per il 2016 con deliberazione n. 1462 del 21.12.2015, è di euro 18.777,50 (ancora non impegnato) ; rimarranno pertanto ancora a disposizione 3887,50 euro.

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  
Dott. Pier Paolo Pani  
28-04-16

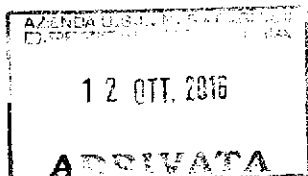
Asl Cagliari  
Sede: Via Pier della Francesca, 1 09047 Selargius  
c.f. e p. iva 02261430926  
www.aslcagliari.it

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI  
DIREZIONE SANITARIA

27 APR 2016

ARRIVATA

Dipartimento di Salute Mentale  
Via Romagna 16-09131 Cagliari  
Tel 07047443451-Fax: 07047443411  
Direttore dr. Augusto Contu



ASL8  
 Prot. 2016/107452 del 12/10/2016 ore 09,20  
 Mitt.: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP...  
 Ass.: DIREZIONE SANITARIA  
 Class.: 2.7.4.

Al Direttore Sanitario

SEDE



Oggetto: Rettifica della richiesta autorizzazione utilizzo fondi formazione specifica 2016 per eventi residenziali per l'anno 2016.

Il Dipartimento di Salute Mentale ha organizzato per l'anno 2016 dei corsi residenziali con l' utilizzo dei fondi assegnati di formazione specifica 2016, e già autorizzati in data 28/04/16 (prot. NO/2016/0011171) e poi con rettifica del 29/06/2016 (prot. NO/2016/0011171).

Si precisa che il Budget di formazione specifica che è stato utilizzato finora per i corsi e rimborsi già approvati con regolari determine (per progetti formativi ), ammonta complessivamente a € 8.098,80 (Determina 858, 862,863 del 27/07/2016, complessivi € 6.752,38 e Determina 1007 del 27/09/2016 € 1.346,42). 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

Nella tabella sottostante i dettagli :

DSM	Budget 2016	Spesi per la Specifica	SALDO
Comparto	€ 8.972,50	€ 304,57	€ 8.667,93
Dirig.Medico/Veterinaria	€ 7.705,00	€ 370,45	€ 7.334,55
Dirig.Sanitaria non medica	€ 2.100,00	€ 0	€ 2.100,00
	€ 18.777,50	€ 8.773,82	€ 18.102,48

**I Corsi di cui si chiede autorizzazione di modifica del preventivo spese sono i seguenti**

1. Intelligenza emotiva : Supervisione del lavoro terapeutico con famiglie multiproblematiche (euro 650)
2. Applicazione della Legge 81/2014, posizione di garanzia e ricadute sull'operatività dei DSM. (euro 5030 e non euro 3100)
3. La Psicoanalisi Multifamiliare nel CSM strumento terapeutico efficace nelle famiglie con paziente psicotico (euro 2.138,71)

Si precisa che si chiede l'accreditamento ECM per tutti i corsi.

Il totale per i suddetti corsi è euro 7818,71

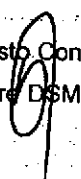
Considerando le somme dei corsi già approvati e di quelli in itinere, il totale della spesa finora preventivata ammonta a euro 16.592,53, con un residuo di € 1509,95

4. Si chiede infine autorizzazione ad utilizzare il residuo per l'attuazione del corso "Flussi SISM: competenze dell'operatore della Salute Mentale", da realizzarsi entro l'anno 2016.

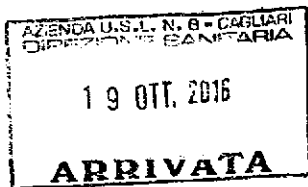
Si sottolinea infine che le suddette richieste di spesa rientrano nel budget di formazione specifica assegnato a questo DSM e che pertanto possono essere totalmente evase dall'importo assegnato.

Distinti saluti

Dr. Augusto Contu  
 Il Direttore DSM



*all'Area Formazione  
 per le autorizzazioni  
 merito e ricambio*  
 IL DIRETTORE SANITARIO  
 Dott. Pier Paolo Pani  
 12-10-16



ASL8  
NP.2016/25975 del 19/10/2016 ore 08,45  
Mitt.: Area Formazione

Ass.: DIREZIONE SANITARIA  
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2016



Al Direttore Sanitario

Sede

Oggetto: rettifica della richiesta autorizzazione utilizzo fondi formazione specifica 2016 per eventi residenziali per l'anno 2016.

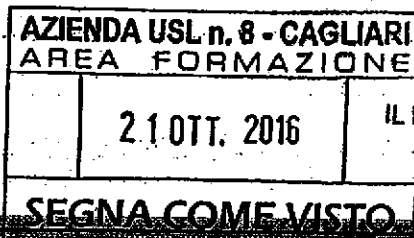
In riferimento alla nota pari oggetto n. NP 107452 del 12.10.2016, a firma del Direttore del DSM indirizzata alla S.V. e per la quale si richiedono le valutazioni di merito e riscontro, si comunica quanto segue:

- nella nota il Direttore del DSM fa un bilancio di quanto utilizzato finora del fondo di € 18.777,50 attribuito al suo Dipartimento per la formazione specifica. Da questo bilancio risulta che il fondo il questione dispone ancora di € 1.509, 95.
- Il DSM intendere utilizzare tale residuo di budget per la realizzazione di un ulteriore corso di formazione ("Flussi SISM: competenze dell'operatore della salute mentale"), entro il 2016.
- Da una verifica contabile effettuata da questa Area Formazione risulta che i calcoli del DSM sono corretti e la somma indicata è ancora disponibile.
- In caso di approvazione da parte della S.V. l'Area Formazione è disponibile a dare ogni supporto organizzativo ed amministrativo utile alla realizzazione degli interventi formativi.

In attesa di eventuali disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau



IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Pier Paolo Dani

19-10-16

Sede Postale Area Formazione  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430926  
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Mulinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-6861  
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

11