ASLCagliari

688
16 GIU. 2015

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:

"Il trattamento dell'alcolismo e l'integrazione tra Servizi"

Il presente allegato è composto
di n. 13 fogli, di n. 13 pagine
IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE f.f.
Dott.ssa Marisa Udella

ASL8
NP/2015/ 0015552 del 07/05/2015 ore 09,22
Mittente: Serd 1 Via Dei Valenzani Cagliari
Assegnatario: Area Formazione
Classifica: 1.5.

Al Responsabile del Servizio Area Formazione
ASLCAGLIARI
Dr. Ireneo Picciau

e p.c. All'Educ. Prof. Sig.ra Renata Casu

Oggetto: Attivazione e accreditamento evento formativo.

Si consegnano i seguenti documenti necessari per l'attivazione e l'accreditamento E.C.M. dell'evento formativo dal titolo **"IL TRATTAMENTO DELL'ALCOLISMO E L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI"**:

1. Modulo richiesta attivazione progetto formativo.
2. Programma corso.
3. Curriculum docenti dott. Ganga e dott.ssa Masia.
4. Indicazione di scelta dei docenti (gratuiti) e relativa dichiarazione di non sussistenza di conflitti di interesse nella scelta.
5. Indicazione di scelta del docente e dichiarazione assenza conflitto di interesse (Dott.ssa Cicalò).
6. Accettazione incarichi docenza e assenza conflitti d'interesse.
7. Strumento di valutazione dell'apprendimento.
8. Preventivo spese docente.
9. Accettazione incarico di responsabile scientifico e assenza di conflitto d'interesse.
10. Auto indicazione di scelta come docente e dichiarazione assenza di conflitto di interesse.

Il referente della segreteria organizzativa
Educ. Profes. Carla Deidda

Cordiali saluti

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
07 MAG. 2015
PRESA IN CARICO

Il Direttore del Servizio
Dott. Massimo Diana

ASLCagliari

Servizio Proponente

DIPENDENZE

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

IL TRATTAMENTO DELL'ALCOLISMO E L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI

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

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?

NO

Se "SI" indicare la denominazione

Numero di edizioni previste ___

	Data Inzio	Data fine
Prima edizione	08/06/15	09/06/15
Seconda edizione		
Terza 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.

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 Ser.D. - Servizio Dipendenze

Sala Conferenze

Via Dei Valenzani, s.n.c.

09131 Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 50 Totale Partecipanti 0

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 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

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- **Medico Chirurgo**
- **Psicologo**
- **Educatore Professionale**
- **Infermiere**
- **Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica**

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- **Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale**
- **Infermiere Psichiatrico**

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

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

- *Dermatologia e Venereologia*
- *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*
- *Medicina Generale (medici di famiglia)*
- *Medicina Interna*
- *Neurologia*
- *Psichiatria*
- *Psicoterapia*

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

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

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

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

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

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Psicologia

Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

N.B. (indicare una sola Area Tematica, cancellare tutte le voci che con interessano)

- *Area delle dipendenze*

Obiettivo formativo

N.B. *(indicare un solo obiettivo formativo,cancellare tutte le voci che con interessano)*

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

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

ACQUISIZIONE DI CONOSCENZE TEORICO-TECNICHE AGGIORNATE IN TEMA DI ALCOLISMO.

B - Acquisizione competenze di processo:

MIGLIORAMENTO DEGLI INTERVENTI DIAGNOSTICI E CLINICI NEI VARI LIVELLI DI ASSISTENZA.

C - Acquisizione competenze di sistema:

MIGLIORAMENTO DELL'ACQUISIZIONE DI COMPETENZE DI ANALISI E RISOLUZIONE DEI PROBLEMI PER UNA MAGGIOR EFFICACIA DELL'INTERVENTO NELLA PRATICA CLINICA E UNA MAGGIOR INTEGRAZIONE TRA SERVIZI.

**** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento***

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome Diana Nome Estello Massimo
Codice Fiscale DNISLL52C27B745Q
Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 27-03-1952
Telefono 070-6096324 Cellulare 337815220 FAX 070-41534
e-mail massimodiana@asl8cagliari.it
Qualifica Psichiatra Competenze Direttore Servizio per le Dipendenze

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Deidda Nome Carla
Telefono 070-6096322 Cellulare 3275656364 FAX 070-41534
e-mail carladeidda@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: /**

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	11	30
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	1	15
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD		30
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED		
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	1	30
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	1	15
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED		
Role - Playing	RP		

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti

- *Questionario (allegare il modello)*

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)
cancellare tutte le voci che con interessano

FORMATORE/TUTOR n.1

Ruolo: *Docente interno in orario di Servizio*

Cognome_DIANA **Nome** ESTELLO MASSIMO **Codice Fiscale** _DNISLL52C27B745Q
Luogo di nascita CARBONIA_**Data di nascita** 27-03-1952 **Telefono** 070-6096324
Cellulare 337815220 **FAX** 070-41534 **e-mail** massimodiana@asl8cagliari.it
Qualifica Psichiatra **Competenze** Direttore Servizio per le dipendenze
Inquadramento CCNL Formatori interni: *Dirigenza* (***N.B. cancellare la voce che con interessa)***
Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (***N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)***

Ore di docenza 2h e 30' **Co-Docenza** 1h e 15' Totale compenso € /

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

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo: *Docente Esterno*

Cognome BOI **Nome** GRAZIELLA **Codice Fiscale** BOIGZL57D45H118O
Luogo di nascita QUARTU SANT'ELENA **Data di nascita** 05-04-197 **Telefono** 070-6096522
Cellulare 3386427161 **FAX** 070-6096824 **e-mail graziellaboi@asl8cagliari.it**
Qualifica Psichiatra **Competenze** Direttore Centro per il trattamento dei disturbi alcol correlati Asl8Cagliari
Inquadramento CCNL Formatori interni: *Comparto, Dirigenza* (***N.B. cancellare la voce che con interessa)***

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (***N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)***

Ore di docenza 1h e 45' **Co-Docenza** 45' Totale compenso € /

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

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo: *Docente Esterno*
Cognome BIGGIO **Nome** GIOVANNI **Codice Fiscale** BGGGNN44B24E281X
Luogo di nascita IGLESIAS **Data di nascita** 24-02-1944 **Telefono** 070-6754131
Cellulare 3356798611 **FAX** 070-6754166 **e-mail** biggio@unica.it
Qualifica Neurofarmacologo **Competenze**

Inquadramento CCNL Formatori interni: *Comparto, Dirigenza* (***N.B. cancellare la voce che con interessa)***

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (***N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)***

Ore di docenza 1h e 30' Totale compenso € /

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

FORMATORE/TUTOR n. 5

Ruolo: *Docente Esterno*

Cognome CICALO' **Nome** ROSALBA **Codice Fiscale** CCLRLB58C58D665Q
Luogo di nascita FONNI **Data di nascita** 18-03-1958 **Telefono** 0784-240990
Cellulare 335 5756596 **FAX** 070-240986 **e-mail** rosalbacicalo@aslnuoro.it
Qualifica Psichiatra **Competenze** Direttore Ser.D. ASL NUORO

Inquadramento CCNL Formatori interni: *Comparto, Dirigenza* (***N.B. cancellare la voce che con interessa)***

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (***N.B, cancellare tutte le voci che con interessano)***

Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza 6h e 45' **Co-Docenza** 1h e 15' Totale compenso € 675,00

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 0re (D.P.R. 395/88
Numero Pasti 4 **Totale spesa rimborso pasti** € 111,16
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 **Totale spesa pernottamento** € 220,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 4

Ruolo: *Docente Esterno*

Cognome GANGA **Nome** ROBERTO **Codice Fiscale** GNGRRT51C15B354M
Luogo di nascita Cagliari **Data di nascita** 15-03-1951 **Telefono** 070-539501
Cellulare 648-2623186 **FAX** 070-531640 **e-mail** robertoganga@aob.it
Qualifica Medico Chirurgo **Competenze** Direttore Medicina 1 – Azienda Ospedaliera Brotzu

Inquadramento CCNL Formatori interni: *Comparto, Dirigenza* (***N.B. cancellare la voce che con interessa)***

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (***N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)***

Ore di docenza 1h 15' Totale compenso € /
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 6

Ruolo: *Docente interno in orario di Servizio*

Cognome MASIA **Nome** MERCEDES**Codice Fiscale** MSAMCD59D52E441J
Luogo di nascita LANUSEI **Data di nascita** 12-04-1959**Telefono** 070-47444303
Cellulare 3385209066 **FAX** 070-47444272 **e-mail** mercedesmasia@asl8cagliari.it
Qualifica Psichiatra **Competenze**
Inquadramento CCNL Formatori interni: *Comparto, Dirigenza* (***N.B. cancellare la voce che con interessa)***
Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (***N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)***
Ore di docenza 1h e 30' Totale compenso € /
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

Fonti di finanziamento

(*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)*

Formazione strategica e Formazione di sistema

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 675,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 220,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 111,16
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
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)***	€ 241,01
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) ***a cura dell'Area Formazione***	€ 1.247,17

Macrostruttura di appartenenza

(*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)*

- 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)	**ESTELLO MASSIMO DIANA**
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Azienda USL n° 8 - Cagliari IL DIRETTORE DEL SERVIZIO PER LE DIPENDENZE *Dr. Massimo Diana*