

1171

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
***"Le misure alternative alla detenzione nelle
persone con problematiche droga
alcolcorrelate"***

Il presente allegato è composto
di n. 11 fogli, di n. 11 pagine

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



NP/2015/21879
DEL 27.10.2015

Al Responsabile del Servizio Area Formazione
ASLCAGLIARI
Dr. Ireneo Picciau

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

Oggetto: Attivazione evento formativo.

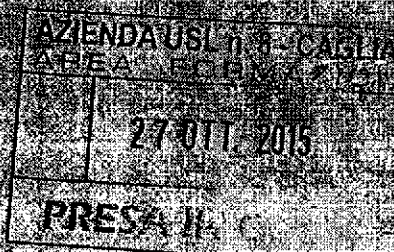
Si consegnano i seguenti documenti necessari per l'attivazione dell'evento formativo (Tavola Rotonda) dal titolo "LE MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE NELLE PERSONE CON PROBLEMATICHE DROGA ALCOLCORRELATE".

1. Modulo richiesta attivazione progetto formativo.
2. Programma corso.
3. Indicazione di scelta del docente (profitti) e relativa dichiarazione di non sussistenza di conflitti di interesse nella scelta.
4. Indicazione di scelta del docente e dichiarazione assenza conflitto di interesse (Dott.ssa De Fabritis).
5. Accettazione incarico di responsabile scientifico e assenza di conflitto d'interesse.
6. Auto indicazione di scelta come docente e dichiarazione assenza di conflitto di interesse.

Il referente della segreteria organizzativa
Educ. Profes. Carla Deidda

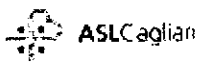
Cordiali saluti

Il Direttore del Servizio
Dott. Massimo Diana



NP/2015/31683

DEL 23.10.2015



Servizio Proponente

SERVIZIO DIPENDENZE

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

LE MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE NELLE PERSONE CON PROBLEMATICHE DROGA ALCOLCORRELATE

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?
NO

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

- Tavola rotonda

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

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE

Numero di edizioni previste 1

PRESA IN CARICO	23 OTT. 2015		
		Prima edizione	Data Inizio 27/11/15 Data fine 27/11/15
		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

Sede Sala Conferenze – SER.D.1

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via dei Valenzani s.c.n. - 09131 Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione **40** Totale Partecipanti **40**

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

Professioni dei partecipanti

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

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo
- Psicologo
- Educatore Professionale
- Infermiere
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- Infermiere Generico

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

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

- Dermatologia e Venereologia
- 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

5

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 TEORICHE AGGIORNATE IN TEMA DI MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE.

B - Acquisizione competenze di processo:

MIGLIORAMENTO DEGLI INTERVENTI SOCIALI, EDUCATIVI E CLINICI NELLA PREDISPOSIZIONE DI PROGRAMMI TERAPEUTICI IDONEI AL RECUPERO E AL REINSERIMENTO SOCIALE DEL PAZIENTE NELL'AMBITO DELLE MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE.

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: 3 Minuti: /

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP		
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	3	
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD		
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		
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG		
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
cancellare tutte le voci che con interessano

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

QualificaPsichiatra **Competenze** Direttore Servizio
per le Dipendenze

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza

**Fascia retributiva di competenza e relativo
importo:** /

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

4

FORMATORE n. 2

Ruolo: *Docente interno in orario di Servizio*
Cognome DEFABRITIIS **Nome** DANIELA **Codice Fiscale** DFBDNL55M60G589H
Luogo di nascita PICCIANO **Data di nascita** 20/08/1955 **Telefono** 070-47444289
Cellulare 3478215566 **FAX** 070-47444272 **e-mail** danieladefabritiis@asl8cagliari.it
Qualifica **PSICOLOGO DIRIGENTE** **Competenze**

Inquadramento CCNL Formatori interni: *Dirigenza*

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: /

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire /
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

Formazione specifica

Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Sponsor Commerciali

Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Si No *(N.B. cancellare la voce che con interessa)*

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
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)	€ 0,00
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) A cura dell'Area Formazione		€ 0,00

4


Macrostruttura di appartenenza

(N.B. cancellare tutte le voci che non 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

<p>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>ESTELLO MASSIMO DIANA</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	

Azienda USL n° 8 - Cagliari
 IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
 PER LE DIPENDENZE
 Dr. Massimo Diana

4