943 3 1 AGO, 2016

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: "Servizio per le Dipendenze e Amministrazione di Sostegno"

> Il presente allegato è composto di n. 12 fogli, di n. 12 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Døtt. Ireneo Picciau

ALLEGATO ALLA DELIBERAZION.

DEL

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL DIRETTORE SANITARIO Dott.ssa Antonella Carreras Dott. Pier Pgolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott. sya Savina Ortu



Servizio per le Dipendenze Ser.D. 2

ASL8
NP.2016/20161 del 29/07/2016 ore 13,56
Mitt.: Serd 2 Via Liguria Cagliari
Ass.: Area Formazione
Class.: 2.5. Fasc.: 74 del 2013

Al Responsabile Area Formazione

ASL Cagliari

SEDE

Oggetto: Richiesta attivazione progetto formativo residenziale "Servizio per le Dipendenze e Amministrazione di Sostegno"

Si trasmette la documentazione sottoelencata per quanto indicato in oggetto:

Scheda attivazione progetto formativo

Indicazione di scelta dei Docenti e dichiarazione assenza di conflitto di interesse
Autoindicazione di scelta come Docente e dichiarazione assenza di conflitto di interesse
Accettazione incarico di Responsabile scientifico e assenza di conflitti d'interesse
Accettazione incarico di Docente e assenza di conflitti d'interesse
Programma

Questionario apprendimenti

Cordiali saluti

Aziende Sanitaria di Cagliari
II Direttore
II Direttore del Ser.D 2
(Servizio per le Dipendenze) Dott. Massimo Diana
Dott. Massimo Diana

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

Asl Cagliari
Via Piero della Francesca, 1 - 09047 Selargius c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

Jeno



Servizio Proponente

SERVIZIO DIPENDENZE Ser.D. 2 via Liguria

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

Servizio per le Dipendenze e Amministrazione di Sostegno

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?

SI (cancellare la voce che con interessa)

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Convegno

Attività formativa di aggiornamenti monotematici

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?

È previsto l'uso della sola lingua italiana? SI

È prevista una quota di partecipazione?



Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?

NO Se "SI" indicare la denominazione

Numero di edizioni previste 1

	Data Inzio	Data fine
Prima edizione	26/10/16	26/10/16
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. 1

via Dei Valenzani snc 09131



Partecipanti[®]

Numero di partecipanti per edizione 40 Totale Partecipanti

Riservato agli operatori del Servizio proponente si Aperto a n. operatori di altri Servizi ASL Aperto a n. operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

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

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

Operatore Socio-Sanitario

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

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

1

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
- 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:

Implementare le conoscenze in merito alla Legge 6/2004 relative all'amministrazione di sostegno, alle funzioni e al ruolo dell'amministratore di sostegno, al fine di arricchire le competenze tecnico professionali in merito.

B - Acquisizione competenze di processo:

Accrescere e arricchire le competenze per meglio orientare l'attivazione dell'amministrazione di sostegno nella gestione del paziente con problematiche di uso di sostanze.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Proporre modelli e buone pratiche nella individuazione di percorsi nel rispetto delle normative vigenti, riguardo l'attivazione dell'amministrazione di sostegno.

D - Previsione di ricaduta formativa:

Costruzione di linee guida per l'attivazione dell'amministrazione di sostegno per la gestione del paziente con disturbo da uso di sostanze.

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 9 dal corso

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome DIANA Nome E. MASSIMO
Codice Fiscale DNISLL52C27B745Q
Luogo di nascita CARBONIA Data di nascita 27/03/1952
Telefono 07047444311 Cellulare 337815220 FAX 07047444272
e-mail massimodiana@asl8cagliari.it

Qualifica: Medico Psichiatra Direttore Struttura Complessa Servizio Dipendenze/ Ser.D 2 via Liguria,

Ser.D 1 via Dei Valenzani

Competenze: Manageriali, Psichiatriche, Psicoterapeutiche

ti campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento 🖈

Referente della segreteria organizzativa

Cognome DE FABRITIIS Nome DANIELA Telefono 07047444289 Cellulare 3478215566 FAX 07047444272 e-mail danieladefabritiis@asl8cagliari.it



Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel <u>programma in allegato</u>, 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: 7 Minuti: 30

Metodologie didattiche

Metodologie Lezioni Magistrali		Ore	Minuti
Serie di relazioni su tema preordinato		4	
Tavole rotonde con dibattito tra esperti		1	
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD		1
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti			
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)		1	30
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto			
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche			
Role - Playing			

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

cancellare tutte le voci che con interessano

Questionario (allegare il modello)

Attrezzatura

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

Videoproiettore

Lavagna a fogli mobili

Computer portatile

FORMATORE n. 1

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio

Cognome DIANA Nome E. MASSIMO Codice Fiscale DNISLL52C27B745Q
Luogo di nascita CARBONIA Data di nascita 27/03/1952 Telefono 07047444311
Cellulare 337815220 FAX 07047444272 e-mail massimodiana@asl8cagliari.it
Qualifica Medico Psichiatra Direttore Struttura Complessa Servizio Dipendenze/ Ser.D 2 via Liguria,
Ser.D 1 via Dei Valenzani Competenze MANAGERIALI, PSICHIATRICHE, PSICOTERAPEUTICHE

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza
ORE DI DOCENZA DA RETRIBUIRE TOTALE COMPENSO 0

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

FORMATORE n. 2

Ruolo: Docente Esterno

Cognome CUCCU Nome MARIO Codice Fiscale CCC MRA 60C29 1765P

Luogo di nascita Siurgus Donigala Data di nascita 29/03/1960 Telefono 3400900535

Cellulare FAX e-mail mariocuccu@asl8cagliari.it

Qualifica Presidente

Associazione

"AMM.SO

SARDEGNA"

Competenze

AMMINISTRATIVE/ORGANIZZATIVE/COORDINAMENTO

FORMATORE ESTERNO:

ORE DI DOCENZA DA RETRIBUIRE TOTALE COMPENSO € 0

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

FORMATORE n. 3

Ruolo: Docente Esterno

Cognome BONU Nome EMILIANA Codice Fiscale BNOMLN61L591294A
Luogo di nascita SANT'ANTIOCO Data di nascita 19/07/61 Telefono
Cellulare 3395052158 FAX _____ e-mail emilianabonu@libero.it
Qualifica Vice Presidente Associazione "NOI E GLI ALTRI" Competenze ORGANIZZATIVE/COORDINAMENTO

FORMATORE ESTERNO:

Ore di docenza da retribuire - Totale compenso € 0

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

FORMATORE n. 4 Ruolo: Docente Esterno Cognome PORCEDDA Nome MARIA FRANCESCA Codice Fiscale PRCMFR60A49L966F Luogo di nascita Villamar Data di nascita 09/01/1960 Telefono Cellulare 3890815240 Pagina FAX e-mail marfranc60@gmail.com Qualifica Presidente Associazione "AZIONE PER IL SOSTEGNO" Competenze ORGANIZZATIVE/ COORDINAMENTO FORMATORE ESTERNO: Ore di docenza da retribuire Totale compenso € 0 È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata FORMATORE n. 5

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio

Cognome LOI Nome ISA PAOLA Codice Fiscale LOISPL61E54G146D

Luogo di nascita ORTUERI -NU- Data di nascita 14/05/1961 Telefono 07047444295

Cellulare 3381376842 FAX 07047444272 e-mail isapaolaloi@asl8cagliari.it

Qualifica ASSISTENTE SOCIALE ASL CAGLIARI Competenze ATTIVITA' SOCIALI A CARATTERE PREVENTIVO. TRATTAMENTALE E RIABILITATIVO PRESSO SERVIZIO DIPENDENZE SER.D. 2

Inquadramento CCNL Formatori interni: Comparto

Ore di docenza da retribuire Totale compenso € 0

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

FORMATORE n. 6

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio

Cognome SPIGA Nome PAOLA Codice Fiscale SPGPLA58P65B354W Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 25/09/1958 Telefono 07047444294

Cellulare 3388272271 FAX 07047444272 e-mail paolaspiga58@asl8cagliari.it

Qualifica ASSISTENTE SOCIALE ASL CAGLIARI Competenze ATTIVITA' SOCIALI A CARATTERE PREVENTIVO.

TRATTAMENTALE E RIABILITATIVO PRESSO SERVIZIO DIPENDENZE SER.D. 2

Inquadramento CCNL Formatori interni: Comparto

Ore di docenza da retribuire ∶Totale compenso € 0

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

FORMATORE n. 7

Ruolo: Docente Esterno

Cognome LAI Nome ANGELA Codice Fiscale LAINGL55T15A355D

Luogo di nascita TORTOLI' Data di nascita 15/12/1955 Telefono 07060222852

Cellulare FAX e-mail angela.lai@giustizia.it

Qualifica ASSISTENTE SOCIALE SPECIALISTA Competenze POLITICHE SOCIALI ORGANIZZATIVE/

COORDINAMENTO

FORMATORE ESTERNO:

ORE DI DOCENZA DA RETRIBUIRE TOTALE COMPENSO 0

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

FORMATORE n. 8

Ruolo: Docente Esterno

Cognome MASTINO Nome LUCIA Codice Fiscale MSTMLC70P68B354F

Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 28/09/1970 Telefono Cellulare 3288765372 FAX e-mail luciamastino@gmail.com Qualifica GOT con funzioni di Giudice Tutelare Competenze Giuridiche

FORMATORE ESTERNO:

ORE DI DOCENZA DA RETRIBUIRE TOTALE COMPENSO 0

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

FORMATORE n. 9

Ruolo: Docente Esterno

Cognome ALTIERI Nome GIORGIO Codice Fiscale LTRGRG66L29B354R

Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 29/07/1966 Telefono 07060222762

Cellulare FAX e-mail giorgio.altieri@giustizia.it

Qualifica Giudice di Corte d'Assise Competenze Giuridiche

FORMATORE ESTERNO:

ORE DI DOCENZA DA RETRIBUIRE TOTALE COMPENSO 0

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

Α	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	0
В	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	0
С	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	0
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	0
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 350,00
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) a cura dell'Area Formazione	€ 350,00

(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)	E. MASSIMO DIANA
Timbro e Firma (leggibile)	Azienda Sanitaria di Cagliari
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Il Direttore del Ser D 2 (Servizio per le Dipendenze) Dott. Massimo Diana

CAGLIARI,

