ASLCagliari

Direzione generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
**Area Formazione**

# Allegato "A"

1195
16 NOV. 2016

## Progetto Formativo

## "Flussi SISM: competenze dell'operatore della salute mentale"

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

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ASLCagliari

Dipartimento di Salute Mentale

ASL8
Prot. 2016/112299 del 24/10/2016 ore 09,53
Mitt.: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP...
Ass.: Area Formazione
Class.: 1.5.7.

Al Responsabile Area Formazione

D.r. Ireneo Picciau

Oggetto :Attivazione Progetto Formativo Aziendale "Flussi SISM: competenze dell' operatore della salute mentale"

In relazione all'oggetto, al fine di poter procedere all'attivazione del Progetto Formativo Aziendale "Flussi SISM: competenze dell' operatore della salute mentale"

si trasmette in allegato la seguente documentazione:

- Modulo "Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale"
- Modulo "Indicazione di scelta del/dei docente/i" e assenza di conflitti di interesse
- Modulo "Dichiarazione di accettazione incarico e assenza conflitti d'interesse dei docenti"e Preventivo spese
- Programma del corso
- Modulo "Dichiarazione di accettazione di incarico di Responsabile Scientifico e di assenza di conflitti di interesse

Cordiali Saluti

Il Direttore

Dr. Augusto Cocco

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

2

ASLCagliari

**Servizio Proponente** Dipartimento di Salute Mentale

## Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

**Titolo del Progetto:** ***" Flussi SISM: competenze dell'operatore della salute mentale "***

**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 Inzio | Data fine | | Data Inzio | Data fine |
|---|---|---|---|---|---|
| 1ª Edizione | 28/11/2016 | 28/11/2016 | 6ª Edizione | / / | / / |
| 2ª Edizione | 29/11/2016 | 29/11/2016 | 7ª Edizione | / / | / / |
| 3ª Edizione | 02/12/2016 | 02/12/2016 | 8ª Edizione | / / | / / |
| 4ª Edizione | / / | / / | 9ª Edizione | / / | / / |
| 5ª Edizione | / / | / / | 10ª 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** Area Formazione; CSM Assemini

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap)** Via Caravaggio- Selargius/ Via Raffaello- Assemini

## Partecipanti

**Numero di partecipanti per edizione** 15 **Totale Partecipanti** 45

☐ 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/Provati/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:***

- ☐ *Allergologia ed immunologia Clinica*
- ☐ *Anatomia Patologica*
- ☐ *Anestesia e Rianimazione*
- ☐ *Angiologia*
- ☐ *Audiologia e Foniatria*
- ☐ *Cardiochirurgia*
- ☐ *Cardiologia*
- ☐ *Chirurgia Generale*
- ☐ *Chirurgia Maxillo - Facciale*
- ☐ *Chirurgia Pediatrica*
- ☐ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*
- ☐ *Chirurgia Vascolare*
- ☐ *Continuità Assistenziale*
- ☐ *Dermatologia e Venereologia*
- ☐ *Ematologia* pediatrico
- ☐ *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*
- ☐ *Farmacologia e Tossicologia Clinica*
- ☐ *Gastroenterologia*
- ☐ *Genetica Medica*
- ☐ *Geriatria*
- ☐ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione*
- ☐ *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*
- ☐ *Laboratorio di Genetica Medica*
- ☐ *Malattie dell'apparato respiratorio*
- ☐ *Malattie Infettive*
- ☐ *Medicina Aeronautica e Spaziale*
- ☐ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro*
- ☐ *Medicina dello Sport*
- ☐ *Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza*
- ☐ *Medicina Generale (medici di famiglia)*
- ☐ *Medicina Interna*
- ☐ *Medicina Legale*
- ☐ *Medicina Nucleare*
- ☐ *Medicina Termale*
- ☐ *Microbiologia e Virologia*
- ☐ *Nefrologia*
- ☐ *Neonatologia*
- ☐ *Neurochirurgia*
- ☐ *Neurofisiopatologia*
- ☐ *Neurologia*
- ☐ *Neuropsichiatria Infantile*
- ☐ *Neuroradiologia*
- ☐ *Oftalmologia*
- ☐ *Oncologia*
- ☐ *Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base*
- ☐ *Ortopedia e Traumatologia*
- ☐ *Otorinolaringoiatria*
- ☐ *Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia)*
- ☐ *Pediatria*
- ☐ *Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)*
- ☒ *Psichiatria*
- ☒ *Psicoterapia*
- ☐ *Radiodiagnostica*
- ☐ *Radioterapia*
- ☐ *Reumatologia*
- ☐ *Scienza dell'Alimentazione e Dietetica*
- ☐ *Urologia*
- ☐ *Ginecologia e Ostetricia*
- ☐ *Malattie Metaboliche e Diabetologia*
- ☐ *Biochimica Clinica*
- ☐ *Chirurgia Toracica*
- ☐ *Endocrinologia*
- ☐ *Medicina fisica e riabilitazione*
- ☐ *Medicina Trasfusionale*
- ☐ Tutte le discipline

4

***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***

Linee guida – protocolli – procedure – documentazione clinica

***Finalità ****

**A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**

competenze sui flussi dati SISM e la gestione della cartella clinica informatizzata

**B - Acquisizione competenze di processo:**

Fare clic qui per immettere testo.

**C - Acquisizione competenze di sistema:**

Fare clic qui per immettere testo.

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

conoscenza del flusso dati obbligatori SISM, conoscenza e utilizzo di strumenti della piattaforma della salute mentale

**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 Montixi Nome Maria Carla
Codice Fiscale MNTMCR64D43L122E Luogo di nascita Terralba Data di nascita 03/04/1964
Telefono 07047443443 Cellulare 3806422597 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mcarlamontixi@asl8cagliari.it
Qualifica Fare clic qui per immettere testo. Competenze Fare clic qui per immettere testo.

**Referente della segreteria organizzativa**

Cognome Montixi Nome Maria Carla
Codice Fiscale MNTMCR64D43L122ETelefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3806422597 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:** 05 **Minuti:** 00

**Metodologie didattiche**

| Metodologie | Sigla | Ore | Minuti |
|---|---|---|---|
| Lezioni Magistrali | **LM** | 00 | 00 |
| Serie di relazioni su tema preordinato | **LRP** | 00 | 30 |
| Tavole rotonde con dibattito tra esperti | **TR** | 00 | 00 |
| Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde") | **CD** | 00 | 30 |
| Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti | **DTSED** | 01 | 00 |
| Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi) | **PPCC** | 01 | 00 |
| Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto | **LPG** | 00 | 00 |
| Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche | **ED** | 02 | 00 |
| Role - Playing | **RP** | 00 | 00 |

### 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 CORONA Nome ANASTASIA
Codice Fiscale CRNNTS81T61G113L Luogo di nascita ORISTANO Data di nascita 21/12/1981
Professione ECM PSICOLOGO Disciplina ECM PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3934386174 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail anastasiacorona.studio@gmail.com Qualifica PSICOLOGO
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia B € 80,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 1200,00
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. 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) | € 1200,00 |
| 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) | € 172,15 |
| | **Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)**<br>***A cura dell'Area Formazione*** | € 1.372,15 |

## Macrostruttura di appartenenza

☐ Coordinamento distretti
☐ D.A. Servizi amministrativi
☐ D.A. Servizi tecnico logistici
☐ Centrale Operativa 118
☐ Dipartimento Emergenza Urgenza
☐ Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
☐ D.G. Staff
☐ DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari

☐ Dipartimento Dipendenze
☐ Dipartimento Farmaco
☐ Dipartimento Prevenzione
☒ Dipartimento Salute Mentale
☐ P.O. Marino
☐ P.O. San Giuseppe
☐ P.O. San Marcellino
☐ P.O. Santissima Trinità
☐ 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

| | |
|---|---|
| **Nome e cognome** (in stampatello)<br>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) | AUGUSTO CONTU |
| **Timbro e Firma** (leggibile)<br>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) | Azienda U.S.L. N.° 8 - Cagliari D.S.M. |

ASLCagliari

**Dipartimento di Salute Mentale**

ASL8
NP/2016/ 0011171 del 26/04/2016 ore 09,33
Mittente DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DPE
Assegnatario DIREZIONE SANITARIA
Classifica 1.6.2

Al Direttore Sanitario

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 del DSM. (euro 3100)
9. Intelligenza emotiva : Supervisione del lavoro terapeutico con famiglie multiproblematiche (euro 600)
10. La Psicoanalisi Multifamiliare nel CSM 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

Favorevole
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 070/47443451-Fax 070/47443411
Direttore dr. Augusto Contu

ASLCagliari

Dipartimento di Salute Mentale

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
12 OTT. 2016
ARRIVATA

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

dott. Piccioni
Anna Paola
14/10/16

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 intinere, 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

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
14 OTT. 2016
SEGNA COME VISTO

All'Area Formazione per la valutazione di merito e ricontro
IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani
12-10-16

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

11

ASLCagliari

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
19 OTT. 2016
ARRIVATA

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

ASL8
NP.2016/25875 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

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
21 OTT. 2016
SEGNA COME VISTO

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani
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



12