



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 27 SET. 2017

**OGGETTO:** Autorizzazione Corso di formazione obbligatorio per "Addetti alla manipolazione e alla trasformazione di derrate, cibi e alimenti". Spesa complessiva € 1.295,00

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 28 SET. 2017 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

*Il Direttore Amministrativo*

IL DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

**Su** proposta dell'Ufficio Formazione

**Acquisito** il Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria;

**Atteso** che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale;

**Considerato** che l'Azienda, nello specifico il Servizio Acquisizione Beni e Servizi – Settore Ristorazione, Mensa e Magazzino Viveri vuole attivare il suddetto corso al fine di formare tutti gli operatori che prestano servizio all'interno del Settore Ristorazione, Mensa e Magazzino Viveri, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

**Ritenuto** che l'attività formativa è rivolta al personale del Settore Ristorazione, Mensa e Magazzino Viveri del P.O. San Michele, per un totale 26 partecipanti suddivisi in 5 edizioni, sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio;

**Valutato** il progetto formativo: Corso di formazione obbligatorio per "Addetti alla manipolazione e alla trasformazione di derrate, cibi e alimenti". che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

%



Segue Deliberazione n. 1845 del 27 SET. 2017

### DELIBERA

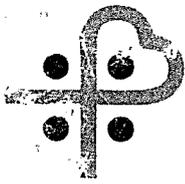
Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare il Corso di formazione obbligatorio per "Addetti alla manipolazione e alla trasformazione di derrate, cibi e alimenti", rivolto al personale del P.O. San Michele, per un totale di 26 partecipanti suddivisi in 5 edizioni.
2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta da docenti interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
3. Determinare che la spesa complessiva è di € 1.295,00 (milleduecentonovantacinque euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2017.
4. Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento dei docenti interni.
6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 1.295,00.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
**Dott.ssa Laura Balata**

**IL DIRETTORE SANITARIO**  
**Dott. Vinicio Atzeni**

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott.ssa Graziella Pintus**



AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

Al Sig. Direttore Generale

## **RICHIESTA:**

### **EVENTO FORMATIVO REGIONALE PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

#### **TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

**Corso di formazione obbligatorio per addetti alla manipolazione e alla trasformazione di derrate, cibi e alimenti.**

#### **STRUTTURA PROPONENTE**

**Servizio Acquisizione Beni e Servizi – Settore Ristorazione, Mensa e Magazzino Viveri**

#### **OBIETTIVI**

**Fornire una formazione specifica destinata agli operatori del Settore Ristorazione, di tutti i livelli, in merito alle tecniche di conservazione e manipolazione degli alimenti, alla conoscenza dei pericoli di contaminazione e delle misure di controllo, alle norme per l'igiene degli ambienti, delle lavorazioni, dello smaltimento dei rifiuti e del personale, nelle logiche dell'autocontrollo.**

#### **CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)**

**Elementi di igiene; Elementi di Etica professionale; Trasformazione e mantenimento di derrate, cibi ed alimenti; Prevenzione delle contaminazioni; Il sistema di autocontrollo HACCP; Il Codex Alimentarius; Gestione dei rifiuti e corretto smaltimento.**

#### **A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**

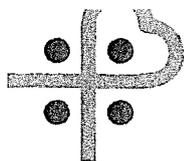
**Acquisizione di conoscenze e competenze nella corretta manipolazione degli alimenti e delle derrate; Acquisizione di conoscenze e competenze nell'identificazione dei CCP nell'ambito dell'autocontrollo**

#### **B) Acquisizione competenze di processo:**

**Acquisizione di conoscenze e competenze nella corretta applicazione delle misure di controllo e nella loro corretta applicazione. Acquisizione di conoscenze delle norme igienico-sanitarie e di etica del lavoro.**

#### **C) Acquisizione competenze di sistema:**

**Acquisizione di conoscenze e competenze atte a riconoscere, prevenire ed evitare le contaminazioni alimentari dalla ricezione delle derrate al corretto smaltimento dei rifiuti.**



AO Brotzu

TIPOLOGIA DI EVENTO:



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

**A) FORMAZIONE RESIDENZIALE**

- Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)
- Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)
- Conferenza (minimo 4 ore)
- Corso (minimo 4 ore)
- Retraining

**SEDE DI SVOLGIMENTO**

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI  NO

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura P.O. SAN MICHELE

**SPAZI NECESSARI**

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)
  - Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
  - Aula con capienza di n. \_\_\_\_\_ partecipanti
  - Sala conferenza per n. \_\_\_\_\_ partecipanti
  - Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- 

**AUSILI DIDATTICI**

- LAVAGNA LUMINOSA
  - LAVAGNA A FOGLI MOBILI
  - PC
  - VIDEOPROIETTORE
  - ALTRO DA SPECIFICARE \_\_\_\_\_
- 

**EDIZIONI E DATE**

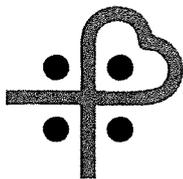
Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI  NO

Se **Si**, indicare le date di inizio e fine, se **No**, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista.

Indicare numero massimo dei partecipanti per edizioni.

Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.



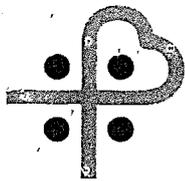
Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	5	05/10/2017	06/10/2017
2	5	10/10/2017	11/10/2017
3	5	12/10/2017	13/10/2017
4	5	17/10/2017	18/10/2017
5	5	24/10/2017	25/10/2017

**PROFESSIONI**

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

**PROFESSIONI SANITARIE**

- Farmacista** n. \_\_\_\_\_
- Ospedaliera** n. \_\_\_\_\_
- Farmacia Territoriale** n. \_\_\_\_\_
- 
- Medico chirurgo** n. \_\_\_\_\_
- Angiologia** n. \_\_\_\_\_
- Cardiologia** n. \_\_\_\_\_
- Dermatologia e Venereologia** n. \_\_\_\_\_
- Ematologia** n. \_\_\_\_\_
- Endocrinologia** n. \_\_\_\_\_
- Gastroenterologia** n. \_\_\_\_\_
- Genetica Medica** n. \_\_\_\_\_
- Geriatria** n. \_\_\_\_\_
- Malattie Metaboliche e Diabetologia** n. \_\_\_\_\_
- Malattie dell' Apparato Respiratorio** n. \_\_\_\_\_
- Malattie Infettive** n. \_\_\_\_\_
- Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza** n. \_\_\_\_\_
- Medicina Fisica e Riabilitazione** n. \_\_\_\_\_
- Medicina Interna** n. \_\_\_\_\_
- Medicina Termale** n. \_\_\_\_\_
- Medicina Aeronautica e Spaziale** n. \_\_\_\_\_
- Medicina dello Sport** n. \_\_\_\_\_
- Nefrologia** n. \_\_\_\_\_
- Neonatologia** n. \_\_\_\_\_
- Neurologia** n. \_\_\_\_\_
- Neuropsichiatria Infantile** n. \_\_\_\_\_
- Oncologia** n. \_\_\_\_\_

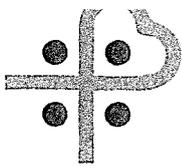


AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

<input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Ginècologia e Ostetricia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Trasmfusionale</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta )</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i>	<i>n.</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i>	<i>n.</i> _____



**AO Brotzu**



**Sistema Sanitario  
Regione Sardegna**

- Organizzazione dei servizi sanitari di base*
- Audiologia e Foniatria*
- Psicoterapia*
- Privo di Specializzazione*

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

**Odontoiatra**

n. \_\_\_\_\_

**Psicologo – Psicoterapeuta**

n. \_\_\_\_\_

*Psicoterapia*

n. \_\_\_\_\_

*Psicologia*

n. \_\_\_\_\_

**Laureati non medici (specificare)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA**

- Infermiere*
- Infermiere pediatrico*
- Ostetrica/o*

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

- Podologo*
- Fisioterapista*
- Logopedista*
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia*
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva*
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica*
- Terapista Occupazionale*
- Educatore Professionale*

n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE**

- Assistente Sanitario*
- Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro*

n. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare*
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico*
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica*
- Tecnico Audiometrista*
- Tecnico Audioprotesista*
- Tecnico di Neurofisiopatologia*
- Tecnico Ortopedico*
- Dietista*
- Igienista Dentale*

n. \_\_\_\_\_

**TUTTE LE PROFESSIONI**

n. 26

**X Operatore tecnico cucinare**

n. 17

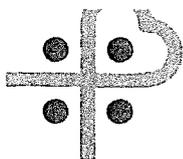
**X Operatore tecnico Magazziniere**

n. 4

**X Operatore tecnico Amministrativo**

n. 5

Pag. 5 di 7



**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**  
(indicare esterni)

- Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
 Strutture private (Cooperativa fornitura servizi)  
 Altri enti o amministrazioni pubbliche

**DURATA E ARTICOLAZIONE**

(Indicare la durata complessiva del progetto formativo con riferimento alle ore effettive di formazione previste dai vari eventi in cui si articola il progetto).

Durata complessiva dell'attività formativa: Ore 50 (**10 ore x 5 edizioni**)

**PROGRAMMA**

Si allega file del programma del corso: SI  NO

**MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.**  
(Barrare le caselle d'interesse)

- Fotocopie di testi  
 Slides  
 Testi/libri  
 Riviste  
 Cd  
 Altri supporti

---

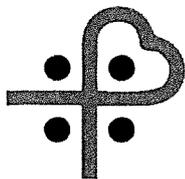
**VALUTAZIONE**

**MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO**

- Prova Pratica  
 role playing con griglia  
 prova manuale
- Prova orale  
 strutturata  
 non strutturata
- Prova scritta  
 tema  
 saggio  
 tesina  
 altro

Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)

Project Work



AO Brotzu



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

### VOCI DI SPESA

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	€ 1.295,00
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 1.295,00

### FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: \_\_\_\_\_ €  
Quote di iscrizione: \_\_\_\_\_ €

### RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI

Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

#### Dati del Responsabile Scientifico:

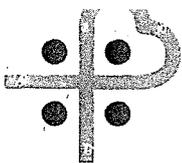
Il Responsabile Scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica.

Nome Antioco Giuseppe Cognome Manca  
Qualifica Assistente Sanitario  
Struttura Settore Ristorazione Mensa Magazzino Viveri  
Telefono 070539292 Cellulare 3398696913  
Fax 070539389 email servizio.mensa@aob.it

#### DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	<u>Antioco Giuseppe</u>	Cognome	<u>Manca</u>
Telefono	<u>070539292</u>	Cellulare	<u>3398696913</u>
Fax	<u>070539389</u>	email	<u>servizio.mensa@aob.it</u>
Curriculum			
Nome	<u>Antonio</u>	Cognome	<u>Pira</u>
Telefono	<u>070539389</u>	Cellulare	<u>3408799036</u>
Fax	<u>070539389</u>	email	<u>dec.ristorazione@aob.it</u>
Curriculum			
Nome	<u>Maria Carmelina</u>	Cognome	<u>Cara</u>
Telefono	<u>070539328</u>	Cellulare	<u>3477506733</u>
Fax	<u>070539389</u>	email	<u>mariacarmelacara@aob.it</u>
Curriculum			
Nome	<u>Angela</u>	Cognome	<u>Oggianu</u>
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Pag. 7 di 7



## A) Motivazione della scelta scientifica:

**Formare tutti gli operatori che prestano servizio all'interno del Settore Ristorazione, Mensa e Magazzino Viveri, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.**

## B) Motivazione della scelta economica:

**Costi ridotti in quanto la docenza sarà svolta da personale dipendente, fuori orario di servizio, il cui compenso sarà quello previsto dal CCNL**

## C) Motivazione della scelta dei docenti:

**Docenti intern titolati ed esperti nelle materie presentate nel corso.**

## A) Docenti Interni:

in orario di servizio   
fuori orario di servizio

B) Docenti Esterni: 

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, **60 giorni prima** dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

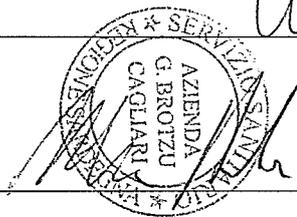
Luogo: \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Nome e cognome (in stampatello)  
Direttore Generale  
Timbro e Firma (leggibile)  
Direttore Generale

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
IL DIRETTORE GENERALE  
Dott.ssa Graziella Pintus

Nome e cognome (in stampatello)  
Il Responsabile della struttura organizzativa,  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)  
Timbro e Firma (leggibile)  
 Il Responsabile della struttura organizzativa  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)



Nome e cognome (in stampatello)  
Il Direttore del Dipartimento  
Timbro e Firma (leggibile)  
Il Direttore del Dipartimento

Il Capo Dipartimento  
Tecnico Amministrativo  
Dott.ssa Agnese Foddis

Nome e Cognome (In stampatello)  
Responsabile Ufficio Formazione  
Timbro e firma (leggibile)

AO Brotzu Cagliari  
UFFICIO FORMAZIONE  
Resp.: Dott. Andrea Corrias

"Corso di formazione obbligatorio per addetti alla manipolazione e alla trasformazione di derrate, cibi e alimenti"

1° edizione 05 – 06 ottobre 2017  
 2° edizione 10 – 11 ottobre 2017  
 3° edizione 12 – 13 ottobre 2017  
 4° edizione 17 – 18 ottobre 2017  
 5° edizione 24 – 25 ottobre 2017

**Programma didattico dettagliato**

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
<b>Sessione 1</b>	<b>14.30</b>	<b>19:30</b>	<b>PRIMA GIORNATA</b>			
Dettaglio 1	14:30	15:30	Elementi di Igiene	RTP	Manca A.	Pira A.
Dettaglio 2	15:30	17.00	Elementi di Etica Professionale	RTP	Manca A.	Pira A.
Dettaglio 4	17:00	18:30	Manipolazione degli alimenti	RTP	Cara. M.C.	Manca A.
Dettaglio 5	18:30	19:30	Discussione	CD	Cara M.C.	Manca A.
<b>Sessione 2</b>	<b>14.30</b>	<b>19:30</b>	<b>SECONDA GIORNATA</b>			
Dettaglio 1	14:30	16:00	Smaltimento Rifiuti	RTP	Oggianu A.	Pira A.
Dettaglio 2	16.00	16:30	Smaltimento Rifiuti: Discussione	CD	Oggianu A.	Pira A.
Dettaglio 3	17.00	18:30	HACCP	RTP	Pira A.	Cara M.C.
Dettaglio 4	18:30	19:00	HACCP: Discussione	CD	Pira A.	Cara M.C.
Dettaglio 5	19:00	19:30	Conclusione lavori e Verifica Apprendimento	RTP	Pira A.	Cara M.C.

	<b>METODI DIDATTICI</b>	Ore	Min
<b>LM</b>	<b>LEZIONI MAGISTRALI</b>		
<b>RTP</b>	<b>SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO</b>	8	
<b>TRD</b>	<b>TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI</b>		
<b>CD</b>	<b>CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")</b>	2	
<b>DT</b>	<b>DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI</b>		
<b>LG</b>	<b>PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)</b>		
<b>LPG</b>	<b>LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO</b>		
<b>ED</b>	<b>ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE</b>		
<b>RP</b>	<b>ROLE-PLAYING</b>		



2017

Prot. n. del 29.08.2017

Al Sig. Direttore Sanitario  
Dott. Vinicio Atzeni  
AOB  
SEDE

**Oggetto: richiesta progetto formativo aziendale.**

Si richiede l'autorizzazione allo svolgimento del corso di formazione obbligatorio senza crediti, per addetti alla manipolazione e alla trasformazione di derrate alimentari, rivolto a tutto il personale del settore ristorazione.

Il Responsabile  
Settore Ristorazione Mensa  
Ass. San. Annico Manca