

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 30 MAG. 2018

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Formazione sulla sicurezza D. LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011". Spesa complessiva € 2.400,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 31 MAG. 2018 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 della SSD 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 sanitario;

**Considerato** che l'Azienda vuole attivare il suddetto corso al fine di far conoscere la normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, i concetti di rischio le figure coinvolte dal sistema normativo, organi di controllo e sanzioni;

**Considerato** altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2018 approvato con Deliberazione n° 284 del 07.02.2018;

**Ritenuto** che l'attività formativa rivolta al personale non ancora formato per un totale di 420 partecipanti suddivisi in 12 edizioni sarà svolta da docenti esterni come da elenco autorizzato nel progetto;

**Valutato** il progetto formativo: "Formazione sulla sicurezza D. LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

%



AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 1219 del 30 MAG. 2018

## DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Formazione sulla sicurezza D. LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011", rivolto al personale non ancora formato per un totale di 420 partecipanti suddivisi in 12 edizioni.
2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta da docenti esterni come da elenco autorizzato nel progetto.
3. Di determinare che la spesa complessiva è di € 2.400,00 (duemilaquattrocento euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.
5. di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 2.400,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

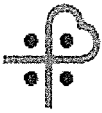
IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus

SSD Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas



Al Sig. Direttore Generale  
Dott.ssa Graziella Pintus

**RICHIESTA:**

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

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

*Formazione sulla sicurezza D.Lgs 81/08  
Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011*

**STRUTTURA PROPONENTE**

*Servizio Prevenzione e Protezione ed Ufficio Formazione*

**OBIETTIVI**

*Far conoscere la normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, i concetti di rischio le figure coinvolte dal sistema normativo, organi di controllo e sanzioni*

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

*Il sistema normativo e la sua evoluzione in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, concetti di rischio, danno, prevenzione, protezione, organi di vigilanza, controllo ed assistenza, sistema sanzionatorio e responsabilità civile e penale, approfondimento delle tecniche di comunicazione e dello stress lavoro correlato.*

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

*Acquisizione di conoscenze e competenze specifiche in materia di salute e sicurezza sul lavoro.*

**B) Acquisizione competenze di processo:**

*Acquisizione di attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della salute e sicurezza sul lavoro degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Sono rivolti a professionisti ed equipe che intervengono in un determinato "segmento di produzione".*

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

*Acquisizione di attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della salute e sicurezza sul lavoro degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Sono rivolti a professionisti ed equipe che intervengono in un determinato "segmento di produzione".*

**TIPOLOGIA DI EVENTO:****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 : AULA MAGNA BUSINCO, AULA THUN MICROCITEMICO.

**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.

Edizioni numero	Partecipanti per edizione	Data inizio(gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	35	22/05/2018 am	22/05/2018 am
2	35	23/05/2018 am	23/05/2018 am
3	35	29/05/2018 pm	29/05/2018 am
4	35	30/05/2018 pm	30/05/2018 pm
5	35	09/10/2018 pm	09/10/2018 pm
6	35	16/10/2018 pm	16/10/2018 pm
7	35	23/10/2018 pm	23/10/2018 pm
8	35	25/10/2018 pm	25/10/2018 pm
9	35	06/11/2018 pm	06/11/2018 pm
10	35	20/11/2018 pm	20/11/2018 pm
11	35	4/12/2018 pm	4/12/2018 pm
12	35	12/12/2018 pm	12/12/2018 pm

**PROFESSIONI**

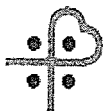
Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

**PROFESSIONI SANITARIE**

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <b>Farmacista</b>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Ospedaliera</b>                                       | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Farmacia Territoriale</b>                             | n. _____ |
|   |          |
| <input type="checkbox"/> <b>Medico chirurgo</b>                                   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Angiologia</b>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Cardiologia</b>                                       | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Dermatologia e Venereologia</b>                       | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Ematologia</b>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Endocrinologia</b>                                    | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Gastroenterologia</b>                                 | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Genetica Medica</b>                                   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Geriatrics</b>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Malattie Metaboliche e Diabetologia</b>               | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Malattie dell' Apparato Respiratorio</b>              | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Malattie Infettive</b>                                | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza</b> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Medicina Fisica e Riabilitazione</b>                  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Medicina Interna</b>                                  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Medicina Termale</b>                                  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Medicina Aeronautica e Spaziale</b>                   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Medicina dello Sport</b>                              | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Nefrologia</b>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Neonatologia</b>                                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Neurologia</b>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Neuropsichiatria Infantile</b>                        | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Oncologia</b>   | n. _____ |



<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>Ginecologia 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 TrASFusionale</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> _____



- Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro* n. \_\_\_\_\_
- Medicina Generale (Medici di Famiglia)* n. \_\_\_\_\_
- Continuità Assistenziale* n. \_\_\_\_\_
- Pediatria (Pediatri di libera scelta)* n. \_\_\_\_\_
- Scienza dell'alimentazione e dietetica* n. \_\_\_\_\_

*Direzione medica di presidio ospedaliero* n. \_\_\_\_\_

*Organizzazione dei servizi sanitari di base* n. \_\_\_\_\_

*Audiologia e Foniatria* n. \_\_\_\_\_

*Psicoterapia* n. \_\_\_\_\_

*Privo di Specializzazione* n. \_\_\_\_\_

*Odontoiatra* n. \_\_\_\_\_

*Psicologo – Psicoterapeuta* n. \_\_\_\_\_

*Psicoterapia* n. \_\_\_\_\_

*Psicologia* n. \_\_\_\_\_

*Laureati non medici (specificare)* n. \_\_\_\_\_

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

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

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

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

*Infermiere* n. \_\_\_\_\_

*Infermiere pediatrico* n. \_\_\_\_\_

*Ostetrica/o* n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

*Podologo* n. \_\_\_\_\_

*Fisioterapista* n. \_\_\_\_\_

*Logopedista* n. \_\_\_\_\_

*Ortottista – Assistente di Oftalmologia* n. \_\_\_\_\_

*Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva* n. \_\_\_\_\_

*Tecnico Riabilitazione Psichiatrica* n. \_\_\_\_\_

*Terapista Occupazionale* n. \_\_\_\_\_

*Educatore Professionale* n. \_\_\_\_\_





Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.0

Pag. 7 a 11

**PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE**

- Assistente Sanitario* n. \_\_\_\_\_  
 *Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* n. \_\_\_\_\_

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

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

**X TUTTE LE PROFESSIONI** n 420

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**  
(indicare esterni)

- ASL n. \_\_\_\_\_  
 Strutture private  
 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\_4 ore x 12 edizioni . totale 48 ore**

**PROGRAMMA**

Si allega file del programma del corso: SI X NO

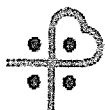
**MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.**  
(Barrare le caselle d'interesse)

- Fotocopie di testi*  
 *Slides*

Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari  
P.iva: 02315520920  
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione  
Responsabile: Dott. Andrea Corrias  
Tel. 070.5296.5576  
Tel. 070.5296.5575-5578  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

Stabilimento Ospedaliero <sup>Pag. 7 di 9</sup>  
Businco e Cao  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
Corpo G 1° piano



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.0

Pag. 8 a 11

- 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): non si riconferma quello degli anni precedenti

- Project Work

**VOCI DI SPESA**

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

Docenza	€ 50 X 4 ORE X 12 EDIZIONI = 2400€
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 2400

Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P.iva: 02315520920  
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione  
Responsabile: Dott. Andrea Corrias  
Tel. 070.5296.5576  
Tel. 070.5296.5575-5578  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

Stabilimento Ospedaliero <sup>Pag. 8 di 9</sup>  
Businco e Cao  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
Corpo G 1° piano

**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	<u>BRUNO GIORGIO FRANCO</u>	Cognome	<u>FACEN</u>
Qualifica	<u>INGEGNERE- DIRIGENTE RUOLO PROFESSIONALE R. S. P. P.</u>		
Struttura	<u>SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE</u>		
Telefono	<u>070-539478</u>	Cellulare	<u>3450203782</u>
Fax	<u>070-539331</u>	email	<u>brunofacen@aob.it</u>

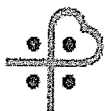
**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	<u>DANIELE</u>	Cognome	<u>FABBRI</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3405503320</u>
Fax	_____	email	<u>daniele.fabbri@hotmail.it</u>
Curriculum	<u>si</u>		

Nome	<u>GABRIELE</u>	Cognome	<u>MARCIAS</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3489159682</u>
Fax	_____	email	<u>gabriele.marCIAS@libero.it</u>
Curriculum	<u>si</u>		

Nome	<u>MICHELE</u>	Cognome	<u>URAS</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3408052973</u>
Fax	_____	email	<u>michele_uras@hotmail.com</u>
Curriculum	<u>si</u>		

Nome	<u>ANDREA MAURIZIO</u>	Cognome	<u>SANNA</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3402833848</u>



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.0

Pag. 10 a 11

Fax	_____	email	_____
Curriculum	si		andrea.sanna18@gmail.com
Nome	NATALIA	Cognome	ANGIUS
Telefono	_____	Cellulare	3421433641
Fax	_____	email	angiusnatalia@tiscali.it
Curriculum	si		_____

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Corso obbligatorio (secondo quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 21.12.2011) in tema di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro, con particolare riferimento agli obblighi dei lavoratori per i rischi presenti nell'attività lavorativa.

**B) Motivazione della scelta economica:**

I compensi professionali (per i docenti esterni € 50 lorde, per ora di docenza) sono stati individuati e determinati tenendo conto del tariffario predisposto dal vademecum regionale ed acquisito dall'Azienda Ospedaliera G. Brotzu.

**C) Motivazione della scelta dei docenti:**

I docenti sono stati individuati sulla base delle competenze professionali specialistiche in grado di offrire ai partecipanti elementi didattici sia teorici che pratici in materia di sicurezza e salute sul lavoro.

**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"

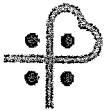
IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus

Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P.iva: 02315520920  
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione  
Responsabile: Dott. Andrea Corrias  
Tel. 070.5296.5576  
Tel. 070.5296.5575-5578  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

Stabilimento Ospedaliero <sup>Pag. 10 di 9</sup>  
Businco e Cao  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
Corpo G 1° piano



Emissione 28/06/2016

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.0

Revisione 06/02/2017

Pag. 11 a 11

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

BRUNO FACEN

**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

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

ANDREA CORRIAS - Cagliari  
  
UFFICIO FORMAZIONE  
Resp.: Dott. Andrea Corrias

**NOTE:**

Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):

- 1) Progetto;
- 2) Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;
- 3) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);
- 4) Programma ecm

Allegare in formato cartaceo

- 1) Preventivi;
- 2) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale

PFA: FORMAZIONE SULLA SICUREZZA D.LGS. 81/2008.  
 CORSO BASE DURATA MIN. 4 ORE SECONDO ACCORDO STATO REGIONI 21.12.2011  
 1° Edizione 22 maggio 2018

**Programma didattico dettagliato**

Sessione 1	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	8.30 14.30	09.30 15.30	Normativa sulla sicurezza del lavoro e sua evoluzione. Il D.Lgs. 81/08 e smi. Concetti di rischio, prevenzione e protezione.	RTP	Andrea Maurizio Sanna	N. Angius D. Fabbri G. Marcias M. Uras
Dettaglio 2	09.30 15.30	10.30 16.30	Rischi possibili in azienda e sistemi di contenimento (chimico, biologico, cancerogeno, radiazioni ionizzanti, videoterminale, movimentazione manuale dei carichi).	RTP	Andrea Maurizio Sanna	N. Angius D. Fabbri G. Marcias M. Uras
Dettaglio 3	10.30 16.30	11.30 17.30	Organizzazione della prevenzione aziendale. Il datore di lavoro, dirigenti, preposti, medico competente, servizio di prevenzione e protezione. Organi di controllo, vigilanza e sorveglianza sanitaria. Le sanzioni	RTP	Andrea Maurizio Sanna	N. Angius D. Fabbri G. Marcias M. Uras
Dettaglio 4	11.30 17.30	12.00 18.00	Il Documento di valutazione dei rischi. La riunione periodica. I dispositivi di protezione individuale ed i sistemi di prevenzione e protezione collettivi.	RTP	Andrea Maurizio Sanna	N. Angius D. Fabbri G. Marcias M. Uras
Dettaglio 5	12.00 18.00	12.30 18.30	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	Andrea Maurizio Sanna	N. Angius D. Fabbri G. Marcias M. Uras

LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	4	
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")		
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI		
LG	PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)		
LPG	LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO		
ED	ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE		
RP	ROLE-PLAYING		