AO Brotzu

Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Deliberazione 2040

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data - 9 NOV. 2016

OGGETTO: Autorizzazione PFA ECM: "La gestione integrata dei documenti informatici nella P.A." CIG. Z5E1BED140

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 10 NOV. 2016 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 sanitario;

Considerato che l'Azienda, nello specifico il Direttore dei Servizi Informativi propone l'attivazione di un Corso di formazione su: "La gestione dei documenti informatici nella PA", al fine di illustrare le ultime disposizioni del nuovo DPCM 13 novembre 2014 in cui è stato dato l'ennesimo impulso alla digitalizzazione delle Pubbliche Amministrazioni emanando le Regole tecniche in materia di formazione, trasmissione, copia, duplicazione, riproduzione e validazione temporale dei documenti informatici nonché di formazione e conservazione dei documenti informatici delle pubbliche amministrazioni ai sensi degli articoli 20, 22, 23-bis, 23-ter, 40, comma 1, 41, e 71, comma 1, del Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2016 approvato con Deliberazione n° 2252 del 16.12.2015;

Dato atto che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario e tecnico - amministrativo dell'Azienda, per un totale 25 partecipanti, sarà svolta dal docente esterno.

Valutato il preventivo Prot. n° 23470 del 28.10.2016 dell'Ing. Gianlazzaro Sanna, che si allegata al presente atto per farne parte integrale e sostanziale.

Verificato il progetto formativo ECM: "La gestione integrata dei documenti informatici nella P.A" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

D E L I B E R A

Per i motivi espressi in premessa:

- Di autorizzare il PFA ECM: "La gestione integrata dei documenti informatici nella P.A.", rivolto al personale sanitario e tecnico - amministrativo dell'Azienda, per un totale 25 partecipanti, sarà svolta dal docente esterno.

%

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

Segue Deliberazione n. 2040 del - 9 NOV. 2016

- Confermare che l'attività formativa, sarà svolta dell'Ing. Gianlazzaro Sanna, come indicato nel progetto che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

- Determinare che la spesa complessiva non sia superiore a € 700,00 (settecento euro) onnicomprensiva, che graverà sui Fondi Aziendali, per l'aggiornamento professionale anno 2016.

- Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

Imputare sul conto aziendale n. A506030204 i costi di competenza.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

Al Direttore Generale

Dott.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE □
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE X

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO
La gestione dei documenti informatici nella PA

STRUTTURA PROPONENTE
Servizi Informativi

OBIETTIVI
Il corso si propone di illustrare le ultime disposizioni del nuovo DPCM 13 novembre 2014 in cui è stato dato l'ennesimo impulso alla digitalizzazione delle Pubbliche Amministrazioni emanando le Regole tecniche in materia di formazione, trasmissione, copia, duplicazione, riproduzione e validazione temporale dei documenti informatici nonché di formazione e conservazione dei documenti informatici delle pubbliche amministrazioni ai sensi degli articoli 20, 22, 23-bis, 23-ter, 40, comma 1, 41, e 71, comma 1, del Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005.

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

- DEFINIZIONI E AMBITO DI APPLICAZIONE del DPCM 13 novembre 2014
- DOCUMENTO INFORMATICO (formazione, trasmissione, copia, duplicazione, riproduzione e validazione temporale dei documenti informatici, conservazione)
- DOCUMENTO AMMINISTRATIVO INFORMATICO
- FASCICOLI INFORMATICI, REGISTRI E REPERTORI INFORMATICI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
Conoscere i principali strumenti operativi e normativi previsti dal DPCM del 13 Nov 2014

B) Acquisizione competenze di processo:
Valutare gli impatti delle Regole tecniche del DPCM 13 Nov 2014 sull'operatività delle organizzazioni

C) Acquisizione competenze di sistema:
Comprendere l'evoluzione della normativa sulla dematerializzazione

TIPOLOGIA DI EVENTO:

A) FORMAZIONE RESIDENZIALE

☐ *Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)*

☐ *Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)*

☐ *Conferenza (minimo 4 ore)*

X *Corso (minimo 4 ore)*

☐ *Retraining*

SEDE DI SVOLGIMENTO

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

SI ☐ *NO* X

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.
Se si, indicare l'ubicazione
*Struttura*_____

SPAZI NECESSARI
(Barrare le caselle di interesse)

☐ *Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)*

☐ *Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)*

X *Aula con capienza di n. 25 partecipanti*

☐ *Sala conferenza per n .*_____ *partecipanti*

☐ *Altro (specificare)*_____

_____

AUSILI DIDATTICI

☐ *LAVAGNA LUMINOSA*

☐ *LAVAGNA A FOGLI MOBILI*

X *PC*

X *VIDEOPROIETTORE*

☐ *ALTRO DA SPECIFICARE*_____

_____

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI ☐ *NO* X

*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	25	29 Novembre 2016	29 Novembre 2016

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

- □ ***Farmacista*** n. _____
- □ *Ospedaliera* n. _____
- □ *Farmacia Territoriale* n. _____

- □ ***Medico chirurgo (Direttori di Struttura)*** 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. _____

- ☐ *Pediatria* n. _____
- ☐ *Psichiatria* n. _____
- ☐ *Radioterapia* n. _____
- ☐ *Reumatologia* n. _____
- ☐ *Cardiochirurgia* n. _____
- ☐ *Chirurgia Generale* n. _____
- ☐ *Chirurgia Maxillo - Facciale* n. _____
- ☐ *Chirurgia Pediatrica* n. _____
- ☐ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva* n. _____
- ☐ *Chirurgia Toracica* n. _____
- ☐ *Chirurgia Vascolare* n. _____
- ☐ *Ginecologia e Ostetricia* n. _____
- ☐ *Neurochirurgia* n. _____
- ☐ *Oftalmologia* n. _____
- ☐ *Ortopedia e Traumatologia* n. _____
- ☐ *Otorinolaringoiatria* n. _____
- ☐ *Urologia* n. _____
- ☐ *Anatomia Patologica* n. _____
- ☐ *Anestesia e Rianimazione* n. _____
- ☐ *Biochimica Clinica* n. _____
- ☐ *Farmacologia e Tossicologia Clinica* n. _____
- ☐ *Laboratorio di Genetica Medica* n. _____
- ☐ *Medicina Trasfusionale* n. _____
- ☐ *Medicina Legale* n. _____
- ☐ *Medicina Nucleare* n. _____
- ☐ *Microbiologia e Virologia* n. _____
- ☐ *Neurofisiopatologia* n._____
- ☐ *Neuroradiologia* n. _____
- ☐ *Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)* n. _____
- ☐ *Radiodiagnostica* n. _____
- ☐ *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica* n. _____
- ☐ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione* n. _____
- ☐ *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 GENERALE – UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea Corrias
Tel. 070/539856/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391

□ *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)***

___Dirigenti Amministrativi_____ *n. __*

___Dirigenti Ingegneri_____ *n. __*

___Collaboratori Amm/Tec_____ *n. __*

___Assitenti Amm/Tec_____ *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. _____*

PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE

□ *Assistente Sanitario* *n._____*

□ *Dietista* *n._____*

□ *Igienista Dentale* *n._____*

□ *Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* *n._____*

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

□ *Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione 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.____*

TUTTE LE PROFESSIONI (TOTALE) *n._5_*

TUTTE LE PROFESSIONI NON ECM (TOTALE) *n._20_*

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 7

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*
X 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*

X Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)

□ *Project Work*

VOCI DI SPESA

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

Docenza	*€ 700,00*
Pernottamento	*€*
Pasti	*€*
Spese di viaggio	*€*
Altro:	
1. materiale didattico	*€*
2. costo accreditamento	*€*
Totale	*€*

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	*ANDREA*	*Cognome*	*ALIMONDA*
Qualifica	*DIRIGENTE ANALISTA*		
Struttura	*S.C. SERVIZI INFORMATIVI*		
Telefono	*070 539630*	*Cellulare*	*331 6791510*
Fax		*email*	*andrea.alimonda@aob.it*

***DOCENTI** (dati dei docenti)*

Nome	*GIANLAZZARO*	*Cognome*	*SANNA*
Telefono	*070216385*	*Cellulare*	*328 6258146*
Fax		*email*	*gianlazzaro.sanna@gianlazzarosanna.it*
Curriculum			

Nome		*Cognome*	
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			

Nome		*Cognome*	
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			

A) Motivazione della scelta scientifica:
Si rende necessario diffondere la conoscenza in materia di gestione dei documenti informatici nella PA.

B) Motivazione della scelta economica:
Il compenso è congruo essendo il docente è un professionista esperto di settore con esperienza professionale almeno decennale nella materia oggetto della docenza.

C) Motivazione della scelta dei docenti:
La scelta del docente è ricaduta su un professionista di comprovata competenza ed esperienza nella materia trattata nel corso formativo.

A) Docenti Interni:
in orario di servizio ☐
fuori orario di servizio ☐

B) *Docenti Esterni:* ***X***

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):* 04-11-2016

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore Generale GRAZIELLA PINTUS
Timbro e Firma (leggibile)
Il Direttore Generale
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" DIREZIONE GENERALE

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Responsabile della struttura organizzativa, (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) ANDREA ALIMONDA
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Responsabile della struttura organizzativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)
AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE
SERVIZI INFORMATIVI
IL DIRIGENTE
Ing. Andrea Alimonda

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore Amministrativo LAURA BALATA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU
Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Laura Balato

Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Direttore Amministrativo _____

Nome e Cognome *(In stampatello)* _____

Responsabile Ufficio Formazione
Timbro e firma *(leggibile)* _____
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU
UFFICIO FORMAZIONE

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda OspedalieraBrotzu

UFFICIO FORMAZIONE

PFA: "La gestione dei documenti informatici nella PA"

1° Edizione 29/11/2016

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente
Sessione 1 mattina					
Dettaglio 1	9.15	11.00	DEFINIZIONI E AMBITO DI APPLICAZIONE DEL DPCM 13 NOVEMBRE 2014	RTP	Ing. G. Sanna
			PAUSA		
Dettaglio 2	11.15	13.30	DOCUMENTO INFORMATICO, FIRME ELETTRONICHE E COPIE DEL DOCUMENTO. DATA DEL DOCUMENTO INFORMATICO E VALIDITÀ DELLA FIRMA DIGITALE NEL TEMPO.	RTP	Ing. G. Sanna
Sessione 2 pomeriggio					
Dettaglio 1	14.15	15.00	DOCUMENTO AMMINISTRATIVO INFORMATICO	RTP	Ing. G. Sanna
Dettaglio 2	15.00	15.45	FASCICOLI INFORMATICI, REGISTRI E REPERTORI INFORMATICI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	RTP	Ing. G. Sanna
Dettaglio 3	15.45	16.45	DISCUSSIONE SUGLI ARGOMENTI TRATTATI	CD	Ing. G. Sanna
Dettaglio 3	16.45	17.15	CONCLUSIONE LAVORI E VERIFICA APPRENDIMENTO	RTP	Ing. G. Sanna

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	**LEZIONI MAGISTRALI**		
RTP	**SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO**	*6*	
TRD	**TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI**		
CD	**CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")**	*1*	
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**		

Ing. Gianlazzaro Sanna
[redacted]
PEC gianlazzaro.sanna@ingpec.eu

Prot. gen. 23470 del 28-10-2016

Elmas, 12 ottobre 2016

Azienda Ospedaliera Brotzu
Cagliari

Oggetto: Preventivo docenza corso "La gestione dei documenti informatici nella PA"

Il sottoscritto Gianlazzaro Sanna, [redacted], P.IVA 02992770921 dichiara la propria disponibilità a svolgere la docenza del corso su "La gestione dei documenti informatici nella PA".
Il compenso orario richiesto per la suddetta prestazione professionale è pari a € 100 (euro cento) IVA e oneri accessori di legge inclusi.
Distinti saluti

Ing. Gianlazzaro Sanna

SANNA GIANLAZZARO
Date 12.10.2016 23:09:50 CEST