

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 18 OTT. 2017

OGGETTO: Autorizzazione PFA ECM: "Prevenzione dei disturbi muscolo-scheletrici correlati al lavoro". Spesa complessiva € 709,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 19 OTT. 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 sanitario;

Considerato che l'Azienda, nello specifico la Direzione Sanitaria – Dirigente Professioni Sanitarie Tecniche Riabilitazione Prevenzione vuole attivare il suddetto corso al fine di migliorare le condizioni di salute dei lavoratori e ridurre il numero di inidoneità, abbassare il livello di rischio legato alla movimentazione dei pazienti e dei carichi;

Considerato altresì che il suddetto corso non è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2017 ma è stato autorizzato dal Direttore Generale fuori piano come da nota allegato al presente atto;

Ritenuto che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario del Comparto come da elenco indicato nel progetto, per un totale 50 partecipanti suddivisi in 5 edizioni, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori dall'orario di servizio;

Valutato il progetto formativo: "Prevenzione dei disturbi muscolo-scheletrici correlati al lavoro" 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. 1980 del 18 OTT. 2017

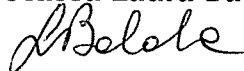
DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare il PFA ECM: "Prevenzione dei disturbi muscolo-scheletrici correlati al lavoro", rivolto al personale sanitario del Comparto come da elenco indicato nel progetto, per un totale 50 partecipanti suddivisi in 5 edizioni.
2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori dall'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 € 709,00 (seicentosessanta euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2017.
4. Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
5. Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento dei docenti interni.
6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 709,00.

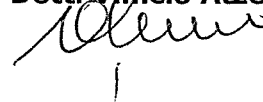
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata



IL DIRETTORE SANITARIO

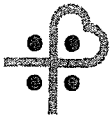
Dott. Vinicio Atzeni



IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus





Prot. NP/2017/8206 Cagliari, 11/09/2017

Direttore Sanitario
Dott. Vinicio Atzeni

p.c.
Direttore Generale
Dott.ssa Graziella Pintus
SEDE

OGGETTO: Formazione

Con la presente si chiede, cortesemente, di autorizzare la proposta di formazione: "prevenzione disturbi muscolo scheletrici" in quanto necessaria a rafforzare le attività di formazione nell'ambito della prevenzione del rischio.

Il Progetto di Formazione proposto, che si allega alla presente richiesta, non è inserito nel Piano Formazione Annuale aziendale del 2017, tuttavvia si rende urgente attuare la sperimentazione nell'anno 2017 al fine di procedere nel 2018 alla formazione di tutto il personale del comparto.

Distinti saluti

Dott. Gino Sedda
Dirigente Professioni Sanitarie
Tecniche Riabilitazione Prevenzione

Parere Favorevole
Il Direttore Sanitario
Dott. Vinicio Atzeni

All' Ufficio Formazione
Parere favorevole alla realizzazione
del Progetto fuori PAF
ma con ECM fine 2017
11-9-2017



Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**Prevenzione dei disturbi muscolo-scheletrici correlati al lavoro****STRUTTURA PROPONENTE****Direzione Sanitaria AOB –Dirigente Prof. San. Tecniche Riabilitazione Prevenzione-****OBIETTIVI**

Il corso Obbligatorio mira a contribuire al miglioramento delle condizioni di salute dei lavoratori al fine di ridurre il numero di inidoneità e abbassare il livello di rischio legato alla movimentazione dei pazienti e dei carichi.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

- **Acquisizione di elementi di ergonomia nella gestualità individuale**
- **acquisizione corretto utilizzo degli ausili minori e maggiori**

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Acquisire tecniche specifiche di movimentazione in riferimento alle diverse tipologie di pazienti

B) Acquisizione competenze di processo:

Miglioramento della collaborazione fra i diversi operatori che partecipano al processo di lavoro in ambito diagnostico, assistenziale e riabilitativo.

C) Acquisizione competenze di sistema:

Uniformare i comportamenti degli operatori dei tre presidi ospedalieri dell'AOB, in riferimento alla normativa in tema di prevenzione e sicurezza nel luogo di lavoro.

Progetto didattico-formativo: Dr.ssa Marina Mastio

**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 **Arete di degenza e palestre dei Presidi Ospedalieri dell'AOB**

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
 X ALTRO DA SPECIFICARE Ausili maggiori e minori

**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.

Edizioni numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
N. 1	10	Giovedì 09/11/2017	09/11/2017
2	10	Giovedì 16/11/2017	16/11/2017
3	10	Giovedì 23/11/2017	23/11/2017
4	10	Giovedì 30/11/2017	30/11/2017
5	10	Giovedì 14/12/2017	14/12/2017

PROFESSIONI

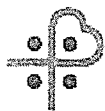
Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

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. _____
- Geriatrics** n. _____



<input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Malattie dell' Apparato Respiratorio	n. _____
<input type="checkbox"/> Malattie Infettive	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Fisica e Riabilitazione	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Interna	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Termale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport	n. _____
<input type="checkbox"/> Nefrologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neonatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile	n. _____
<input type="checkbox"/> Oncologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Pediatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Psichiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Radioterapia	n. _____
<input type="checkbox"/> Reumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Cardiochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare	n. _____
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Oftalmologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	n. _____



<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>
<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>
<input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Privo di Specializzazione</i>	<i>n. _____</i>



- Odontoiatra* n. _____
- Psicologo – Psicoterapeuta* n. _____
- Psicoterapia* n. _____
- Psicologia* n. _____
- Laureati non medici (specificare)*
- _____ 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. _____

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. _____



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 7 a 11

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audioprotesista</i> | n. _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Tecnico di Neurofisiopatologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Ortopedico</i> | n. _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Dietista</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igienista Dentale</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> TUTTE LE PROFESSIONI | n. 50 |

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 5**

PROGRAMMA

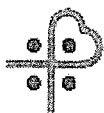
Si allega file del programma del corso: **SI X** **NO**

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

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

Ausili per le prove pratiche simulate

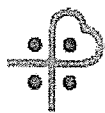
VALUTAZIONE

**MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO** **X Prova Pratica** *Role playing con griglia* **X Prova manuale** *Prova orale* *Strutturata* *Non strutturata* *Prova scritta* *tema* *saggio* *tesina* *altro* *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 (personale interno)	€ 258,82 (10 ore X 25,82 €)
Docenza (personale esterno)	€ 450,00 (15 ore X 30 €)
<i>Pasti</i>	€ -----
<i>Spese di viaggio</i>	€ -----
<i>Altro:</i>	
1. <i>materiale didattico</i>	€ -----
2. <i>costo accreditamento</i>	€
Totale	€ 708.82

FONTI DI FINANZIAMENTO*Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.*Autofinanziamento: 100%

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	Gino	Cognome	Sedda
Qualifica	Dirigente Professioni Sanitarie – Area tecnica, riabilitativa e della prevenzione		
Struttura	Direzione Sanitaria AOB		
Telefono	070 – 539416	Cellulare	347 8081951
Fax		email	ginosedda@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	Pierluigi	Cognome	Vargiu
Telefono		Cellulare	328 6518999
Fax		email	pierluigi.vargiu@aob.it
Curriculum			

Nome	Valentina	Cognome	Piga
Telefono		Cellulare	340 4874753
Fax		email	tata_vale@live.it
Curriculum			

Nome	Elisa	Cognome	Scheich
Telefono		Cellulare	333 1429374
Fax		email	elisa.scheich@gmail.com
Curriculum			

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Trattasi di acquisizione di "tecniche specifiche" che necessitano di esercitazioni e simulazioni operative.

B) Motivazione della scelta economica:

Basso costo: per i docenti interni si applica quanto previsto dal CCNL Comparto Sanità; per i docenti esterni si applica il tariffario regionale.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Scarsa adesione alla proposta di docenza da parte di personale interno.

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: Cagliari,

Data (gg/mm/aaaa): 7 Agosto 2017

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

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

Timbro e Firma (leggibile)

Responsabile Scientifico

Dr. Gino Sedda

AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU
Dirigente Professioni Sanitarie
Tecniche Riabilitaz. e Prevenzione
Dr. Gino Sedda

Nome e cognome (in stampatello)

*Il Responsabile della struttura organizzativa,
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)*

Timbro e Firma (leggibile)

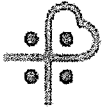
Il Responsabile della struttura organizzativa

Dr. Vinicio Atzeni – Direttore Sanitario AOB

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE SANITARIO

AO Brotzu
Dott. Vinicio Atzeni



(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)

Dr. Andrea Corrias

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

NOTE:

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

- 1) Progetto;
- 2) Descrizione / Griglia di valutazione per la prova pratica;
- 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 ECM “Prevenzione dei disturbi muscolo-scheletrici correlati al lavoro”
5 edizioni
Dal 9 novembre al 14 dicembre 2017
Aula/Sede: Aree di degenza e palestre dei Presidi Ospedalieri dell’AOB**

Programma didattico dettagliato

	Inizio 14.30	Fine 19.30	Argomento	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	14:30	15:00	Principi generali della movimentazione pazienti; presentazione degli ausili: classificazione e utilizzo	DT	Vargiu	Tutti i docenti
Dettaglio 2	15:00	15:30	Valutazione del paziente e del contesto per la scelta delle tecniche e degli ausili	DT	Vargiu	Tutti i docenti
Dettaglio 3	15.30	16.30	Addestramento alle principali attività di movimentazione pazienti; addestramento alle principali attività di movimentazione carichi	ED	Scheich	Tutti i docenti
Dettaglio 4	16:30	18:30	Simulazioni nelle aree di degenza: movimentazione di pazienti e di carichi	ED	Scheich	Tutti i docenti
Dettaglio 5	18.30	19.00	Verifica individuale apprendimento (role- playing con griglia)	RP	Piga	Tutti i docenti
Dettaglio 5	19.00	19.30	Conclusione dei lavori e somministrazione questionari	RTP	Piga	Tutti i docenti