

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 1806 del 01.10.2018

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Sig. ra Maria Cristina Ennas.

PDTD/2018/1883

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 01.10.2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Responsabile della SSD Formazione

- Visto** il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Viste** le Leggi Regionali n. 10/2006 e n. 05/2007;
- Vista** la Deliberazione n. 263 del 04.03.2015, con la quale il commissario Straordinario ha autorizzato il Direttore della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;
- Vista** la comunicazione Prot. n° 7924 del 18.09.2018, con la quale il Direttore Sanitario ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore dell' Infermiere Sig. ra Maria Cristina Ennas;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig. ra Maria Cristina Ennas al Corso "Stato dell'arte in Sterilizzazione : Confrontarsi per migliorarsi" che si terrà a Molfetta il 17.11.2018, per un importo presunto complessivo di € 430,00 (quattocentotrenta euro) come da documentazione allegata per farne parte integrale e sostanziale;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Direzione Aziendale- fondi di struttura anno 2018, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura dell' Infermiere Sig. ra Maria Cristina Ennas ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso;

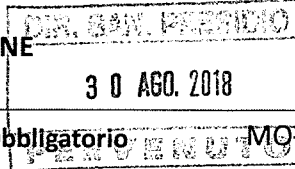
Segue determinazione n. 1806 del 01.10.2018

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare dell'Infermiere Sig. ra Maria Cristina Ennas al Corso "Stato dell'arte in Sterilizzazione: Confrontarsi per migliorarsi" che si terrà a Molfetta il 17.11.2018.
2. Autorizzare la Sig. ra Maria Cristina Ennas a partire il giorno precedente all'inizio e al rientro il giorno successivo del Corso per motivi organizzativi;
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 430,00 (quattrocentotrenta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Direzione Aziendale - fondi di struttura anno 2018, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dall'Infermiere Sig. ra Maria Cristina Ennas venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione
Dott. Andrea Corrias

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.2

Pagina 1 di 4

LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E PRESENTATA DAL RICHIEDENTE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA DATA D'INIZIO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA

N. protocollo AP2018/7924 del 18/9/18**1. Si richiede di autorizzare il dipendente**

Nome e Cognome

IPARIS CRISTINA ENNAS

Struttura di appartenenza

Centr. di Struc. C. 22.

Dipartimento

Direzione Sanitaria

Telefono /cellulare

e-mail cristineennas@hoi.hi.it

Qualifica

Infermiere

Area contrattuale:

 Comparto Dirigenza Sanitaria Dirigenza Medica Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.Contratto a tempo determinato a tempo indeterminatoData (gg/mm/aaaa) 5-6-2000

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

Il. Cristine Ennas**2. Parere del sovraordinato gerarchico per il personale del comparto**

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

 Favorevole Non favorevole

Motivazione del parere: _____

Firma e Timbro (leggibile)

Del Coordinatore per il comparto sanità

AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU
Dirigente Professioni Sanitarie
Infermieristiche e Ostetriche
Dr.ssa Bruna Dettori

Fondo:

 fondo di struttura fondo strategico Aziendale (vedi punto 5) fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto fondo a cura del settore economico)

Data (gg/mm/aaaa): _____

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

**3. Dati dell'attività formativa**

Titolo: STATO DELL'ARIE IN STERILIZZAZIONE
CONFRONTARSI PER MIGLIORARSI

Sede: MOLFETTA (BA)

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>17-11-2018</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>17-11-2018</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. <u>~11</u>
Tipologia evento			
Corso	corso teorico/pratico	<input checked="" type="checkbox"/> Congresso	Convegno
			Seminario
			frequenza in altra struttura
Organizzatore: <u>AIOS</u>			

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider

MY MEETING N° 1396

Attività ECM? Sì | No

Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: 17

Allega* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No

*Diversamente NON SARÀ POSSIBILE AUTORIZZARE E RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Preventivo di spesa


Ipotesi di spesa totale:

<ul style="list-style-type: none"> Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente) <input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA <input type="checkbox"/> Non prevista 	€ <u>40</u>
• Vitto:	€ <u>60</u>
• Pernottamento:	€
• Viaggio:	€ <u>~280</u>
<ul style="list-style-type: none"> *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/> *Rientro giorno dopo <input checked="" type="checkbox"/> 	
• Altre spese:	€ <u>~50</u>
Totale spesa presunta	€ <u>~430</u>

*il dipendente chiede sotto la propria responsabilità di essere autorizzato, per motivi legati ai trasporti, alla partenza il giorno prima e/o al rientro il giorno dopo l'evento.

ATTENZIONE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale

**5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale***(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)* Favorevole Non favorevoleMotivazione del parere:

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore Generale (o suo delegato)

 AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
P.O. SAN MICHELE
DIREZIONE MEDICA
Direttore: Dott.ssa Marinella Spissu

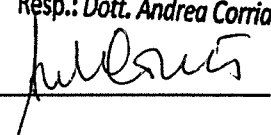
Luogo: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____

6. Parere del Responsabile SSD Formazione

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

 Favorevole Non favorevoleMotivazione del parere:

Data, 17-9-18Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

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

**7. Esenzione IVA***(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)*

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente

Marwa Geisine Toures

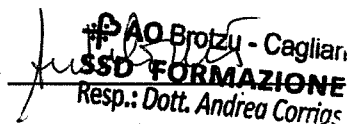
Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu

è stata/o autorizzata/o a partecipare in regime di aggiornamento obbligatorio alla frequenza del:

Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra strutturaTitolo: Stets dell'enti in SpecializzazioneSede: MolfettaData: da (gg/mm/aaaa) 17.11.18 a (gg/mm/aaaa) 17.11.18

Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

Data, 17.9.18Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione


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

AIOS

Associazione Italiana
Operatori Sanitari
Addetti alla Sterilizzazione
Società Scientifica

Divisione Formazione



**Corsi Regionali
di Formazione**

**(STATO DELL'ARTE
in STERILIZZAZIONE:
CONFRONTARSI
per MIGLIORARE)**

Sono Socio
AIOS

N. 7
crediti E.C.M.

Desio (MB), 19 Maggio 2018

Vercelli, 15 Settembre 2018

Lamezia Terme (CZ), 29 Settembre 2018

Molfetta (BA), 17 Novembre 2018

PROGRAMMA PRELIMINARE

Obiettivi del corso

Stimolare il confronto tra i professionisti e favorire il miglioramento attraverso lo scambio di esperienze prendendo come spunto lo stato dell'arte emerso al XIV Convegno Nazionale A.I.O.S. 2017.

Il coinvolgimento del gruppo consiste nel discutere le tematiche trattate in ogni sessione, sulla base della propria esperienza lavorativa.

PROGRAMMA SCIENTIFICO E.C.M.

08:00 Registrazione partecipanti e appuntamento con gli sponsor

08:20 Saluto di benvenuto e introduzione ai lavori

SESSIONE I

08:30 **Lavaggio e disinfezione dello strumentario: nuovi prospettive e metodiche combinate**
Docente A.I.O.S.

09:00/10:15 Coinvolgimento dei gruppi

10:15 **Sponsor Demo Session**

11:15 *si invitano i partecipanti a recarsi degli espositori per le dimostrazioni che saranno elemento di discussione e confronto nelle diverse sessioni del Corso*

11:15 **Perfezionare la tecnica e il processo di confezionamento**
Docente A.I.O.S.

11:45/13:00 Coinvolgimento dei gruppi

13:00 Pausa

14:00

SESSIONE II

14:00 **Sterilizzazione e controlli: metodiche a vapore e a freddo**
Docente A.I.O.S.

14:30/15:30 Coinvolgimento dei gruppi

15:30 **Approvvigionamento e controllo materiali di consumo**
Docente A.I.O.S.

16:00/16:45 Coinvolgimento dei gruppi

16:45 **Il rapporto Infermiere-OSS in Centrale di Sterilizzazione... parliamone...**
Dibattito e confronto

17:30 Compilazione del questionario ECM

17:45 Chiusura dei lavori

INFORMAZIONI SCIENTIFICHE

DESTINATARI DEL CORSO

Assistente sanitario, Farmacista, Igienista dentale, Infermiere, Infermiere pediatrico, Ostetrica, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Biologo, Odontoiatra, O.S.S. e O.T..

E.C.M. – Educazione Continua in Medicina



Sono stati assegnati al corso n. 7 crediti ECM per le categorie

INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO, ASSISTENTE SANITARIO, FARMACISTA, IGIENISTA DENTALE, OSTETRICA/O, TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO, BIOLOGO, ODONTOIATRA.

Formazione Residenziale (RES). **Evento accreditato per 100 partecipanti.**

I crediti formativi saranno certificati dal Provider My Meeting n. 1396 secondo le normative della CNFC pubblicate sul sito www.agenas.it

L'attestato conferente i crediti sarà spedito via e-mail con posta certificata PEC ai partecipanti che avranno frequentato almeno il 90% del percorso formativo accreditato e riconsegnato il fascicolo E.C.M. debitamente compilato al termine dei lavori rispondendo esattamente al 75% delle test di apprendimento.

OBIETTIVO FORMATIVO E.C.M.

Area: Obiettivi Formativi Tecnico-Professionali - contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. Malattie rare (18).

FORMULA DEL CORSO

Il corso sarà strutturato alternando lezioni frontali, tenute da Docenti A.I.O.S., a lavori di gruppo con il coinvolgimento attivo dei discenti, per l'approfondimento dei temi trattati e il confronto delle singole realtà e problematiche.

Per la parte pratica, i partecipanti saranno divisi in gruppi che saranno assegnati d'ufficio dalla Segreteria Organizzativa.

INFORMAZIONI GENERALI

QUOTE D'ISCRIZIONE

Soci A.I.O.S.* GRATUITA
Non Soci A.I.O.S.** € 60,00 IVA inclusa

**La partecipazione è gratuita per tutti i soci A.I.O.S. in regola con il pagamento della quota associativa per l'anno 2018, fissata in € 40,00.*

***Quota prevista per coloro che non intendono diventare soci A.I.O.S. o vogliono partecipare a un secondo corso annuale*

ISCRIZIONI A CARICO DI ASL E AZIENDE OSPEDALIERE

In caso di richiesta di emissione fattura nei confronti di enti esenti IVA (A.S.L./A.O.) il partecipante dovrà farne richiesta al momento dell'invio della scheda di iscrizione. La A.S.L./A.O. è tenuta a inviare a My Meeting l'autorizzazione nominativa del partecipante al corso e tutti i dati necessari all'emissione della fattura elettronica (codice univoco); Il pagamento della quota esente IVA dovrà essere effettuato vista fattura. In caso di mancata partecipazione NON è previsto il rimborso della quota di iscrizione.

ISCRIZIONI

I corsi sono a numero chiuso e saranno realizzati con un **minimo garantito di 50 iscritti**, pena la sospensione del corso a data da destinarsi.

Le iscrizioni dovranno pervenire almeno 20 giorni prima della data di inizio del corso e saranno riconfermate in base all'ordine di arrivo e alla disponibilità dei posti.

L'iscrizione al Corso comprende:

- la partecipazione alle Sessioni Scientifiche del Corso
- il materiale congressuale
- l'attestato di partecipazione

La scheda d'iscrizione è disponibile sui siti internet **www.aiosterile.org** e **www.mymeetingsrl.com**

CANCELLAZIONI D'ISCRIZIONI

Eventuali cancellazioni dovranno essere comunicate alla Segreteria Organizzativa. In caso di mancata partecipazione non è previsto il rimborso della quota.

SEGRETERIA SOCI A.I.O.S.

Per effettuare l'iscrizione all'Associazione si prega di consultare e compilare la modulistica sul sito **www.aiosterile.org** oppure sul sito **www.mymeetingsrl.com**.

La quota Soci Ordinari e Soci Aggregati valida per l'anno 2018 è di Euro 40,00.

L'iscrizione all'A.I.O.S. dà diritto alla partecipazione gratuita a uno dei corsi di formazione organizzati nell'anno 2018.

VARIAZIONI

I Responsabili Scientifici A.I.O.S. e la Segreteria Organizzativa-Provider ECM si riservano il diritto di apportare al Programma tutte le variazioni che dovessero essere ritenute necessarie per ragioni tecniche e/o scientifiche nel rispetto del percorso formativo.

**Consulta il calendario dei prossimi eventi
e tutte le novità dell'Associazione su**

**www.aiosterile.org
www.mymeetingsrl.com**

**Segreteria Soci A.I.O.S. - Segreteria Organizzativa
e Provider Standard ECM
(n. 1396 Albo Nazionale Age.Na.S.)**



My Meeting S.r.l.

Via 1° Maggio 33/35 - 40064 Ozzano dell'Emilia (BO)

Tel. 051 796971 - Fax 051 795270

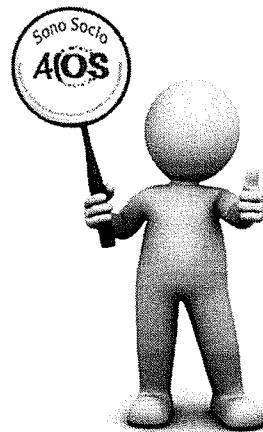
info@mymeetingsrl.com - www.mymeetingsrl.com

AIOS

Associazione Italiana
Operatori Sanitari
Addetti alla Sterilizzazione
Società Scientifica



ISCRIZIONI 2018



MODALITÀ DI ISCRIZIONE E RINNOVO ALL'ASSOCIAZIONE

L'iscrizione all'Associazione avviene tramite il pagamento della quota associativa fissata per l'anno in corso e deve essere rinnovata allo scadere di ogni anno solare.

La quota Associativa A.I.O.S. per l'anno 2018 è di € 40,00

Per le modalità di iscrizione e pagamento utilizzare la SCHEDA DI ISCRIZIONE e inviarla unita a copia del relativo pagamento a **"info@mymeetingsrl.com"** oppure **fax 051 795270**

La nuova iscrizione o il rinnovo saranno confermati a mezzo email da parte di My Meeting Srl.

L'Associazione non è tenuta a emettere ricevuta di pagamento se non su specifica richiesta.

CONSIGLIO DIRETTIVO 2016-2018

PRESIDENTE

Antonio Mancini

Centrale di Sterilizzazione
Grande Ospedale Metropolitano
Bianchi Melacchino Morelli - Reggio Calabria

VICE PRESIDENTE

Agostino Inglese

Quartiere Operatorio ASI BARI
Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta (BA)

TESORIERE

Tommaso Risitano

Blocco Operatorio
Casa di Cura San Camillo - Messina

SEGRETARIO GENERALE

Marta Antonia Visentini

Quartiere Operatorio ASI BARI
Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta (BA)

CONSIGLIERI

Milena Bezziccheri

Centrale di Sterilizzazione
Ospedali Riuniti "Marche Nord" - Pesaro

Filomena Nocera

Centrale di Sterilizzazione
Ospedale Media Valle del Tevere - Todi (PG)

Ernesto Sarchi

Centrale di Sterilizzazione
Ospedale San Raffaele - Milano

CONSIGLIERE E COORDINATORE DEI REFERENTI DI AREA

Marina Pisegna Cerone

Centrale di Sterilizzazione
Osp. Civile SS. Filippo e Nicola - Avezzano (AQ)

CONSIGLIERE E COORDINATORE DELLA FORMAZIONE

Ada Giampà

Centrale di Sterilizzazione
Fondazione Policlinico IRCCS San Matteo - Pavia

*** I Soci A.I.O.S. in regola con il pagamento per l'anno 2018 potranno partecipare gratuitamente a un Corso di Formazione Regionale 2018**

Il programma e il calendario dei Corsi Regionali saranno a breve disponibili sui siti

www.aiosterile.org - www.mymeetingsrl.com

Per qualsiasi informazione relativa all'Associazione, fare riferimento a:

www.aiosterile.org

oppure:

Segreteria Soci A.I.O.S.



c/o **My Meeting Srl**

Via 1° Maggio 33/35 • 40064 Ozzano dell'Emilia (BO)

Tel. 051 796971 • Fax 051 795270

info@mymeetingsrl.com • www.mymeetingsrl.com



SCHEDA DI ISCRIZIONE 2018



Associazione Italiana
Operatori Sanitari
Addetti alla Sterilizzazione
Società Scientifica

Si prega di scrivere chiaramente in stampatello

Cognome

Nome

RECAPITO PERSONALE

Via

CAP Città Prov.

Tel. Fax

Cellulare

e-mail

RECAPITO PROFESSIONALE

Ospedale

Servizio

Ruolo

Via

CAP Città Prov.

Tel. Fax

e-mail

Modalità di pagamento SOCI A.I.O.S.

Sono già Socio A.I.O.S. e intendo rinnovare la quota per l'anno 2018

Socio Ordinario Socio Aggregato

Nuova iscrizione, richiedo di essere ammesso, previa visione dello Statuto e del Regolamento associativo, ai sensi dell'art.7 dello Statuto medesimo, all'Associazione in qualità di

Socio Ordinario Socio Aggregato

Sono Soci **ORDINARI** coloro i quali svolgono attività di infermieri e operatori sanitari di supporto all'attività infermieristica e svolgono, altresì, attività relative alle problematiche della sterilizzazione presso Aziende ospedaliere, Aziende USL, Aziende Universitarie, IRCCS, Ospedali Classificati, Case di Cura private accreditate o in regime libero professionale in ogni caso senza vincoli con le Aziende o Società commerciali o con cooperative.

Sono Soci **AGGREGATI** coloro i quali svolgono attività lavorativa nello stesso settore dei Soci Ordinari, presso Aziende o Società commerciali o cooperative; possono essere altresì, Soci Aggregati anche coloro che svolgono sempre nello stesso settore della sterilizzazione, attività diverse da quella di infermiere o di operatore di supporto all'attività infermieristica.

Modalità di pagamento della quota associativa dell'importo di € 40,00

Carta di Credito, on-line accedendo al sito www.aiosterile.org seguendo il link indicato nella parte dedicata ad iscrizione 2018 A.I.O.S. e Corsi

Bonifico Bancario intestato ad A.I.O.S. Associazione Italiana Operatori Sanitari Addetti alla Sterilizzazione - **Banca Prossima SpA**
IBAN IT16X0335901600100000143445
Allegare alla presente copia di avvenuto Bonifico.

**Nuovo IBAN
da settembre 2016**

Segreteria Soci A.I.O.S.



My Meeting Srl

Via 1° Maggio 33/35 - 40064 Ozzano dell'Emilia (BO)

Tel. 051 796971 - Fax 051 795270

info@mymeetingsrl.com - www.mymeetingsrl.com

Informativa ai sensi art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 sul codice in materia di protezione dei dati personali.

I dati personali, registrati a seguito della compilazione della domanda di iscrizione e gli aggiornamenti comunicati dal socio, verranno trattati esclusivamente per finalità statistiche e per l'invio di comunicazioni inerenti l'attività dell'associazione; I dati possono essere comunicati a terzi esclusivamente per finalità di catalogazione automatizzata e/o informatico, ove necessaria, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge, e con procedure idonee alla tutela delle stesse. Titolare del trattamento dei dati personali è il Presidente, legale rappresentante dell'associazione.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196.

Data Firma

**Il Calendario dei Corsi di Formazione Regionali 2018 e il
Programma saranno a breve disponibili sui siti**

**www.aiosterile.org
www.mymeetingsrl.com**