

Deliberazione n. 730

Adottata dal Commissario Straordinario in data 30.06.2021

OGGETTO: Autorizzazione Corso ECM: "Corso di formazione e addestramento per operatori delle Criobanche". Spesa complessiva € 747,00. CIG Z063241C03

PDEL/2021/774

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 30.06.2021 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Commissario Straordinario Dott. Paolo Cannas  
Coadiuvato da  
Direttore Amministrativo Dott. Ennio Filigheddu  
Direttore Sanitario Dott. Raimondo Pinna

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

La presente Deliberazione prevede un impegno di spesa a carico dell'Azienda

SI  NO

- 
- 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, nello specifico il Servizio Prevenzione e Protezione vuole attivare il suddetto corso al fine di ottemperare all'obbligo normativo di fornire un'adeguata e specifica formazione ed addestramento ai lavoratori che prestano l'attività lavorativa nei locali della criobanca e nei locali adiacenti;
- Considerato** altresì che il Commissario Straordinario ha autorizzato l'attuazione del suddetto corso di formazione fuori dal Piano Annuale della Formazione come da nota Prot. 645 del 06.05.2021 che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Dato Atto** che l'attività formativa è rivolta al personale dell'Azienda che svolge la propria attività lavorativa nei locali della criobanca, per un totale di 14 partecipanti suddivisi in 2 edizioni, sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto;
- Recepito** che l'attività di tutoraggio sarà svolta da Tutors d'aula interni come da elenco autorizzato nel progetto;
- Valutato** il progetto formativo: "Corso di formazione e addestramento per operatori delle Criobanche", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario



Segue Deliberazione n. 730 del 30.06.2021

## **DELIBERA**

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:

- Di autorizzare il corso di formazione: "Corso di formazione e addestramento per operatori delle Criobanche", rivolto al personale dell'Azienda che svolge la propria attività lavorativa nei locali della criobanca, per un totale di 14 partecipanti suddivisi in 2 edizioni.
- Di confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che 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.
- Di confermare altresì che l'attività di tutoraggio sarà svolta da tutor d'aula interni, fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto.
- Di determinare che la spesa complessiva sarà pari a € 747,00 (settecentoquarantasette euro), come da documentazione allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, da gravare sui Fondi Strategici per l'aggiornamento professionale anno 2021.
- Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
- Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei docenti e dei Tutor interni.
- Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 - Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale - la spesa complessiva di € 747,00.

Il Commissario Straordinario  
Dott. Paolo Cannas

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Ennio Filigheddu

Il Direttore Sanitario  
Dott. Raimondo Pinna

Il Responsabile f.f. S.S.D. Formazione Dott.ssa Marinella Spissu

Ass.te Amm.vo Anita Mulas



Prot. 645 del 6.05.2021

**Al Sig. Commissario Straordinario**

**Dott. Paolo Cannas**

**E p.c. Al Direttore f.f. Servizio Formazione**

**Dott.ssa Marinella Spissu**

Oggetto: Corso di formazione e addestramento per operatori delle Criobanche.

Si chiede l'autorizzazione affinché il corso in oggetto sia svolto fuori dal piano annuale della Formazione, col programma del corso che viene allegato alla presente, con un costo di € 747 totali e in 2 edizioni da 4 ore ciascuna.

Distinti saluti

Il Responsabile Scientifico

Direttore SSD SPP

Ing. Bruno Facen

**FACEN BRUNO**  
**GIORGIO**  
**FRANCO**

Firmato digitalmente da  
FACEN BRUNO GIORGIO  
FRANCO  
Data: 2021.05.06  
16:10:28 +02'00'

11/5/21

FORMAZIONE OK

SI AUTORIZZA

Il Commissario Straordinario  
**ARNAS G. BROTZU**  
Dott. Paolo Cannas



*Al Sig. Commissario Straordinario  
Dott. Paolo Cannas*

**RICHIESTA:**

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

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

Corso di formazione e addestramento per operatori delle Criobanche

**STRUTTURA PROPONENTE**

Servizio Prevenzione e Protezione

**OBIETTIVI**

Il Decreto Legislativo 81/08 all'art. 77 comma 5 stabilisce che il datore di lavoro è tenuto a far eseguire l'addestramento all'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale di III categoria. Rientrano nella terza categoria, così come indicato dall'Allegato I, comma b, del Decreto Legislativo n° 425 del 2016, quei dispositivi che proteggono da rischi che possono causare conseguenze molto gravi quali morte o danni alla salute irreversibili con riguardo alle atmosfere con carenza di ossigeno.

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

I contenuti che saranno trattati nel corso di formazione ed addestramento prevedono una parte teorica della durata di un ora, in cui verranno trattati gli elementi di base per la protezione delle vie respiratorie, verranno descritti i principali sistemi di protezione delle vie respiratorie, le procedure ed i controlli standard preliminari da eseguire prima degli interventi, ed una parte pratica di addestramento della durata di tre ore.

L'addestramento e le prove pratiche avranno lo scopo di preparare l'addetto all'uso delle attrezzature per la protezione delle vie respiratorie in situazioni diverse, che possono simulare casi reali che potrebbero capitare, in particolar modo, nel contesto aziendale della criobanca, permettendo all'operatore di calarsi in un contesto che crea una possibile situazione di emergenza e che permette di svolgere l'attività addestrativa in modo reale simulando interventi di soccorso ed evacuazione.

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

Acquisizione di conoscenze specifiche in materia dispositivi di protezione individuale delle vie respiratorie.

**B) Acquisizione competenze di processo:**

Acquisizione di competenze e procedure idonee a gestire l'emergenza in un luogo di lavoro particolare come la criobanca.

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Acquisizione delle informazioni e delle procedure idonee per la gestione dell'emergenza nella criobanca



Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 2 a 10

**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 presso l'Ospedale Businco

**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.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	7	03/06/2021	03/06/2021
2	7	10/06/2021	10/06/2021

**PROFESSIONI**

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

**PROFESSIONI SANITARIE**

- Farmacista** n. \_\_\_\_\_
- Ospedaliera** n. \_\_\_\_\_
- Farmacia Territoriale** n. \_\_\_\_\_
- Medico chirurgo** n. **2**
- Angiologia** n. \_\_\_\_\_
- Cardiologia** n. \_\_\_\_\_
- Dermatologia e Venereologia** n. \_\_\_\_\_
- Ematologia** n. **1**
- Endocrinologia** n. \_\_\_\_\_
- Gastroenterologia** n. \_\_\_\_\_
- Genetica Medica** n. \_\_\_\_\_
- Geriatrica** 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. \_\_\_\_\_
- Neonatalogia** n. \_\_\_\_\_
- Neurologia** n. \_\_\_\_\_
- Neuropsichiatria Infantile** n. \_\_\_\_\_
- Oncologia** n. \_\_\_\_\_
- Pediatria** n. \_\_\_\_\_
- Psichiatria** n. \_\_\_\_\_
- Radioterapia** n. \_\_\_\_\_



Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 4 a 10

<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. _____
X Ginecologia e Ostetricia	n. 1
<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"/> Urologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	n. _____
<input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione	n. _____
<input type="checkbox"/> Biochimica Clinica	n. _____
<input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica	n. _____
<input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Legale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Nucleare	n. _____
<input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neuroradiologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )	n. _____
<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica	n. _____
<input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	n. _____
<input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (Medici di Famiglia	n. _____
<input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale	n. _____
<input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di libera scelta )	n. _____
<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica	n. _____
<input type="checkbox"/> Direzione medica di presidio ospedaliero	n. _____
<input type="checkbox"/> Organizzazione dei servizi sanitari di base	n. _____
<input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Psicoterapia	n. _____
<input type="checkbox"/> Privo di Specializzazione	n. _____

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

**SSD Formazione**  
Responsabile: Dott. ssa Carla Ghiani  
Tel. 070.539438  
Tel. 070.5296.5575-5578-5574  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

**AO Brotzu**  
**Sede SSD Formazione**  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)



Emissione 28/06/2016

Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4

Pag. 5 a 10

<input type="checkbox"/> <b>Odontoiatra</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Psicologo – Psicoterapeuta</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Psicoterapia</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Psicologia</b>	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Laureati non medici (specificare)</b>	n. <b>2</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>BIOLOGI</b>	n. <b>2</b>
<input type="checkbox"/> <b>FISICI</b>	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> <b>PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA</b>	n. <b>3</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Infermiere</b>	n. <b>2</b>
<input type="checkbox"/> <b>Infermiere pediatrico</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Ostetrica/o</b>	n. _____
<b>PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Podologo</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Fisioterapista</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Logopedista</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Ortottista – Assistente di Oftalmologia</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Tecnico Riabilitazione Psichiatrica</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Terapista Occupazionale</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Educatore Professionale</b>	n. _____
<b>PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Assistente Sanitario</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro</b>	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> <b>ALTRE PROFESSIONI SANITARIE</b>	n. <b>3</b>
<input type="checkbox"/> <b>Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare</b>	n. _____
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico</b>	n. <b>3</b>
<input type="checkbox"/> <b>Tecnico Sanitario di Radiologia Medica</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Tecnico Audiometrista</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Tecnico Audioprotesista</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Tecnico di Neurofisiopatologia</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Tecnico Ortopedico</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Dietista</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Igienista Dentale</b>	n. _____
<input type="checkbox"/> <b>Tecnico della prevenzione</b>	n. _____



Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 6 a 10

**TUTTE LE PROFESSIONI**

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

**Personale dell'Impresa di Pulizie che accede alla Criobanca**

n. 4

### **PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**

**(indicare esterni)**

**Personale impresa di pulizie addetto alla Criobanca**

**ASSL 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 2 edizioni. totale 4 ore**

### **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*

**VOCI DI SPESA**

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

<i>Docenza</i>	€ (50,00 + 22%IVA) X 4 ORE X 2 EDIZIONI = € 400,00 €+ 22%IVA=488
<i>Codocenza</i>	€ 25,82 X 3 ORE X 2 EDIZIONI = € 155,00
<i>Tutoraggio d'aula</i>	€ 25,82 X 2 ORE X 2 EDIZIONI = 104,00
<i>Pernottamento</i>	€
<i>Pasti</i>	€
<i>Spese di viaggio</i>	€
<i>Altro:</i>	
1. <i>materiale didattico</i>	€
2. <i>costo accreditamento</i>	€
<b>Totale</b>	<b>€ 747,00</b>



**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>		
Fax	<u>070-539331</u>	Cellulare email	<u>brunofacen@aob.it</u>

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	<u>Francesco</u>	Cognome	<u>Castagna</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	<u>,</u>	email	<u>castagnafc@yahoo.it</u>
Curriculum	<u>si</u>	_____	_____

Nome	<u>Alba</u>	Cognome	<u>Piras</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	<u>alba.piras@aob.it</u>
Curriculum	<u>si</u>	_____	_____

**TUTOR D'AULA (dati dei tutor d'aula)**

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

SSD Formazione  
Responsabile: Dott. ssa Carla Ghiani  
Tel. 070.539438  
Tel. 070.5296.5575-5578-5574  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

AO Brotzu  
Sede SSD Formazione  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)

Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 9 a 10

Nome	<u>Natalia</u>	Cognome	<u>Angius</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	<u>natalia.angius@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Gianni</u>	Cognome	<u>Soriga</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	<u>giovannisoriga@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

*Il corso di formazione ha lo scopo di ottemperare all'obbligo normativo di fornire un'adeguata e specifica formazione ed addestramento ai lavoratori che prestano l'attività lavorativa nei locali della criobanca e nei locali adiacenti.*

**B) Motivazione della scelta economica:**

*i compensi professionali (per i docenti esterni € 50 lorde per ora di docenza, come da allegato alla Delib. G. R. n. 32/79 DEL 24/12/2012) sono stati individuati e determinati tenendo conto del tariffario predisposto dal vademecum regionale ed acquisito dall'Azienda Ospedaliera G. Brotzu. per il docente interno sono state considerate le tariffe applicate al CCNL (€25,82 per ora fuori orario di servizio). Al tutor d'aula verrà corrisposta la quota come previsto nel regolamento aziendale (€25,82 per ora fuori orario di servizio).*

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

*Il docente è stato individuato sulla base delle competenze professionali specialistiche in grado di offrire ai partecipanti elementi didattici teorici ma soprattutto pratici in materia di dispositivi di protezione delle vie aeree e gestione delle emergenze.*

*Inoltre il docente è una risorsa che collabora con l'Azienda grazie ad una convenzione stipulata tra l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu e la GSA (Gruppo Servizi Associati) e che attualmente è già docente nei corsi di formazione in materia di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze.*

*Il docente interno è stato individuato come Responsabile della Qualità del Programma Trapianti alla quale afferisce la Criobanca e come Ispettore Esperto di Cellule Staminali Emopietiche per conto del Centro Nazionale Trapianti.*

*I Tutor sono stati individuati all'interno del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale.*

**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.*

Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta  
Specializzazione G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P.iva: 02315520920  
www.aobrotzu.it

SSD Formazione  
Responsabile: Dott. ssa Carla Ghiani  
Tel. 070.539438  
Tel. 070.5296.5575-5578-5574  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

ARNAS G. Brotzu  
Sede SSD Formazione  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)



Emissione 28/06/2016  
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4  
Pag. 10 a 10

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)**  
**Commissario Straordinario**  
**Timbro e Firma (leggibile)**  
**Commissario Straordinario**

DOTT. PAOLO CANNAS

Il Commissario Straordinario  
ARNAS G. BROTZU  
Dott. Paolo Cannas

**Timbro e Firma (leggibile)**  
**Responsabile Scientifico**

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

ING. BRUNO FACEN

IL RESPONSABILE  
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE  
Ing. 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 F. F. SSD Formazione**  
**Timbro e firma (leggibile)**

Dott.ssa Marinella Spissu

AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE  
DIPARTIMENTO SANITARIA DI PRESIDIO  
Dott.ssa Marinella Spissu

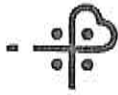
**NOTE:**

**Allegare ed inviare via Mail ([ufficioformazione@aob.it](mailto: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: "Corso di formazione e addestramento per operatori delle Criobanche"  
Ed 1 03/06/2021  
Ed 2 10/06/2021

**Programma didattico dettagliato**

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
	////	////	//////////////////////////////////// //	////////	////////	
<b>Sessione 1 mattina</b>					////	
Dettaglio 1	15:00	15:30	Introduzione: Normativa Generale: D.Lgs. 81/08 – Linee Guida e Normativa Specifica: D.P.R. 177/2011  Definizione di Ambiente Confinato  Pericoli per la salute legati all’ambiente confinato (anossia, gas, fumi, vapori tossici, polveri, liquidi, microclima)  Pericoli per la sicurezza legati all’ambiente confinato (incendio, esplosione, residui, caduta dall’alto, uso delle apparecchiature elettriche, etc.)	RTP	F. Castagna	A. Piras
Dettaglio 2	15:30	17:00	Procedure ed istruzioni operative.  formazione e utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) di 3° categoria.  Gestione di una emergenza con indicazione delle procedure operative; intervento di primo soccorso (cenni di anossia, gas tossici, ecc.).	ED	F. Castagna A. Piras	
Dettaglio 3	17:00	18:30	Addestramento:  – alla gestione delle emergenze,  – al primo soccorso in caso di evento avverso  – all’utilizzo dei dispositivi di protezione individuale	ED	F. Castagna A. Piras	
Dettaglio 4	18:30	19:00	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	F. Castagna	A. Piras

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	1	
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	3	
RP	ROLE-PLAYING		