ASLCagliari

# Allegato "A"

Presa d'Atto Aggiornamento Individuale Fuori Sede evento formativo "Disturbi muscolo-scheletrici, Lombalgia e Movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti" dei dipendenti Massimo Cinus (matr. n. 51496), Defalchi Sisinna (matr. 51823) e Maria Paola Simeoni (matr. 49524) – Cagliari, 09-10/09/2016

Il presente allegato è composto
di n. 16 fogli, di n. 16 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 1641 DEL 21 DIC. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. ssa Savina Ortu)

ASLCagliari

*Direzione Generale*
*Sviluppo Organizzativo*
*Gestione e valutazione del personale*
*Area Formazione*

# Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
## Fuori sede

***LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.***
*Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale) almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa*

[redacted]

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI: ☒

NO: ☐

[redacted]

**Il/la sottoscritto/a** CINUS MASSIMO

**Nato/a a** CAGLIARI **Il** *(gg/mm/aaaa)* 11/04/1972

**Matricola n.** 51496

**Struttura di appartenenza** SERV. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE - SS. TRI

**Indirizzo di lavoro** VIA IS MIRRIONIS

**Posizione funzionale** COORDINATORE

**Qualifica** FISIOTERAPISTA

**Telefono /cellulare** 3383790106 **e-mail** massimocinus@gmail.com

**Area contrattuale:**

- ☒ Comparto
- ☐ Dirigenza Medica e Veterinaria
- ☐ Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

ASL8
NP.2016/28312 del 16/11/2016 ore 16.25
Mitt.: OSPEDALE SS.TRINITA'
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 167 del 2016

**Data**(gg/mm/aaaa), 31/10/2016

**Nome e cognome del partecipante** (in stampatello) MASSIMO CINUS

**Firma** (leggibile) Massimo Cinus

**AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI**
AREA FORMAZIONE
16 NOV. 2016
**SEGNA COME VISTO**

ASLCagliari

*Direzione Generale*
*Sviluppo Organizzativo*
*Gestione e valutazione del personale*
*Area Formazione*

[redacted]

**Titolo:** DISTURBI MUSCOLO-SCHELETRICI, LOMBALGIA E MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI

**Sede:** CAGLIARI - AZ. OSPEDALIERA UNIVERSITARIA - P.O. S. GIOVANNI DI DIO

**Data:** da (gg/mm/aaaa) 09/09/2016 a (gg/mm/aaaa) 10/09/2016

**Durata effettiva dell'attività formativa in ore:** 13

**Organizzatore:** A.O.U. CAGLIARI

***Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo:*** VIA OSPEDALE N. 54

***Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA:*** 03108560925

***Attività ECM?*** ☒ Si | ☐ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:***

***Se attività ECM, indicare la categoria professionale:*** FISIOTERAPISTA

**Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:** ☒ Si | ☐ No

*SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.*

[redacted]

**La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:**

| | |
|---|---|
| • ***Iscrizione:*** | € 100,00 |
| • ***Viaggio:*** | € / |
| • ***Albergo:*** | € / |
| • ***Pasti:*** | € / |
| • ***Altre spese:*** | € / |

**Totale spesa presunta:** € 100,00

**Risorse economiche:**

☐ budget dell'Azienda
☐ fondo vincolato (specificare)

**Anticipo Cassa Economale:**
*(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)*

**NOTA BENE**: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

ASLCagliari

*Direzione Generale*
*Sviluppo Organizzativo*
*Gestione e valutazione del personale*
*Area Formazione*

***PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA***

***(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)***

**Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:**

☒ *Favorevole*

☐ *Non favorevole*

**Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:**

Carta Professionale

**Luogo:** CAGLIARI **Data** (gg/mm/aaaa): _____

**Nome e cognome** (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) DOTT.SSA MARISA MERELLA

**Timbro e firma** (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

# Massimali e spese rimborsabili aggiornamento individuale

## Rimborsi

La prenotazione e il pagamento è a carico del partecipante. Tutte le spese devono essere debitamente documentate in originale con fattura regolarmente quietanzata o ricevuta fiscale:

- individuale;
- con riferimento all'arco temporale immediatamente precedente e successivo allo svolgimento dell'evento formativo;
- con la descrizione della spesa effettuata di cui si chiede il rimborso (non saranno rimborsate spese non specificate).

Le spese rimborsabili sono relative esclusivamente alle voci e ai massimali sotto elencati.

## Massimali

| Voce di spesa | Fuori sede |
|---|---|
| *Iscrizione* | È previsto il rimborso completo della quota di partecipazione e iscrizione all'attività didattica. Non è previsto il rimborso di eventuali quote associative. |
| *Pasti* | € 27,69 per 1 pasto<br>€ 55,47 per 2 pasti (in caso di attività formative oltre 8 ore).<br>Sono rimborsabili il pranzo e la cena. Ogni ricevuta dovrà essere riferita a un solo pasto. Per ottenere il rimborso fino al massimale di € 55,47 è necessario presentare 2 ricevute. |
| *Mobilità* | Aereo e/o treno<br>Il costo del biglietto aereo/ferroviario (con tratta dall'aeroporto/stazione più vicino dal luogo di residenza a quello dell'evento formativo e viceversa) è interamente rimborsabile dietro presentazione del biglietto e delle carte di imbarco (aereo).<br>Auto e taxi<br>Il rimborso del taxi è riconosciuto solo in caso di dimostrata impossibilità di utilizzo dei mezzi pubblici.<br>L'uso dell'auto propria non è più rimborsabile. |
| *Pernottamento* | € 110,00 a notte |

# Disturbi Muscolo-scheletrici, Lombalgia e Movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti

| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
|---|---|---|---|---|---|
| **09/09/16** | 8.30 | 9.00 | Disturbi Muscolo-scheletrici, Lombalgia e Movimentazione manuale dei carichi | Discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 9.00 | 9.30 | Epidemiologia delle patologie più frequenti da sovraccarico biomeccanico correlato al lavoro | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 9.30 | 10.00 | Significato dell'espressione "movimentazione manuale dei carichi" con riferimenti normativi | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 10.00 | 10.30 | Relazione fra movimentazione manuale dei carichi e salute degli operatori sanitari | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 10.30 | 11.00 | Il carico, i trasferimenti, l'ambiente e le pause | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 11.00 | 11.30 | Valutazione del rischio di danni muscolo scheletrici correlati al lavoro | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 11.30 | 12.30 | Misure preventive e misure di sorveglianza | Presentazione di casi | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 12.30 | 13.00 | Discussione | Discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | | | **Pausa pranzo** | | |
| | 14.00 | 15.00 | La lombalgia nei lavoratori: dati epidemiologici e storici | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 15.00 | 16.00 | I principali strumenti di valutazione della lombalgia. Presentazione di alcuni studi scientifici sulla lombalgia in diverse categorie di lavoratori | Relazione e presentazione di casi | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 16.00 | 17.00 | Le Clinical Prediction Rules quale strumento privilegiato per classificare i pazienti lombalgici | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 17.00 | 18.00 | Discussione | Discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | | | | | |
| **10/09/16** | 08.30 | 09.30 | Tecniche di movimentazione corrette | Attività pratica | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 09.30 | 11.30 | Piccoli ausili ergonomici (teli ad alto scorrimento, pedane girevoli, cinture ergonomiche, assi di trasferimento ..) | Attività pratica | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 11.30 | 12.30 | I sollevatori | Attività pratica | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 12.30 | 13.00 | Discussione | Discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |

ASLCagliari

*Direzione Generale*
*Sviluppo Organizzativo*
*Gestione e valutazione del personale*
*Area Formazione*

# Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
## Fuori sede

***LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.***
*Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale) almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa*

[redacted]

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI: ☒

NO: ☐

[redacted]

**Il/la sottoscritto/a** DEFALCHI SISINNA

**Nato/a a** MONTRÉAL **Il** *(gg/mm/aaaa)* 28/09/1970

**Matricola n.** 51823

**Struttura di appartenenza** P.O. MARINO - UNITÀ SPINALE

**Indirizzo di lavoro** V.le POGITO - CAGLIARI

**Posizione funzionale** COLLABORATORE

**Qualifica** FISIOTERAPISTA

**Telefono /cellulare** 3382566657 **e-mail** susydefalchi@libero.it

**Area contrattuale:**
- ☒ Comparto
- ☐ Dirigenza Medica e Veterinaria
- ☐ Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

ASL8
NP.2016/28311 del 16/11/2016 ore 16.24
Mitt.: Ospedale Marino
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 167 del 2016

**Data**(gg/mm/aaaa), _____

**Nome e cognome del partecipante** (in stampatello) SISINNA DEFALCHI

**Firma** (leggibile) Sisinna Defalchi

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
16 NOV. 2016
SEGNA COME VISTO

ASLCagliari

*Direzione Generale*
*Sviluppo Organizzativo*
*Gestione e valutazione del personale*
*Area Formazione*

[redacted]

**Titolo:** Disturbi Muscolo-scheletrici, Lombalgia e Movimentazione manuale di carichi e Pazienti

**Sede:** CAGLIARI - Azienda Ospedaliero-Universitaria - P.O. S. Giovanni di Dio

**Data:** da (gg/mm/aaaa) 03/09/2016 a (gg/mm/aaaa) 10/03/2016

**Durata effettiva dell'attività formativa in ore:** 13 ore

**Organizzatore:** A.O.U. CAGLIARI

***Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo:*** VIA OSPEDALE, 54 - CAGLIARI

***Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA:*** 03108560 925

***Attività ECM?*** ☒ Si | ☐ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:*** _____

***Se attività ECM, indicare la categoria professionale:*** FISIOTERAPISTI

**Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:** ☒ Si | ☐ No

*SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.*

[redacted]

**La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:**

| | |
|---|---|
| • ***Iscrizione:*** | € 100,00 |
| • ***Viaggio:*** | € / |
| • ***Albergo:*** | € / |
| • ***Pasti:*** | € / |
| • ***Altre spese:*** | € / |

8

**Totale spesa presunta:** € 100,00

**Risorse economiche:**

☐ budget dell'Azienda
☐ fondo vincolato (specificare) _____

**Anticipo Cassa Economale:** _____
*(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)*

**NOTA BENE**: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

ASLCagliari

*Direzione Generale*
*Sviluppo Organizzativo*
*Gestione e valutazione del personale*
*Area Formazione*

***PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA***

***(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)***

**Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:**

☒ ***Favorevole***

☐ ***Non favorevole***

**Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:**

_____

_____

_____

_____

_____

**Luogo:** _____ **Data** (gg/mm/aaaa): _____

**Nome e cognome** (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) Dott.ssa Giuliana Campus

**Timbro e firma** (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) Asl n° 8 P.O. Marino CA
Unità Spinale Unipolare
Direttore
Dr.ssa Giuliana Campus
Matr. 49373

**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

# Massimali e spese rimborsabili aggiornamento individuale

## Rimborsi

La prenotazione e il pagamento è a carico del partecipante. Tutte le spese devono essere debitamente documentate in originale con fattura regolarmente quietanzata o ricevuta fiscale:

- individuale;
- con riferimento all'arco temporale immediatamente precedente e successivo allo svolgimento dell'evento formativo;
- con la descrizione della spesa effettuata di cui si chiede il rimborso (non saranno rimborsate spese non specificate).

Le spese rimborsabili sono relative esclusivamente alle voci e ai massimali sotto elencati.

## Massimali

| Voce di spesa | Fuori sede |
|---|---|
| *Iscrizione* | È previsto il rimborso completo della quota di partecipazione e iscrizione all'attività didattica. Non è previsto il rimborso di eventuali quote associative. |
| *Pasti* | € 27,69 per 1 pasto<br>€ 55,47 per 2 pasti (in caso di attività formative oltre 8 ore).<br>Sono rimborsabili il pranzo e la cena. Ogni ricevuta dovrà essere riferita a un solo pasto. Per ottenere il rimborso fino al massimale di € 55,47 è necessario presentare 2 ricevute. |
| *Mobilità* | Aereo e/o treno<br>Il costo del biglietto aereo/ferroviario (con tratta dall'aeroporto/stazione più vicino dal luogo di residenza a quello dell'evento formativo e viceversa) è interamente rimborsabile dietro presentazione del biglietto e delle carte di imbarco (aereo).<br>Auto e taxi<br>Il rimborso del taxi è riconosciuto solo in caso di dimostrata impossibilità di utilizzo dei mezzi pubblici.<br>L'uso dell'auto propria non è più rimborsabile. |
| *Pernottamento* | € 110,00 a notte |

# Disturbi Muscolo-scheletrici, Lombalgia e Movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti

| Data | Inizio | Fine | Argomento | Modalità | Docente |
|---|---|---|---|---|---|
| **09/09/16** | 8.30 | 9.00 | Disturbi Muscolo-scheletrici, Lombalgia e Movimentazione manuale dei carichi | Discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 9.00 | 9.30 | Epidemiologia delle patologie più frequenti da sovraccarico biomeccanico correlato al lavoro | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 9.30 | 10.00 | Significato dell'espressione "movimentazione manuale dei carichi" con riferimenti normativi | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 10.00 | 10.30 | Relazione fra movimentazione manuale dei carichi e salute degli operatori sanitari | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 10.30 | 11.00 | Il carico, i trasferimenti, l'ambiente e le pause | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 11.00 | 11.30 | Valutazione del rischio di danni muscolo scheletrici correlati al lavoro | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 11.30 | 12.30 | Misure preventive e misure di sorveglianza | Presentazione di casi | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 12.30 | 13.00 | Discussione | Discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | | | **Pausa pranzo** | | |
| | 14.00 | 15.00 | La lombalgia nei lavoratori: dati epidemiologici e storici | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 15.00 | 16.00 | I principali strumenti di valutazione della lombalgia. Presentazione di alcuni studi scientifici sulla lombalgia in diverse categorie di lavoratori | Relazione e presentazione di casi | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 16.00 | 17.00 | Le Clinical Prediction Rules quale strumento privilegiato per classificare i pazienti lombalgici | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 17.00 | 18.00 | Discussione | Discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | | | | | |
| **10/09/16** | 08.30 | 09.30 | Tecniche di movimentazione corrette | Attività pratica | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 09.30 | 11.30 | Piccoli ausili ergonomici (teli ad alto scorrimento, pedane girevoli, cinture ergonomiche, assi di trasferimento ..) | Attività pratica | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 11.30 | 12.30 | I sollevatori | Attività pratica | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 12.30 | 13.00 | Discussione | Discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |

ASLCagliari

*Direzione Generale*
*Sviluppo Organizzativo*
*Gestione e valutazione del personale*
*Area Formazione*

# Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
## Fuori sede

***LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.***
*Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale) almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa*

[redacted]

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI: ☒

NO: ☐

[redacted]

**Il/la sottoscritto/a** MARIA PAOLA SIMEONI

**Nato/a a** CAGLIARI **Il** *(gg/mm/aaaa)* 31/05/1967

**Matricola n.** 49524

**Struttura di appartenenza** P.O. MARINO - UNITA' SPINALE UNIPOLARE

**Indirizzo di lavoro** V.LE POETTO

**Posizione funzionale** COORDINATRICE

**Qualifica** FISIOTERAPISTA

**Telefono /cellulare** 3338153280 **e-mail** mariapaolasimeoni@gmail.com

**Area contrattuale:**

- ☒ Comparto
- ☐ Dirigenza Medica e Veterinaria
- ☐ Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

ASL8
NP.2016/28313 del 16/11/2016 ore 16,40
Mitt.: OSPEDALE SS.TRINITA'
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 167 del 2016

**Data(gg/mm/aaaa),** 31/10/2016

**Nome e cognome del partecipante** (in stampatello) M. PAOLA SIMEONI

**Firma** (leggibile) M. Paola Simeoni

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
16 NOV. 2016
SEGNA COME VISTO

ASLCagliari

*Direzione Generale*
*Sviluppo Organizzativo*
*Gestione e valutazione del personale*
*Area Formazione*

[redacted]

**Titolo:** DISTURBI MUSCOLO-SCHELETRICI, LOMBALGIA E RIORIENTAZIONE POSTURALE DI CARICHI E PAZIENTI

**Sede:** CAGLIARI - AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA - P.O. S.GIOVANNI DI DIO

**Data:** da (gg/mm/aaaa) 09/09/2016 a (gg/mm/aaaa) 10/09/2016

**Durata effettiva dell'attività formativa in ore:** 13 ORE

**Organizzatore:** AOU CAGLIARI

***Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo:*** VIA OSPEDALE 54

***Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA:*** P.I. 03108560925

***Attività ECM?*** ☒ Si | ☐ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:***

***Se attività ECM, indicare la categoria professionale:*** FISIOTERAPISTI

**Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:** ☒ Si | ☐ No

*SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.*

[redacted]

**La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:**

| | |
|---|---|
| • ***Iscrizione:*** | € 100,00 |
| • ***Viaggio:*** | € / |
| • ***Albergo:*** | € / |
| • ***Pasti:*** | € / |
| • ***Altre spese:*** | € / |

**Totale spesa presunta:** € 100.00

**Risorse economiche:**

☐ budget dell'Azienda
☐ fondo vincolato (specificare)

**Anticipo Cassa Economale:**
*(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)*

**NOTA BENE:** non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

ASLCagliari

*Direzione Generale*
*Sviluppo Organizzativo*
*Gestione e valutazione del personale*
*Area Formazione*

***PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA***

***(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)***

**Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:**

☒ *Favorevole*

☐ *Non favorevole*

**Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:**

_____

_____

_____

_____

_____

**Luogo:** _____ **Data** (gg/mm/aaaa): _____

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

**Timbro e firma** (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) Asl n°8 P.O.Marino-CA Unità Spinale Unipolare Direttore Dr.ssa Giuliana Campus Matr. 49373

**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

# Massimali e spese rimborsabili aggiornamento individuale

## Rimborsi

La prenotazione e il pagamento è a carico del partecipante. Tutte le spese devono essere debitamente documentate in originale con fattura regolarmente quietanzata o ricevuta fiscale:

- individuale;
- con riferimento all'arco temporale immediatamente precedente e successivo allo svolgimento dell'evento formativo;
- con la descrizione della spesa effettuata di cui si chiede il rimborso (non saranno rimborsate spese non specificate).

Le spese rimborsabili sono relative esclusivamente alle voci e ai massimali sotto elencati.

## Massimali

| Voce di spesa | Fuori sede |
|---|---|
| *Iscrizione* | È previsto il rimborso completo della quota di partecipazione e iscrizione all'attività didattica. Non è previsto il rimborso di eventuali quote associative. |
| *Pasti* | € 27,69 per 1 pasto<br>€ 55,47 per 2 pasti (in caso di attività formative oltre 8 ore).<br>Sono rimborsabili il pranzo e la cena. Ogni ricevuta dovrà essere riferita a un solo pasto. Per ottenere il rimborso fino al massimale di € 55,47 è necessario presentare 2 ricevute. |
| *Mobilità* | Aereo e/o treno<br>Il costo del biglietto aereo/ferroviario (con tratta dall'aeroporto/stazione più vicino dal luogo di residenza a quello dell'evento formativo e viceversa) è interamente rimborsabile dietro presentazione del biglietto e delle carte di imbarco (aereo).<br>Auto e taxi<br>Il rimborso del taxi è riconosciuto solo in caso di dimostrata impossibilità di utilizzo dei mezzi pubblici.<br>L'uso dell'auto propria non è più rimborsabile. |
| *Pernottamento* | € 110,00 a notte |

# Disturbi Muscolo-scheletrici, Lombalgia e Movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti

| Data | Inizio | Fine | Argomento | Tipologia (lezione/discussione) | Docente |
|---|---|---|---|---|---|
| **09/09/16** | 8.30 | 9.00 | Disturbi Muscolo-scheletrici, Lombalgia e Movimentazione manuale dei carichi | Discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 9.00 | 9.30 | Epidemiologia delle patologie più frequenti da sovraccarico biomeccanico correlato al lavoro | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 9.30 | 10.00 | Significato dell'espressione "movimentazione manuale dei carichi" con riferimenti normativi | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 10.00 | 10.30 | Relazione fra movimentazione manuale dei carichi e salute degli operatori sanitari | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 10.30 | 11.00 | Il carico, i trasferimenti, l'ambiente e le pause | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 11.00 | 11.30 | Valutazione del rischio di danni muscolo scheletrici correlati al lavoro | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 11.30 | 12.30 | Misure preventive e misure di sorveglianza | Presentazione di casi | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 12.30 | 13.00 | Discussione | Discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | | | **Pausa pranzo** | | |
| | 14.00 | 15.00 | La lombalgia nei lavoratori: dati epidemiologici e storici | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 15.00 | 16.00 | I principali strumenti di valutazione della lombalgia. Presentazione di alcuni studi scientifici sulla lombalgia in diverse categorie di lavoratori | Relazione e presentazione di casi | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 16.00 | 17.00 | Le Clinical Prediction Rules quale strumento privilegiato per classificare i pazienti lombalgici | Relazione e discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 17.00 | 18.00 | Discussione | Discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | | | | | |
| **10/09/16** | 08.30 | 09.30 | Tecniche di movimentazione corrette | Attività pratica | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 09.30 | 11.30 | Piccoli ausili ergonomici (teli ad alto scorrimento, pedane girevoli, cinture ergonomiche, assi di trasferimento ..) | Attività pratica | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 11.30 | 12.30 | I sollevatori | Attività pratica | L. Bertozzi, P. Pillastrini |
| | 12.30 | 13.00 | Discussione | Discussione | L. Bertozzi, P. Pillastrini |