

Allegato "A"

379

- 6 APR. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:  
**"Addestramento sulla movimentazione  
manuale dei pazienti (MMP)".**

Il presente allegato è composto di n.8.....fogli,  
di n.8.. pagine.

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



## Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

**Titolo del Progetto:** " *Addestramento sulla Movimentazione Manuale dei Pazienti (MMP)* "

**Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI**  
**Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante**

Corso di addestramento

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NO

È previsto l'uso della sola lingua italiana? SI

È prevista una quota di partecipazione? NO

Se "SI" indicare l'importo € 000,00

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO

Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.

Numero di edizioni previste 16

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	26/04	/ /	6 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
2 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	7 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
3 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	8 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
4 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	9 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
5 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	10 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /

*N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.*

Sede di svolgimento

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

*N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.*

Se sì, indicare l'indirizzo:

**Sede Ospedale SS Trinità**

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) Cagliari via Is Mirrionis**



## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 20 Totale Partecipanti 320

- Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 320 operatori di altri Servizi ASL
- Aperto a n. 0 operatori di altre ASL -  Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

## Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

### Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo  
 Farmacista  
 Biologo  
 Chimico  
 Fisico  
 Veterinario  
 Odontoiatra  
 Psicologo  
 Assistente Sanitario  
 Dietista  
 Fisioterapista  
 Educatore Professionale  
 Igienista Dentale  
 Infermiere  
 Infermiere pediatrico  
 Logopedista  
 Ortottista/Assistente di oftalmologia  
 Ostetrica/o  
 Podologo  
 Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica  
 Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico  
 Tecnico Sanitario di Radiologia Medica  
 Tecnico Audiometrista  
 Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare  
 Tecnico Audioprotesista  
 Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro  
 Tecnico di Neurofisiopatologia  
 Tecnico Ortopedico  
 Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva  
 Terapista Occupazionale  
 Tutte le professioni

### Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Architetto  
 Analista  
 Assistente Amministrativo  
 Assistente Religioso  
 Assistente Tecnico  
 Ausiliario Specializzato  
 Avvocato  
 Coadiutore Amm.vo  
 Collaboratore Amm.vo - Prof.le  
 Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale  
 Collaboratore Tecnico - Professionale  
 Collaboratore Professionale – Sanitario Personale della Riabilitazione  
 Collaboratore Professionale - Sanitario  
 Commesso  
 Direttore Amministrativo  
 Direttore dei Servizi Sociali  
 Direttore Generale  
 Dirigente Amministrativo  
 Geologo  
 Infermiere Generico  
 Infermiere Psichiatrico  
 Ingegnere  
 Massofisioterapista  
 Odontotecnico  
 Operatore Socio-Sanitario  
 Operatore Tecnico  
 Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)  
 Operatore Tecnico Specializzato  
 Ottico  
 Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente  
 Profilo Atipico Ruolo Amministrativo  
 Profilo Atipico Ruolo Sanitario  
 Profilo Atipico Ruolo Tecnico  
 Programmatore  
 Puericultrice  
 Sociologo  
 Statistico  
 Tutte le professioni

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia Clinica      | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio                      | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica                      | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive                                       | <input type="checkbox"/> Pediatria   |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione                 | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale                          | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)   |
| <input type="checkbox"/> Angiologia                               | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input type="checkbox"/> Psichiatria   |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria                   | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport                                     | <input type="checkbox"/> Psicoterapia  |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia                          | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza        | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica  |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia                              | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia)                   | <input type="checkbox"/> Radioterapia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale                       | <input type="checkbox"/> Medicina Interna   | <input type="checkbox"/> Reumatologia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale             | <input type="checkbox"/> Medicina Legale  | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica                     | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare  | <input type="checkbox"/> Urologia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva       | <input type="checkbox"/> Medicina Termale   | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare                      | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia                                | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia   |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale                 | <input type="checkbox"/> Nefrologia   | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica  |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia              | <input type="checkbox"/> Neonatologia   | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica  |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico                    | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia   | <input type="checkbox"/> Endocrinologia  |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia                                      | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione  |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica      | <input type="checkbox"/> Neurologia   | <input type="checkbox"/> Medicina TrASFusionale  |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia                        | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile                               | <input checked="" type="checkbox"/> Tutte le discipline  |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica                          | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia  |  |
| <input type="checkbox"/> Geriatria                                | <input type="checkbox"/> Oftalmologia   |  |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oncologia  |  |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica  | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base              |  |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica           | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia                                |  |
|   | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria                                     |  |

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista**

Farmacia Ospedaliera

Farmacia Territoriale

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario**

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche  
 Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati  
 Sanità Animale

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo**

Psicologia

Psicoterapia

## Progetto Formativo

### Area tematica

Area sicurezza luoghi di lavoro

### Obiettivo formativo

Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

L'addestramento consente ai lavoratori di conoscere nel dettaglio i rischi delle singole attività e i relativi comportamenti da adottare al fine di tutelare la propria sicurezza salute, quella dei propri colleghi e quella dei pazienti.

#### B - Acquisizione competenze di processo:

L'addestramento si propone di far acquisire la conoscenza delle tecniche di movimentazione dei pazienti con e senza ausili per una corretta ed efficace applicazione della normativa sulla tutela della salute e sicurezza sul luogo di lavoro.

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

Il percorso mira a portare tutti i lavoratori che effettuano la movimentazione manuale dei pazienti ad affrontare in modo sicuro ed autonomo le attività lavorative che possano essere rischiose per la salute e sicurezza

#### D - Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance):

Miglioramento dell'organizzazione del lavoro: riduzione delle patologie professionali e della morbilità del personale. Maggiore sicurezza del paziente. Miglioramento della qualità di assistenza. Incremento della produttività.

#### E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 18 dal corso

*\* i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*

### Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome Vargiu Nome Valerio

Codice Fiscale VRGVLR67T27B745S Luogo di nascita CARBONIA Data di nascita 27/12/1967

Telefono 0706093370 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail valeriovargiu@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente Tecnico Competenze RSPP Aziendale

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo.

## Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 04 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>00</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>03</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>01</u>	<u>00</u>

### Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- Questionario (allegare il modello)       Prova orale (allegare le domande)       Esame pratico (allegare la descrizione)  
 Prova scritta (allegare la descrizione)       Project work (allegare la descrizione)  
 Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)

### Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

- Videoproiettore     Computer portatile     Lavagna a fogli mobili     Aula informatica  
 Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

**FORMATORE n. 1**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome Cinus Nome Massimo

Codice Fiscale CNSMSM72D11B354L Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/04/1972

Professione ECM Fisioterapista Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3383790106 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail

massimocinus@asl8cagliari.it Qualifica Fisioterapista

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 Totale compenso € 103,28

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 2**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome Defalchi Nome Sisinna

Codice Fiscale DFLSNN70P68Z401Q Luogo di nascita Montreal (Canada) Data di nascita 28/09/1970

Professione ECM Fisioterapista Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere

testo. e-mail defalchisisinna@asl8cagliari.it Qualifica Fisioterapista

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 Totale compenso € 103,28

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**TUTOR n. 1**

Ruolo Tutor Interno fuori orario di servizio

Cognome Monni Nome Francesca

Codice Fiscale MNNFNC69M44B745M Luogo di nascita CARBONIA Data di nascita 04/08/1969

Professione ECM Tecnico della Prevenzione Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3287017203 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail

francescamonni@asl8cagliari.it Qualifica Tecnico Della Prevenzione

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Tutor Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 1 Totale compenso € 25,82

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

### Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema     Formazione specifica
- Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo.
- Sponsor Commerciali     Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):
- Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi?     Sì     No

### Riepilogo voci di spesa del corso

<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 3718,08
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
<b>E</b>	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM ( a cura dell'Area Formazione)	€ 172,15
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<b>€ 3.890,23</b>

### Macrostruttura di appartenenza

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti<br><input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi<br><input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici<br><input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza<br><input checked="" type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari<br><input type="checkbox"/> D.G. Staff<br><input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale<br><input type="checkbox"/> P.O. Marino<br><input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe<br><input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino<br><input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità<br><input type="checkbox"/> P.O. Binaghi |
|---|---|

### Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

<p style="text-align: center;"><b>Nome e cognome (in stampatello)</b></p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-family: cursive;">ING. VALERIO VARGIU</p> <p style="font-family: cursive;">SSD SICUREZZA D.Lgs 81/08</p>
<p style="text-align: center;"><b>Timbro e Firma (leggibile)</b></p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;">V. Vargiu</p> <div style="text-align: center;">  </div>