

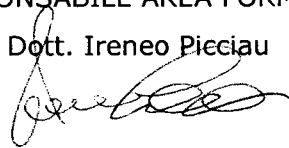
Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: "Corso teorico pratico sulla riorganizzazione dei turni di lavoro nel comparto sanità: suggerimenti operativi compatibili con la nuova normativa"

Il presente allegato è composto di n. ⁹...fogli,
di n. ⁹... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 73 DEL 9 FEB. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)

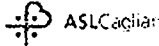


IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)





Servizio Proponente Fare clic qui per:
inmettere testo.

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *Corso teorico pratico sulla riorganizzazione dei turni di lavoro nel comparto sanità (aggiornato alle novità della legge di stabilità 2016 – L. 28/12/2015 n. 208) a seguito dell'obbligo di adeguamento alla legge comunitaria n. 161/2014: suggerimenti operativi compatibili con la nuova normativa* "

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? **NO**
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo gestionali

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: inmettere testo.

Numero di edizioni previste 1

| | Data Inizio | Data fine | | Data Inizio | Data fine |
|-------------|-------------|------------|--------------|-------------|-----------|
| 1ª Edizione | 16/02/2016 | 17/02/2016 | 6ª Edizione | / / | / / |
| 2ª Edizione | / / | / / | 7ª Edizione | / / | / / |
| 3ª Edizione | / / | / / | 8ª Edizione | / / | / / |
| 4ª Edizione | / / | / / | 9ª Edizione | / / | / / |
| 5ª Edizione | / / | / / | 10ª 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 Sala Arancio

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius

l

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 80 Totale Partecipanti 80

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 0 operatori di altre ASL - Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Privati/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"/> Cardiocirurgia | <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 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 gestionale management organizzativa

Obiettivo formativo

Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisire competenze relativamente alla gestione della turnistica e dell'orario di lavoro

B - Acquisizione competenze di processo:

Garantire il rispetto dei requisiti normativi a tutela della sicurezza dei lavoratori

C - Acquisizione competenze di sistema:

Analizzare le criticità conseguenti alla mancata applicazione della normativa in merito all'orario di lavoro e garantire la corretta applicazione delle azioni preventive

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

Analizzare le significative conseguenze di carattere organizzativo e gestionale derivanti dall'applicazione della normativa sull'orario di lavoro approntando misure atte al fine di evitare rilevanti sanzioni pecuniarie

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 6 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 Petrone Nome Michele

Codice Fiscale PTRMHL66M30H501D Luogo di nascita Roma Data di nascita 30/08/1966

Telefono _____ Cellulare 3485639731 Fax _____ e-mail direzione@infoebit.it

Qualifica Consulente e formatore enti pubblici Competenze Esperto in amministrazione delle risorse umane

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Vallese Nome Maria Caterina

Codice Fiscale VLLMCT67M48B354Q Telefono 0706093338 Cellulare 3493242870 Fax 0706093859 e-mail mariacaterinavallese@asl8cagliari.it

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: 15 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>4</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>5</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>6</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>00</u> | <u>00</u> |
| Role - Playing | RP | <u>00</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) _____

FORMATORE n. 1

Ruolo Docente Esterno
 Cognome Petrone Nome Michele
 Codice Fiscale PTRMHL66M30H501D Luogo di nascita Roma Data di nascita 30/08/1966
 Professione ECM Docente Disciplina ECM Formazione per l'immersione testo
 Telefono 06 49810000 Cellulare 3485639731 Fax 06 49810000 e-mail direzione@infoebit.it Qualifica Libero professionista
 Inquadramento CCNL Formatori interni Scaglieri 10 - Elemento
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scaglieri un elemento.
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 15 Totale compenso € 3000,00
 Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 Ore (D.P.R. 395/88)
 Numero Pasti 4 Totale spesa rimborso pasti € 110,94
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 Totale spesa pernottamento € 200,00
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 400,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

TUTOR n. 1

Ruolo Tutor Interno fuori orario di servizio
 Cognome Vallese Nome Maria Caterina
 Codice Fiscale VLLMCT67M48B354Q Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 08/08/1967
 Professione ECM Infermiere Disciplina ECM Formazione per l'immersione testo
 Telefono 0706093338 Cellulare 3493242870 Fax 0706093859 e-mail maricaterinavallese@asl8cagliari.it Qualifica Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere
 Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scaglieri un elemento.
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 7,30 Totale compenso € 107,76
 Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scaglieri 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/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Esterno
 Cognome Vallese Nome Maria Caterina
 Codice Fiscale VLLMCT67M48B354Q Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 08/08/1967
 Professione ECM Infermiere Disciplina ECM Formazione per l'immersione testo
 Telefono 0706093338 Cellulare 3493242870 Fax 0706093859 e-mail maricaterinavallese@asl8cagliari.it Qualifica Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere
 Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scaglieri un elemento.
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
 Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scaglieri 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): *Facoltà di Medicina Veterinaria*
- Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Si No

Riepilogo voci di spesa del corso

| | | |
|---|--|-------------------|
| A | Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti) | 3.107,76 |
| B | Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti) | 290,00 |
| C | Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti) | €300,00 |
| D | Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti) | €0,00 |
| E | Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti) | €0,00 |
| F | Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione) | € <i>///</i> |
| Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <i>A cura dell'Area Formazione</i> | | € 3.697,76 |

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze |
| <input checked="" type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza | <input type="checkbox"/> P.O. Marino |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <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 align="center">Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p> | <p><i>IBBA MARIA FRANCESCA</i></p> |
| <p align="center">Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p> | <p><i>Francesca</i> Dr.ssa M. Francesca Ibbas Responsabile Area Nursing</p> |

ASL8
NP/2016/ 0001696 del 22/01/2016 ore 08,27
Mittente Area Nursing

Assegnatario : DIREZIONE SANITARIA

Classifica : 21.



Al Direttore Sanitario ASL Cagliari

SEDE

Oggetto: Autorizzazione corso teorico-pratico sulla riorganizzazione dei turni di lavoro nel comparto sanità (aggiornato alle novità della legge di stabilità 2016 – L. 28/12/2015 n. 208) a seguito dell'obbligo di adeguamento alla legge comunitaria n. 161/2014: suggerimenti operativi compatibile con la nuova normativa

A

Con la presente si chiede l'autorizzazione all'organizzazione del corso in oggetto utile per analizzare le significative conseguenze di carattere organizzativo e gestionale derivanti dalla applicazione della legge comunitaria n. 161 del 2014.

Per il corso si intende incaricare il Dott. Michele Petrone (Consulente Enti Pubblici, Formatore EBIT nonché autore di numerose pubblicazioni in materia) che ha richiesto un compenso pari a 3000,00 euro per due giornate formative oltre alle spese di viaggio, vitto e alloggio.

Il corso verrà finanziato dal fondo della formazione strategica.

Distinti saluti.

Dott. ssa M. Francesca Ippa
Direttore S.C. Area Nursing

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

| | | |
|-----------------------------|--------------|--|
| AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI | | |
| AREA FORMAZIONE | | |
| | 29 GEN. 2016 | |
| SEGNA COME VISTO | | |