

## Allegato "A"

Presenza d'atto approvazione Progetto  
Formativo Aziendale: **"Formazione per i  
rappresentanti dei lavoratori per la  
sicurezza"**.

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

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 74 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)





## Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

**Titolo del Progetto: "Formazione per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza"**

**Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?**

**SI**

**Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante**

**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

	Data inizio	Data fine
Prima edizione	13/01/2016	22/01/2016

**N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento.**

### 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.**

**Sede Area Formazione ASL Cagliari.**

**Indirizzo via Caravaggio, sn - 09121 - Cagliari (CA)**

### Partecipanti



**Numero di partecipanti per edizione 35 Totale Partecipanti 35**

Riservato agli operatori del Servizio proponente - X Aperto a n. 20 operatori di altri Servizi ASL

X Aperto a n. 15 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 e 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"/> Alergologia ed Immunologia Clinica       | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio         | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive  | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico - Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica                      | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale             | <input checked="" type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input type="checkbox"/> Pediatria   |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione                 | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport                        | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza                   | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)   |
| <input type="checkbox"/> Angiologia                               | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia)      | <input type="checkbox"/> Medicina Interna  | <input type="checkbox"/> Psichiatria   |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria                   | <input type="checkbox"/> Medicina Legale                             | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare   | <input type="checkbox"/> Psicoterapia  |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia                           | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare                           | <input type="checkbox"/> Medicina Termale  | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica  |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia                              | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia                   | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia   | <input type="checkbox"/> Radioterapia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale                       | <input type="checkbox"/> Nefrologia                                  | <input type="checkbox"/> Nefrologia  | <input type="checkbox"/> Reumatologia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale             | <input type="checkbox"/> Neonatologia                                | <input type="checkbox"/> Neonatologia  | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica                     | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia                              | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia  | <input type="checkbox"/> Urologia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva       | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia                         | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia   | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare                      | <input type="checkbox"/> Neurologia                                  | <input type="checkbox"/> Neurologia  | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia   |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale                 | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile                  | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile  | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica  |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia              | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia                             | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia   | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica  |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico                    | <input type="checkbox"/> Oftalmologia                                | <input type="checkbox"/> Oftalmologia  | <input type="checkbox"/> Endocrinologia  |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Oncologia                                   | <input type="checkbox"/> Oncologia   | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione  |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica      | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base                         | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale  |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia                        | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia                   | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia   | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline   |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica                          | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria                        | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria  |  |
| <input type="checkbox"/> Geriatria                                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica           |  |  |  |

**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 o derivati  
 Sanità Animale

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

- Psicologia  Psicoterapia

## Progetto Formativo

### Area tematica

**Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro**

### Obiettivo formativo

L'Art 37 del D.Lgs 81/2008 s.m.i. prevede che il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza abbia una formazione particolare in materia di salute e sicurezza concernente i rischi specifici esistenti negli ambiti in cui esercita la propria rappresentanza, tale da assicurargli adeguate competenze sulle principali tecniche di controllo e prevenzione dei rischi stessi.

Tale iniziativa intende fornire adeguata formazione in merito ai principi giuridici comunitari e nazionali; la legislazione generale e speciale in materia di salute e sicurezza sul lavoro; i principali soggetti coinvolti e i relativi obblighi; definizione e individuazione dei fattori di rischio; valutazione dei rischi; individuazione delle misure tecniche, organizzative e procedurali di prevenzione e protezione; aspetti normativi dell'attività di rappresentanza dei lavoratori; nozioni di tecnica della comunicazione.

Tale percorso consentirà al Datore di Lavoro di ottemperare agli obblighi formativi previsti dalla suddetta norma attraverso un processo condiviso di acquisizione delle conoscenze e competenze

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

*Implementare la conoscenza sugli obblighi e sulle responsabilità delle figure che ricoprono profili di responsabilità relativi alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.*

#### B - Acquisizione competenze di processo:

*Fornire un'adeguata informazione e formazione sui rischi specifici e sulle corrette strategie direzionali fondamentali per la gestione del rischio.*

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

*Miglioramento dell'organizzazione del lavoro; Riduzione della patologia professionale e della morbilità nel personale. Maggiore sicurezza del paziente. Miglioramento della qualità dell'assistenza. Incremento della produttività.*

- *i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento*

### Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome Vargiu Nome Valerio

Codice Fiscale VRG VLR 67T27 B745S. Luogo di nascita Carbonia. Data di nascita 27/12/1967

Telefono 070 6093370. Cellulare -. Fax 070 6093242 e-mail [valeriovargiu@asl8cagliari.it](mailto: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.  
 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: 32 Minuti: 00

**Metodologie didattiche**

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>22</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 esperti guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>7</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>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>3</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/TUTOR n. 1**

Ruolo formatore.

Cognome Campagna. Nome Marcello

Codice Fiscale CMPMCL76R09B354S. Luogo di nascita Cagliari. Data di nascita 9/10/1976.

Telefono 0706754441. Cellulare 3294334054. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail miam.campagna@gmail.com. Qualifica Medico cel lavoro.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere 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 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/TUTOR n. 2**

Ruolo tutor.

Cognome Angius. Nome Natalia.

Codice Fiscale NGSNTL76L61I452G. Luogo di nascita Sassari. Data di nascita 21/1/76.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3421433641. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail angiusnatalia@tiscali.it. Qualifica Tecnico della prevenzione.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere 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 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/TUTOR n. 3**

Ruolo tutor.

Cognome Fabbri. Nome Daniele.

Codice Fiscale FBBDNL89L09B745T. Luogo di nascita Carbonia. Data di nascita 9/7/89.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3405503320. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail daniele.fabbri@hotmail.com Qualifica tecnico della prevenzione

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere 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 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/TUTOR n. 4**

Ruolo Formatore.

Cognome Uras Nome Michele.

Codice Fiscale RSUMHL84A01B354Y. Luogo di nascita Cagliari. Data di nascita 11/12/1984.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 340 8052973. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail michele\_uras@hotmail.com. Qualifica tecnico della prevenzione.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere 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 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 mobilità come da disposizioni aziendali: € 000,00

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

#### **FORMATORE/TUTOR n. 5**

Ruolo Tutor.

Cognome Sanna Nome Andrea Maurizio.

Codice Fiscale SNNRM91T\*4B354Q. Luogo di nascita Cagliari. Data di nascita 14/12/1991.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 340 2833848. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail andrea.sanna18@gmail.com. Qualifica tecnico della prevenzione.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere 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 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 mobilità come da disposizioni aziendali: € 000,00

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

8



### 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

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
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)	€
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<b>€</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<br><input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze | <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. Microcitemico<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<br><input type="checkbox"/> P.O. Businco |
|---|---|

### 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

<b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	VALERIO VARGIU S.O. SICUREZZA D.Lgs 81/08
<b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	