

**MODALITA' DI ISCRIZIONE
PER I DIPENDENTI
DELL'A.S.L. TO4**

**Inviare la scheda di iscrizione ai
corsi aziendali**

reperibile sul portale della Formazione
collegandosi al seguente indirizzo:

<http://formazioneaslto4.com>

**Area "Documentazione" Cartella
"Modulistica"**

alla **SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:**

S.C. FORMAZIONE SEDE DI CIRIE'

Tel. 011/9217443-305

Fax 011/9217433

e-mail:

mgiuliano@aslto4.piemonte.it

ENTRO IL 22 APRILE 2011

**MODALITA' DI ISCRIZIONE
PER GLI ESTERNI**

**COMPILARE LA SCHEDA DI
ISCRIZIONE ALLEGATA ED
INVIARLA ALLA SEGRETERIA
ORGANIZZATIVA:
S.C. FORMAZIONE SEDE DI CIRIE'**

La partecipazione al corso è
subordinata al pagamento
della QUOTA D'ISCRIZIONE
di € 48,00 (€ 40,00 + IVA € 8,00)
ESENTE IVA SE A CARICO DI UN
ENTE PUBBLICO

**LA PARTECIPAZIONE AL CORSO
E' GRATUITA PER I DIPENDENTI
DELL'A.S.L. TO4**

**N° 50 Partecipanti
(25 posti per i dipendenti
A.S.L. TO4 e
25 posti per gli esterni)**

All'evento sono stati attribuiti **6**
crediti ECM

**RESPONSABILI DEL CORSO
E SEGRETERIA SCIENTIFICA**

Dr. Raimondo CAVALLO

Responsabile

S.C. Medico Competente A.S.L. TO4

Dott.ssa Benita DELFINO

Coll. Prof. Esperto Assistente Sanitario
Serv. Medico Competente Asl To1 Est
e Serv. Prevenzione e Protez. Asl To 1

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Sig. Marco LEONE

Coll. Prof. Sanit. Assistente Sanitario

S.C. Medico Competente

A.S.L. TO4 Sede di Ciriè e Lanzo

Tel. 011/9217337-331

Presidente Associazione Nazionale

Assistenti Sanitari

Sez. Piemonte e Valle D'Aosta

S.C. FORMAZIONE SEDE DI CIRIE'

Tel. 011/9217443-305

Fax 011/9217433

e-mail: mgiuliano@aslto4.piemonte.it



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale



Sezione Piemonte e Valle d'Aosta

**Evento Formativo Regionale
Cod. E.C.M. 7180**

**PROFESSIONALITA', AUTONOMIA
E RESPONSABILITA'
DELL'ASSISTENTE SANITARIO**

18 MAGGIO 2011

ORE 8,00 – 17.30

SEDE DEL CORSO

**SALA RIUNIONI
PRESIDIO OSPEDALIERO RIUNITO
SEDE DI CIRIE' (TO)
VIA BATTITORE 7/9**

Sistema di Accreditamento ECM - Regione Piemonte

PREMESSA

Il lavoro dell'Assistente Sanitario in crescente evoluzione nel processo professionale, ha percorso il passaggio da un'attività subordinata e guidata dal mansionario ad un'attività professionale espressa nell'autonomia e nella responsabilità diretta. Operare nell'interesse del singolo o della collettività - oggi ancora più che nel passato - impone l'acquisizione di una consapevolezza sulle possibili conseguenze cui l'esercizio professionale espone. Gli aspetti medico-legali e assicurativi, la documentazione sanitaria e non, le decisioni degli interventi da intraprendere, la *malpractice* sanitaria, le congruenze e le incongruenze fra vecchio e nuovo percorso di studi nonché le relative ricadute sull'attività lavorativa, saranno alcuni dei temi che verranno sviluppati nel corso dell'iniziativa formativa.

OBIETTIVO DEL CORSO

L'articolazione del DM 69/97 (profilo dell'assistente sanitario) con la rivoluzionaria Legge 42/99 ha sancito e aperto gli spazi dell'autonomia, definendo il "campo di attività e responsabilità" sviluppati anche con gli ordinamenti didattici, nonché dei codici deontologici. Obiettivo primario del corso è quello di fornire gli adeguati strumenti di conoscenza giuridico normativa ed esperienziale per poter gestire l'autonomia trasferendola nell'attività lavorativa.

PROGRAMMA

8,00-8,30 Presentazione e obiettivi del corso

8,30-9,30 Professionalità, autonomia e responsabilità dell'A.S. nel processo di riforma delle professioni sanitarie: inquadramento generale e specifico. L'autonomia e il problema del limite. Ruolo della Federazione IPASVI

9,30-10,30 Responsabilità Professionale Sanitaria: - Morale – Legale

10,30-11,30 Responsabilità civile e disciplinare; accertamento della responsabilità professionale

11,30-12,30 Responsabilità civile e disciplinare; accertamento della responsabilità professionale. Casi reali

12,30-13,00 Aspetti assicurativi

Pausa pranzo

13,30-15,00 Responsabilità penale, civile, amministrativa e ordinistica: casistica di sentenze che hanno fatto storia

15,00-16,30 Analisi di sinistri significativi, tenuta della documentazione, riflessioni legali in ambito vaccinale, distrettuale, di medicina del lavoro,..

16,30-17,15 Congruenze e incongruenze fra vecchio e nuovo percorso di studio: discussione di casi reali

17,15-17,30 Valutazioni E.C.M.

DESTINATARI

ASSISTENTI SANITARI

DOCENTI

Dr. Moreno BERTONI

Direttore S.C. Medicina Legale
Asl To 1 e Responsabile del Civico
Obitorio di Torino

Dott.ssa Benita DELFINO

Collaboratore Professionale Esperto
Assistente Sanitario Servizio Medico
Competente Asl To1 Est e Servizio
Prevenzione e Protezione Asl To 1

Avv. Prof. Dario Vladimiro GAMBA

Patrocinante in Cassazione – Docente a
contratto di diritto pubblico e diritto del
lavoro c/o Università Cattolica,
"A. Gemelli" sede di Torino e di sociologia
dei processi economici e del lavoro c/o
Università degli Studi di Torino

Sig. Marco LEONE

Collaboratore Professionale Sanitario
Assistente Sanitario S.C. Medico
Competente A.S.L. TO4 Sede di Ciriè e
Lanzo - Presidente Associazione
Nazionale Assistenti Sanitari - Sezione
Piemonte e Valle D'Aosta

| | | |
|---|---|-----------------------|
| SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE |  A.S.L. TO4 Azienda Sanitaria Locale S.C. Formazione Aziendale - Sede di Ciriè Via Battitore 7/9 – 10073 Ciriè (TO) Telefono 011/9217443 / 305 / 322 Fax 011/9217433 e-mail: mgiuliano@aslto4.piemonte.it elanzone@aslto4.piemonte.it – fbosio@aslto4.piemonte.it | Codice: Iscr. Aziend. |
| | | Data: 13/01/2011 |
| | | Revisione: 1 |
| | | Pagina 3 |

SCHEDA DI ISCRIZIONE PER GLI ESTERNI
Si prega di compilare la presente scheda, in stampatello

**E.F.R. "PROFESSIONALITA', AUTONOMIA E RESPONSABILITA' DELL'ASSISTENTE SANITARIO"
18 MAGGIO 2011 - PRESIDIO OSPEDALIERO RIUNITO SEDE DI CIRIÈ (TO)
La partecipazione al corso è subordinata al pagamento della quota d'iscrizione
di € 48,00 (€ 40,00 + IVA € 8,00 - ESENTE IVA SE A CARICO DI UN ENTE PUBBLICO)**

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____ INDIRIZZO _____

CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____ N° TELEFONO _____

N° CELL. _____ POSTA ELETTRONICA _____

CODICE FISCALE _____ PROFESSIONE _____

LIBERO PROFESSIONISTA Richiesta Fattura: SI NO Intestata a: _____

Indirizzo _____ Partita I.V.A./Cod.Fiscale _____

DIPENDENTE: ENTE E STRUTTURA DI APPARTENENZA _____

ALTRO _____

DA COMPILARSI PER I DIPENDENTI CON QUOTA DI ISCRIZIONE DI € 40,00 A CARICO DELL'ENTE PUBBLICO:

Si autorizza l'emissione della fattura per la quota di partecipazione IVA esclusa, ai sensi della normativa vigente,

da intestare a : _____

Indirizzo _____ P.I./C.F. _____

TIMBRO E FIRMA DELL'ENTE PUBBLICO:

DATA _____

MODALITÀ DI ISCRIZIONE: Compilare la presente scheda e trasmetterla via fax al numero 011/9217433 entro il **29 APRILE 2011**.
Le iscrizioni saranno accettate in ordine cronologico, sino ad esaurimento dei posti disponibili.
L'accettazione delle iscrizioni è tacita, salvo differente comunicazione della S.C. Formazione Aziendale Sede di Ciriè (TO),
effettuata entro 3 gg. (lavorativi) dal ricevimento della presente.

MODALITÀ DI PAGAMENTO: Bonifico Bancario di € 48,00 intestato all'A.S.L. TO4 Via Po 11 10034 Chivasso (TO)
BANCA INTESA SAN PAOLO IBAN: IT97W0306930540100000304398 - Causale del versamento: cognome e nome del
partecipante - iscrizione E.F.R. "Professionalità, Autonomia e Responsabilità dell'Assistente Sanitario" del 18/05/2011".
ed invio della copia dell'avvenuto pagamento, via fax al n° 011/9217433, entro il **6 MAGGIO 2011**.

In caso di rinuncia o di mancata partecipazione la quota di iscrizione non verrà rimborsata.

Informativa e consenso del trattamento dei dati personali:

Si informa che ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003 i dati personali di cui alla seguente scheda verranno raccolti dall'Ufficio Formazione ECM in propria banca dati solo ed esclusivamente per le finalità e la gestione dei corsi ECM e realizzazione delle necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o cancellazione dei propri dati rivolgendosi al Responsabile nominato dall'Ufficio Formazione.

Dichiaro di essere stato informato e di acconsentire al trattamento dei miei dati personale come da informativa di cui sopra **Accenso**

DATA _____

FIRMA DEL PARTECIPANTE _____