UNIVERSITÀ DI FOGGIA

HR EXCELLENCE IN RESEARCH

SCHEDA CORSI DI PERFEZIONAMENTO ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE, *SUMMER* E *WINTER SCHOOL, SPECIFIC SKILL TRAINING* E *SHORT* MASTER A.A. 2021-2022

- ○ **Istituzione**
- ○ **Rinnovo**

A) ANALISI DELLE ESIGENZE FORMATIVE

A.1 - Denominazione del Corso

Percorso di Integrazione corso ASO – Assistente di Studio Odontoiatrico – Tipo B 210 ore

A.2 Finalità e caratteristiche del Corso

In seguito all'Accordo n. 209/CSR del 23.11.2017 recepito con DPCM 09 febbraio 2018 (GU n. 80 del 06.04.2018 concernente l'individuazione del profilo professionale dell'assistente di studio odontoiatrico, quale operatore d'interesse sanitario si è provveduto a organizzare il corso di qualifica Professionale A.S.O.: Assistente di studio odontoiatrico.
In coerenza con quanto disposto dall'art. 12 dell'Accordo, si è reso necessario provvedere al riconoscimento dei crediti formativi e titoli pregressi per la frequenza del corso di formazione per Assistente di studio odontoiatrico ASO che consentono di ridurre la durata del corso di formazione

B) PROGETTO FORMATIVO E ORDINAMENTO DIDATTICO DEL CORSO

B.1 - Sede/i di svolgimento

Aula dei Corsi di Perfezionamento della Clinica Odontoiatrica Universitaria.

Allegata dichiarazione del Direttore della struttura

B.2 - Struttura/e responsabile/i ex art. 3, comma 1, del Regolamento

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

Consiglio di Dipartimento del 16.11.2021

B.3 - Enti partecipanti ex art. 2, comma 2, del Regolamento (specificare gli Enti partecipanti e allegare le Convenzioni o i Protocolli d'Intesa)

B.4 - Data di inizio del corso (mese e anno)

Gennaio 2022

B.5 - Durata complessiva del corso

Lezioni frontali ore: 110

Lezioni in FAD ore:

Laboratori ore:

Esercitazioni ore:

Studio Individuale ore:

***Stage* ore: 100**

Prova Finale ore:

Totale ore: 210

B.6 - CFU fissati per il rilascio dell'attestato

B.7 - Conoscenze e abilità professionali strettamente attinenti al piano di studio del Corso che possono eventualmente dare luogo al riconoscimento di crediti in ingresso (purché non già utilizzate ai fini del conseguimento del titolo di accesso al Corso e comunque in misura non superiore a 1/4 del totale dei crediti previsti dal Corso)

Riduzione delle ore secondo le disposizioni previste dalla legge regionale

B.8 - Numero minimo e massimo di studenti ammissibili al Corso (Il personale tecnico-amministrativo dipendente dell'Università di Foggia, purché in possesso dei requisiti per l'ammissione, non concorre a formare il numero massimo di iscrivibili)

Minimo: 10

Massimo: 70

B.9 - Requisiti di ammissione:

Titoli di studio richiesti – Laurea/diploma scuola secondaria di II grado (per i titoli conseguiti ai sensi del DM n. 509/99 o del DM n. 270/2004 bisogna indicare la corrispondente numerazione e denominazione delle classi delle lauree; per i titoli conseguiti secondo gli ordinamenti previgenti indicarne la denominazione) e **ulteriori requisiti** (eventuale indicazione di ulteriori requisiti)

Titoli di studio richiesti:

Attestato di partecipazione al corso di aggiornamento professionale Assistente alla poltrona di studio odontoiatrico (frequentato presso un ente pubblico) valido solo per

l'a.a. 2017-2018) **Ulteriori requisiti:**

B.10 - Disposizioni sugli obblighi di frequenza (indicare eventuale percentuale di assenze possibili dall'attività didattica frontale e, ove previsto, dallo *stage* – massimo 30%)

Come da normativa regionale vigente

B.11 – Progettazione delle *Attività Didattiche*. Indicare l'articolazione e la denominazione delle attività formative (anche a distanza), quali insegnamenti, laboratori, esercitazioni, seminari, visite di studio ecc., il relativo SSD e la relativa ripartizione in CFU, ove previsti

N. progressivo	*Attività didattiche*	Tipo (es.: lezioni frontali, FAD, esercitazioni, ecc.)	SSD	N. ore attività assistita	N. ore studio individuale	CFU	Sede (struttura, aula)
	Elementi di sociologia e psicologia socio-relazionale	**lezioni frontali o on line**		**6**			**Clinica Odontoiatrica**
	Tecniche di analisi della clientela e elementi di customer satisfaction	**lezioni frontali o on line**		**6**			**Clinica Odontoiatrica**
	Elementi di legislazione socio-sanitaria e del lavoro	**lezioni frontali o on line**		**6**			**Clinica Odontoiatrica**

	Elementi di merceologia	**lezioni frontali o on line**		**10**			**Clinica Odontoiatrica**
	Elementi di chimica, biochimica e microbiologia	**lezioni frontali o on line**		**6**			**Clinica Odontoiatrica**
	Elementi di igiene	**lezioni frontali o on line**		**6**			**Clinica Odontoiatrica**
	Cenni di radiologia e di radioprotezione	**lezioni frontali o on line**	**MED28**	**6**			**Clinica Odontoiatrica**
	Disposizione generali in materia di protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori	**lezioni frontali o on line**		**6**			**Clinica Odontoiatrica**
	Elementi di informatica	**lezioni frontali o on line**	**MED28**	**6**			**Clinica Odontoiatrica**
	Trattamento dei dati personali in ambito sanitario, con particolare riguardo al trattamento dei dati sensibili	**lezioni frontali o on line**	**MED28**	**6**			**Clinica Odontoiatrica**
	Gestione e conservazione documentazione clinica e materiale radiografico	**lezioni frontali o on line**	**MED28**	**6**			**Clinica Odontoiatrica**
	Orientamento al Ruolo	**lezioni frontali o on line**	**MEd28**	**10**			
	Tecniche di assistenza nelle attività proprie dell'Odontoiatria	**lezioni frontali o on line**	**Med28**	**30**			

	Tirocinio formativo	**Stage**		**100**			**Clinica Odontoiatrica e strutture convenzionate**
	Totale	**Ore** 210				**CFU**	

B.12 - Descrizione dell'attività di *Stage*/Tirocinio, (ove previsto)
Illustrare gli elementi caratterizzanti l'attività di *stage*, in particolare:

- **Modalità di svolgimento**
- **Attività da compiere**
- **Enti, Aziende, Associazioni o Ordini Professionali, pubblici o privati, ospitanti**

(allegare le convenzioni con le strutture presso cui si svolgerà lo *stage* o, in mancanza, una lettera di intenti da cui risulti la disponibilità ad ospitare stagisti)

E' previsto uno stage presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università di Foggia e le Strutture convenzionate

Attività da compiere:
Le attività da svolgere sono principalmente:

- Ricevere ed accogliere i pazienti
- Preparare l'area di intervento clinico
- Assistere l'operatore durante l'esecuzione delle prestazioni
- Archiviare e catalogare il materiale radiografico ed iconografico del paziente
- Riordinare, pulire, disinfettare, sterilizzare, preparare lo strumentario e le attrezzature

Enti , Aziende, Associazioni o Ordini Professionali, pubblici o privati:
Clinica Odontoiatria Universitaria (in allegato la dichiarazione di disponibilità), l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico riuniti di Foggia" come da convenzione:N.188/2020 del 27/04/2020

B.13 - Descrizione dell'eventuale attività di Tutorato

Il tutor svolgerà attività di supporto ai discenti durante lo svolgimento delle attività di assistente alla poltrona fungendo, altresì, da raccordo con il Coordinatore ed il

Collegio dei docenti per la gestione di eventuali criticità o azioni correttive. Le risorse in dotazione alla Clinica Odontoiatrica Universitaria sono attualmente: 19 riuniti odontoiatrici, 1 segreteria, 1 sala di sterilizzazione.

B.14 - Attività di Valutazione dell'apprendimento

Modalità delle prove di verifica intermedie (ove previste) e della prova finale

Strumenti di verifica	**Descrizione**
Prova/e di ammissione ***(necessarie solo se si supera il numero massimo previsto di iscrivibili)***	☐ colloquio (punteggio minimo e massimo da attribuire). **minimo**: ..... **massimo** ..... (*Indicare in cosa consisterà la relativa prova*) Colloquio teso ad accertare la motivazione alla partecipazione e le conoscenze di base delle materie del corso.
Verifiche intermedie (ove previste) e prova finale	Lo studente verrà sottoposto ad una prova finale costituita da un elaborato su tematiche trattate nel percorso formativo. L'elaborato finale dovrà dimostrare le conoscenze acquisite dal discente durante il corso e verrà valutato in base alla chiarezza espositiva e alla completezza dell'argomento trattato.

B.15 - Modalità Operative

B.15.1 Tassa di iscrizione e contributi per la frequenza

Totale € 250,00

B.15.2 - Eventuali agevolazioni per studenti meritevoli: definizione dei criteri di merito cui attenersi

B.16 - Per i Corsi di area medica, allegare l'avvenuta autorizzazione della Direzione Generale delle strutture ospedaliere in cui si svolgono le attività formative, alla partecipazione degli studenti alle attività cliniche, diagnostiche e strumentali, anche su pazienti, previste dal piano formativo

C) ORGANIZZAZIONE E RISORSE

C.1 - Organi del Corso

C.1.1 - Coordinatore del Corso (che presiede il Comitato dei Garanti)

N.	Cognome	Nome	Qualifica	SSD	Dipartimento
1	Lo Muzio	Lorenzo	PO	Med/28	Medicina Clinica e sperimentale

C.1.2 – Comitato dei Garanti (almeno 3 professori/ricercatori di ruolo, di cui almeno uno appartenente all'Università di Foggia, che garantiscono la qualità del progetto formativo)

N.	Cognome	Nome	Qualifica	SSD	Dipartimento
	Lo Muzio	Lorenzo	PO	Med/28	Medicina Clinica e sperimentale
	Ciavarella	Domenico	PA	Med/28	Medicina Clinica e sperimentale
	Troiano	Giuseppe	Rtdb	Med/28	Medicina Clinica e sperimentale

Dichiarazione dei Docenti Garanti

Ai sensi dell'art. 3, del Regolamento di Ateneo sui Corsi di Perfezionamento ed Aggiornamento Professionale, *Summer* e *Winter School*, *Specific Skill Training* e *Short* Master, i sottoelencati docenti

dichiarano

la propria disponibilità ad assicurare la qualità del progetto formativo.

Foggia, ...

In fede

Prof. Lo Muzio Lorenzo firma .....;

Prof. Ciavarella Domenico	firma .....;
Prof. Troiano Giuseppe	firma .....;

C.2 Piano di fattibilità rispetto alle risorse disponibili

C.2.1 - Strutture (aule, sale studio, biblioteche, laboratori, ecc.)
La tabella deve dimostrare che le strutture sono sufficienti, tenendo conto dell'eventuale impiego che di esse è fatto nell'ambito degli ordinari corsi di studio (lauree, lauree specialistiche, dottorati, master, ecc.). Allegare una dichiarazione della struttura responsabile

Attività frontali: Aula dei Corsi di Perfezionamento della Clinica Odontoiatrica
Prova finale: Aula dei Corsi di Perfezionamento della Clinica Odontoiatrica
Allegata dichiarazione del Direttore della struttura

C.2.2 - Struttura o Personale di Supporto T.A. coinvolto

N.	Cognome	Nome	Qualifica	Struttura di afferenza e incarico da ricoprire nel Corso
	La Bella	Domenico	Personale TA	Polo di Odontoiatria Responsabile amministrativo del corso
	Tricarico	Nicola	Personale TA	Settore Alta formazione
	De Martino	Salvatore	Personale TA	Servizio informatico Polo Medicina/Odontoiatria Supporto informatico alle lezioni del corso sia in presenza che online
	Di Muzio	Roberto	Personale TA	Servizio Amministrazione e contabilità Dipartimenti Area Medica Supporto contabile

C.2.3 – Risorse docenti ed esperti interni ed esterni

C.2.3.1 - Insegnamenti da attribuire tramite procedure di affidamento diretto e/o di valutazione comparativa destinate a docenti universitari ed esperti interni

N.	SSD	Insegnamento o attività da svolgere nel Master	Ore
	MED28	Tecniche di assistenza nelle attività proprie dell'Odontoiatria	30

C.2.3.2 - Insegnamenti da attribuire tramite procedure di affidamento diretto e/o di valutazione comparativa destinate a studiosi o esperti esterni

N.	SSD	Insegnamento o attività da svolgere nel Master	
	MED28	Elementi di sociologia e psicologia socio-relazionale	**6**
	MED28	Tecniche di analisi della clientela e elementi di customer satisfaction	**6**
	MED28	Elementi di legislazione socio-sanitaria e del lavoro	**6**
	MED28	Elementi di merceologia	**10**
	MED28	Elementi di chimica, biochimica e microbiologia	**6**
	MED28	Elementi di igiene	**6**
	MED28	Cenni di radiologia e di radioprotezione	**6**
	MED28	Disposizione generali in materia di protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori	**6**
	MED28	Elementi di informatica	**6**
	MED28	Trattamento dei dati personali in ambito sanitario, con particolare riguardo al trattamento dei dati sensibili	**6**
	MED28	Gestione e conservazione documentazione clinica e materiale radiografico	**6**
	MED28	Orientamento al Ruolo	**10**

D) PIANO FINANZIARIO con indicazione della struttura didattica e/o scientifica di afferenza o altra struttura proponente di Ateneo che assume la gestione amministrativo-contabile del Corso.

Indicare le entrate (contributi richiesti ai frequentanti; contributi del Dipartimento o di altra struttura proponente; contributi di Enti Esterni; altre entrate) **e le uscite** (docenze interne; docenze esterne; funzionamento; investimenti.

Solo per i Corsi la cui iscrizione sia superiore ad € 250,00, le percentuali applicate al totale delle quote di iscrizione degli studenti da corrispondere nella misura del: 9% all'Ateneo, 8% al Fondo Comune di Ateneo, 1% al Fondo ex art. 90 del CCNL, 5% a favore della struttura responsabile della gestione del Corso)

Il piano finanziario deve garantire il pareggio dei conti

GESTIONE CONTABILE
indicare la struttura didattica e/o scientifica di afferenza o altra struttura proponente di Ateneo
VEDI TABELLA EXCELL ALLEGATA