

Deliberazione 261Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data - 8 FEB. 2017

**Oggetto:** Corso di formazione PFA ECM: "Infezioni correlate all'assistenza : elaborazione di un bundle per la prevenzione della Ventilator-Associated-Pneumonia (VAP)". Versamento del contributo per l'accREDITAMENTO del Progetto Formativo Aziendale.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal - 8 FEB. 2017 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

*Il Direttore Amministrativo*

|                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| IL DIRETTORE GENERALE    | Dott.ssa Graziella Pintus |
| Coadiuvato dal           |                           |
| Direttore Amministrativo | Dott.ssa Laura Balata     |
| Direttore Sanitario      | Dott. Vinicio Atzeni      |

**SU** proposta dell'Ufficio Formazione

**Premesso** che il 22 novembre 2016 si è regolarmente svolta la 1° edizione il PFA in oggetto, della UOC Anestesia e Rianimazione P:O: Businco rivolto agli Infermieri e Infermieri Pediatrici della Struttura;

**Considerato** che i soggetti pubblici riconosciuti come provider, in base a specifiche disposizioni normative (DGR Sardegna 52/94 del 23 dicembre 2011 e nota Assessorato Regionale della Sanità prot. n° 2777/2013) devono versare a favore della Regione Autonoma della Sardegna un contributo per l'accREDITAMENTO di ciascun evento formativo entro 90 giorni dalla data di fine erogazione dell'attività formativa;

**Preso atto** della conclusione della 1° edizione del suddetto Corso;

**Acquisito** il prospetto (che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale), elaborato dalla Regione Sardegna unitamente all'Agenzia Nazionale dei Servizi sanitari (AGE.NA.S.) dal quale risulta che il contributo da versare per l'accREDITAMENTO del corso in oggetto è pari a € 180,76;

**Ritenuto** di dover pertanto provvedere al pagamento dell'importo di € 180,76 a favore della Regione Autonoma della Sardegna a titolo di contributo spese per l'accREDITAMENTO del corso in oggetto;

**Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

Per i motivi espressi in premessa di:

- Provvedere al pagamento del contributo per l'accREDITAMENTO del PFA ECM: "Infezioni correlate all'assistenza : elaborazione di un bundle per la prevenzione della Ventilator-Associated-Pneumonia (VAP)", dell'importo di € 180,76 (centottanta euro 76 centesimi), sul conto di tesoreria n° 0305983, in essere presso la Tesoreria Provinciale dello Stato di Cagliari (Bankit) intestato alla Regione Autonoma della Sardegna (codice fiscale 80002870923).

- Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dell'ordinativo di pagamento pari a € 180,76 da imputare sul conto n° 0514031601.

- Disporre che nella causale dell'ordinativo di pagamento sia riportata la seguente dicitura: "ECM R09 - accREDITAMENTO Corso di formazione ECM: "Infezioni correlate all'assistenza : elaborazione di un bundle per la prevenzione della Ventilator-Associated-Pneumonia (VAP)" - Provider ID 4".

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott.ssa Laura Balata

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Vinicio Atzeni

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas



Regione Sardegna  
Organismo Regionale per  
la Formazione in Sanità

E.C.M.



agenas

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > [Inserisci Contributo](#)

ANITAMULAS [Log Out](#)

### Inserimento del contributo Evento

|                         |  |                      |    |
|-------------------------|--|----------------------|----|
| <b>Ragione Sociale:</b> | AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  | <b>Id Provider:</b>  | 4  |
| <b>Evento n°</b>        | 1919 (RES)   | <b>Edizione n°</b>   | 1  |
| <b>Titolo:</b>          | INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: ELABORAZIONE DI UN BUNDLE PER LA PREVENZIONE DELLA VENTILATOR-ASSOCIATED-PNEUMONIA (VAP) | <b>Riduzione:</b>    | SI |
| <b>Crediti:</b>         | 11   | <b>Partecipanti:</b> | 30 |

**Il contributo da versare è di C 180,76**  
**IBAN: girofondo su conto n. 0305983 presso la sezione di tesoreria provinciale dello Stato di Cagliari (bankit)**  
**Intestato a: REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
**Codice ad inizio causale: ECM R09**

**Modalità di pagamento:**  Conto Corrente Postale  Bonifico Bancario  Mandato di pagamento

#### Conto Corrente Postale

fac-simile di bollo dell'Ufficio Postale

|                                     |           |         |          |                 |
|-------------------------------------|-----------|---------|----------|-----------------|
| Ufficio Postale                     | 55/709 14 | Sezione | 13-02-03 | Data Versamento |
| Progressivo delle operazioni svolte | 0090      |         | €*33,00* | Importo Versato |
| Progressivo del CC postale          | VCY 0263  |         | €*1,00*  | Tassa Postale   |

Sezione :

Data Versamento :

(gg/mm/aaaa)

Ufficio Postale :

Progressivo operazioni svolte :

Importo Versato :

€

Progressivo CC postale :

Tassa postale :

€

Salva

Inoltra

[Documenti](#) [Normativa](#) [Assistenza](#) [Link utili](#)

Powered by [Age.Na.S.](#)

via Puglie, 23 - 00187 Roma - [SARDEGNA@PEC.AGENAS.IT](mailto:SARDEGNA@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc 97113690586

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI