



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 16 MAG. 2018

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione EFR ECM: "La gestione in team delle menomazioni cognitivo-comportamentali della persona con esiti di grave cerebro lesione acquisita". CIG ZD12396D99. Spesa complessiva € 6.000,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 16 MAG. 2018 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 della SSD Formazione

Acquisito il Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria;

Atteso che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale sanitario;

Considerato che l'Azienda, nello specifico la S.C di Neuroriabilitazione del P.O. San Michele vuole attivare il suddetto corso al fine di approfondire le tematiche della neuropsicologia per consentire l'individuazione precoce delle menomazioni cognitive o comportamentali ed il loro successivo trattamento;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2018 approvato con Deliberazione n° 284 del 07.02.2018;

Dato Atto che l'attività formativa è rivolta ai Medici, Psicologi, Infermieri, Fisioterapisti, Logopedisti, Terapisti Occupazionali e OSS sia dell'Azienda che esterni per un totale di 60 partecipanti suddivisi in due edizioni, sarà svolta da docenti esterni. La quota di iscrizione dei partecipanti esterni è pari a € 50,00 (cinquanta euro) più IVA;

Valutato l'evento formativo: "La gestione in team delle menomazioni cognitivo-comportamentali della persona con esiti di grave cerebro lesione acquisita" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

%



AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 1050 del 16 MAG. 2018

Verificati i preventivi dei docenti, allegati al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare l'EFR ECM: "Formare la Terapia Intensiva Aperta", rivolto ai Medici, Psicologi, Infermieri, Fisioterapisti, Logopedisti, Terapisti Occupazionali e OSS sia dell'Azienda che esterni per un totale di 60 partecipanti suddivisi in due edizioni.

2. Confermare che l'attività formativa sarà svolta da docenti esterni, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

4. Determinare che la spesa complessiva è di € 6.000,00 (seimila euro) annicomprensiva, sarà in parte coperta dalle quote delle iscrizioni dei partecipanti esterni, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.

5. Disporre in € 50,00 (cinquanta euro) più IVA i costi di iscrizione addebitabili a ciascun partecipante esterno. Il pagamento della quota di iscrizione è da versare interamente all'atto dell'iscrizione.

6. Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

7. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 6.000,00.

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



AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

AO BROTZU

NP/2018/3642

del 26/04/2018 ore 08,53

Mittente SSD Neuroabilitazione

Assignatario SSD Formazione

Classifica 1



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenzi:

Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE **X**
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE **□**

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

La gestione in team delle menomazioni cognitivo-comportamentali della persona con esiti di grave cerebri lesione acquisita

STRUTTURA PROPONENTE

SC NEURORIABILITAZIONE

OBIETTIVI

Il nostro reparto si occupa della riabilitazione dei postumi di GCA (grave cerebri lesione acquisita) ovvero un danno cerebriale dovuto a trauma cranioencefalico o ad altre cause (anossia cerebriale, emorragia, ecc.), tale da determinare una condizione di coma, più o meno protratto (ma comunque di durata superiore alle 24 ore), e menomazioni senso-motorie, cognitive o comportamentali, che conducono a disabilità. Il corso in oggetto si propone di approfondire le tematiche della neuropsicologia, per consentire l'individuazione precoce delle menomazioni cognitive o comportamentali ed il loro successivo trattamento.

CONTENUTI

Il corso gestito da un'equipe multidisciplinare affronterà le principali tematiche sulla valutazione neuropsicologica, la diagnosi neuropsicologica e la riabilitazione neuropsicologica.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Acquisire conoscenze e competenze di tipo che supportino il personale nell'esercizio della loro attività, tra cui la valutazione neuropsicologica, la diagnosi e la riabilitazione.

B) Acquisizione competenze di processo:

Acquisire conoscenze e competenze di tipo interdisciplinare per essere in grado di progettare, monitorare ed eseguire protocolli di riabilitazione dei deficit cognitivi e organizzare interventi atti a favorire il compenso funzionale, mediante l'utilizzazione delle abilità residue.

Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

AO Brotzu
Sede Ufficio Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Acquisire conoscenze e competenze che permettano la costruzione di progetti riabilitativi, con particolare attenzione al coinvolgimento e supporto della famiglia dei pazienti con esiti cognitivi o comportamentali, e che consentano di affrontare in maniera efficace le problematiche inerenti il rientro a domicilio e alla continuità assistenziale sul territorio di vita del paziente.

TIPOLOGIA DI EVENTO:**A) FORMAZIONE RESIDENZIALE**

- Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)
- Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)
- Conferenza (minimo 4 ore)
- Corso (minimo 4 ore)
- Retraining

SEDE DI SVOLGIMENTO

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI NO

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura _____

SPAZI NECESSARI

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)
- Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
- Aula con capienza di n. _____ partecipanti
- Sala conferenza per n. _____ partecipanti
- Altro (specificare) _____

AUSILI DIDATTICI



- LAVAGNA LUMINOSA
 LAVAGNA A FOGLI MOBILI
 PC
 VIDEOPROIETTORE
 ALTRO DA SPECIFICARE _____

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI NO

Se **Si**, indicare le date di inizio e fine, se **No**, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista.
Indicare numero massimo dei partecipanti per edizioni.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	30	05/06/18	06/06/18
2	30	07/06/18	08/06/18

PROFESSIONI

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

PROFESSIONI SANITARIE

- Farmacista** n. _____
 Ospedaliera n. _____
 Farmacia Territoriale n. _____

Medico chirurgo

n. _____



Angiologia

n. _____



<input type="checkbox"/> <i>Cardiologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Dermatologia e Venereologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Ematologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Endocrinologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Gastroenterologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Genetica Medica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Geriatrics</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Malattie Metaboliche e Diabetologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Malattie dell' Apparato Respiratorio</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Malattie Infettive</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza</i>	<i>n. _____</i>
X <i>Medicina Fisica e Riabilitazione</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Termale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina Aeronautica e Spaziale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Medicina dello Sport</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Nefrologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Neonatologia</i>	<i>n. _____</i>
X <i>Neurologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Neuropsichiatria Infantile</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>	<i>n. _____</i>



<input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica	n. _____
<input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare	n. _____
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	n. _____
<input type="checkbox"/> Oftalmologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	n. _____
<input type="checkbox"/> Urologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	n. _____
<input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione	n. _____
<input type="checkbox"/> Biochimica Clinica	n. _____
<input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica	n. _____
<input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina TrASFusionale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Legale	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Nucleare	n. _____
<input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Neuroradiologia	n. _____
<input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)	n. _____
<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica	n. _____
<input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	n. _____
<input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro	n. _____
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (Medici di Famiglia)	n. _____
<input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale	n. _____
<input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di libera scelta)	n. _____
<input type="checkbox"/> Scienza dell'alimentazione e dietetica	n. _____



- Direzione medica di presidio ospedaliero* n. _____
- Organizzazione dei servizi sanitari di base* n. _____
- Audiologia e Foniatria* n. _____
- Psicoterapia* n. _____
- Privo di Specializzazione* n. _____
- Odontoiatra** n. _____
- Psicologo – Psicoterapeuta** n. _____
- Psicoterapia* n. _____
- Psicologia* n. _____
- Laureati non medici (specificare)**
- _____ n. _____
- _____ n. _____
- _____ n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- Infermiere* n. _____
- Infermiere pediatrico* n. _____
- Ostetrica/o* n. _____

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

- Podologo* n. _____
- Fisioterapista** n. _____
- Logopedista** n. _____
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia* n. _____
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva* n. _____
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica* n. _____
- Terapista Occupazionale** n. _____
- Educatore Professionale* n. _____

PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE

- Assistente Sanitario* n. _____



Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro

n. _____

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare

n. _____

Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico

n. _____

Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

n. _____

Tecnico Audiometrista

n. _____

Tecnico Audioprotesista

n. _____

Tecnico di Neurofisiopatologia

n. _____

Tecnico Ortopedico

n. _____

Dietista

n. _____

Igienista Dentale

n. _____

X OSS

n. _____

TUTTE LE PROFESSIONI

n. _____

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)**

X ASL n. _____

Strutture private

X *Altri enti o amministrazioni pubbliche*

DURATA E ARTICOLAZIONE

(Indicare la durata complessiva del progetto formativo con riferimento alle ore effettive di formazione previste dai vari eventi in cui si articola il progetto).

Durata complessiva dell'attività formativa: Ore 13

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI X NO



MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.
(Barrare le caselle d'interesse)

- Fotocopie di testi
- Slides
- Testi/libri
- Riviste
- Cd
- Altri supporti

VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

- Prova Pratica
 - Role playing con griglia
 - Prova manuale
- Prova orale
 - Strutturata
 - Non strutturata
- Prova scritta
 - tema
 - saggio
 - tesina
 - altro

Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)

Project Work

VOCI DI SPESA



Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	€ 4000
Pernottamento	€ 1000
Pasti	€ 500
Spese di viaggio	€ 500
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 6000

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: _____ €
Quote di iscrizione: _____ € 50

RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI

Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di

Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

AO Brotzu
Sede Ufficio Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it



assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Dati del Responsabile Scientifico:

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

Nome	ANNARITA	Cognome	DIANA
Qualifica	MEDICO FISIATRA		
Struttura	NEURORIABILITAZIONE		
Telefono	070539306	Cellulare	
Fax		email	annaritadiana@aob.it

Nome	FELICITA	Cognome	PILIA
Qualifica	MEDICO FISIATRA		
Struttura	NEURORIABILITAZIONE		
Telefono	070539306	Cellulare	
Fax		email	felicitaquila@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	ANTONELLA	Cognome	BERGONZONI
Telefono	0532/236872	Cellulare	328/8426385
Fax		email	a.bergonzoni@ospfe.it
Curriculum			

Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome	TIZIANA	Cognome	TOSINI
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

A) Motivazione della scelta scientifica:



Il corso nasce per rispondere all'esigenza di tutta l'equipe della Neuroriabilitazione (Medici, infermieri, Psicologo, Fisioterapisti, Logopedisti, OSS) di essere aggiornati sull'ambito Neuropsicologico.

B) Motivazione della scelta economica:

La scelta economica è conforme a quanto stabilito nel regolamento aziendale e risulta essere meno onerosa della trasferta di altrettanti dipendenti per poter seguire corsi analoghi.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

I docenti del corso sono operatori altamente esperti del tema trattato nel corso, avendo esperienza pluriennale sia come professionisti sanitari che come formatori.

A) Docenti Interni:

in orario di servizio

fuori orario di servizio

B) Docenti Esterni:

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, 60 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

Luogo:

Data

(gg/mm/aaaa):

**Nome e cognome (in stampatello)****Direttore Generale****Timbro e Firma (leggibile)****Direttore Generale**

Graziella Pintus
 AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Graziella Pintus

Timbro e Firma (leggibile)**Responsabile Scientifico**

Felicità Pilio
 AO Brotzu - Cagliari
 S.C. di NEURORIABILITAZIONE
 LO SPECIALISTA FISIATRA
 Dott.ssa Felicità Pilio

Annarita Diana

AO Brotzu - Cagliari
 S.C. DI NEURORIABILITAZIONE
 LO SPECIALISTA FISIATRA
 Dott.ssa Annarita Diana

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa,
 (Struttura Complessa, Struttura Semplice
 Dipartimentale)

Timbro e Firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa
 (Struttura Complessa, Struttura Semplice
 Dipartimentale)

MARCO MONTICONE

AO Brotzu - Cagliari
 S.C. di Neuroriabilitazione
 Il Direttore
 Prof. Marco Monticone

Nome e cognome (in stampatello)**Il Direttore del Dipartimento****Timbro e Firma (leggibile)****Il Direttore del Dipartimento**

X IL DOTT. M. MELIS
 DOTT. C. CONTI

Nome e Cognome (In stampatello)**Responsabile Ufficio Formazione****Timbro e firma (leggibile)**

AO Brotzu - Cagliari
 UFFICIO FORMAZIONE
 Resp.: Dott. Andrea Corrias

NOTE:**Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):**

- 1) Progetto;
- 2) Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;
- 3) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);
- 4) Programma ecm

Allegare in formato cartaceo

- 1) Preventivi;
- 2) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale



EFR: "La gestione in team delle menomazioni cognitivo-comportamentali della persona con esiti di grave cerebrolesione acquisita"

1° Edizione - 05-06 giugno 2018

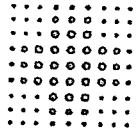
2° Edizione - 07-08 giugno 2018

Programma didattico dettagliato

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine	1° GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	08.30	09.30	Cenni Neurofisiopatologici della Grave Cerebrolesione Acquisita	RTP	BERGONZONI	TOSINI
Dettaglio 2	9.30	10.30	Le Menomazioni Cognitive (Attentive, Mnesiche, Esecutive, Gnosiche)	RTP	BERGONZONI	TOSINI
Dettaglio 3	10.30	11.30	Le Menomazioni Comportamentali	RTP	BERGONZONI	TOSINI
Dettaglio 4	11.30	12.30	Strumenti per seguire il recupero della coscienza e delle funzioni cognitivo-comportamentali dopo il coma: Coma Recovery Scale –R Levels of Cognitive Functioning	RTP	TOSINI	BERGONZONI
Dettaglio 5	12.30	13.30	Discussione	CD	BERGONZONI TOSINI	
	13.30	14.30	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.30	17.30				
Dettaglio 1	14.30	15.30	L'impatto delle menomazioni cognitivo comportamentali sulla definizione del Progetto Riabilitativo individuale e sulla realizzazione dei programmi riabilitativi nei diversi setting (reparto, palestra)	RTP	BERGONZONI	TOSINI
Dettaglio 2	15.30	16.30	Strumenti di valutazione del team delle Menomazioni Cognitive e Comportamentali : Functional Independence Measure Agitated Behavior Scale	ED	BERGONZONI TOSINI	



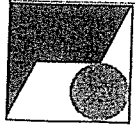
Dettaglio 3	16.30	17.30	Il condizionamento cognitivo-comportamentale da parte del team: il ruolo dei singoli operatori della riabilitazione	CD	BERGONZONI TOSINI	
Sessione 1 <i>mattina</i>	Inizio	Fine	2° GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	08.30	09.30	Cenni ai programmi neuropsicologici più specifici	RTP	TOSINI	BERGONZONI
Dettaglio 2	09.30	10.30	Il ruolo della famiglia all'interno del team riabilitativo	RTP	BERGONZONI	TOSINI
Dettaglio 3	10.30	11.30	Proiezione di video riguardanti casi clinici	RTP	BERGONZONI	TOSINI
Dettaglio 4	11.30	12.30	Proiezione di video riguardanti casi clinici	DT	BERGONZONI	TOSINI
Dettaglio 5	12.30	13.00	Discussione	CD	BERGONZONI TOSINI	
Dettaglio 6	13.00	13.30	Conclusione dei lavori e verifica apprendimento	RTP	BERGONZONI	TOSINI



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.



UNITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE/RIABILITAZIONE
SETTORE: MEDICINA RIABILITATIVA - SAN GIORGIO
Direttore: Prof. Nino Basaglia

Modulo di Neuropsicologia Riabilitativa
Responsabile: Dott.ssa Antonella Bergonzoni

AO BROTZU

PG/2018/6961

del 19/03/2018 ore 14,25

Mittente BERGONZONI ANTONELLA

Assegnatario Ufficio Formazione



Ferrara 21.02.2018

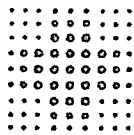
In relazione al Corso di Formazione programmato presso l'Ospedale Brotzu di Cagliari dal titolo: "LA GESTIONE IN TEAM DELLE MENOMAZIONI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI DELLA PERSONA CON ESITI DI GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA" che si terrà ripetuto in due edizioni: dal 05.06 al 06.06 e dal 07 al 08.06.2018 della durata di 12 ore per ciascuna edizione, la sottoscritta dott.ssa Antonella Bergonzoni, quale docente del corso medesimo, richiede l'attribuzione del seguente compenso in base alle linee guida di indirizzo previste dal tariffario regionale di cui alla D.G.R n. 32/79 del 24.07.2012:

100 euro/ora lorde

In aggiunta al rimborso delle spese di viaggio, vitto e alloggio sostenute.

In fede

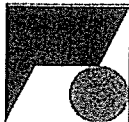
Dott.ssa Antonella Bergonzoni



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



università di Ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.



UNITÀ DI MEDICINA RIABILITATIVA
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE/RIABILITAZIONE
SETTORE: MEDICINA RIABILITATIVA – SAN GIORGIO
Direttore: Prof. Nino Basaglia

AO BROTZU

PG/2018/6960 del 19/03/2018 ore 14,24

Mittente TOSINI TIZIANA

Assegnatario Ufficio Formazione

Modulo di Neuropsicologia Riabilitativa
Responsabile: Dott.ssa Antonella Bergonzoni



Ferrara 21.02.2018

In relazione al Corso di Formazione programmato presso l'Ospedale Brotzu di Cagliari dal titolo: "LA GESTIONE IN TEAM DELLE MENOMAZIONI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI DELLA PERSONA CON ESITI DI GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA" che si terrà ripetuto in due edizioni: dal 05.06 al 06.06 e dal 07 al 08.06.2018 della durata di 12 ore per ciascuna edizione, la sottoscritta Tiziana Tosini, quale docente del corso medesimo, richiede l'attribuzione del seguente compenso in base alle linee guida di indirizzo previste dal tariffario regionale di cui alla D.G.R n. 32/79 del 24.07.2012:

80 euro/ora lorde

In aggiunta al rimborso delle spese di viaggio, vitto e alloggio sostenute.

In fede

Tiziana Tosini

