

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 14 NOV. 2018

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Infusione continua di farmaci con dispositivo elastomerico: realizzazione di una procedura operativa per l'allestimento". Spesa complessiva € 309,84.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 15 NOV. 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 Terapia del Dolore del P.O. Businco ha attivato il suddetto corso al fine di realizzare una procedura operativa per l'allestimento di un dispositivo elastomerico per l'infusione continua di farmaci per la terapia del dolore. Standardizzare le fasi operative della procedura di allestimento del dispositivo elastomerico in uso in terapia del dolore ha il fine di ridurre i rischi per il paziente aumentando la qualità e la sicurezza della prestazione erogata;

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

**Ritenuto** che l'attività formativa rivolta agli Infermieri della Terapia del Dolore del P.O. Businco, per un totale 7 partecipanti, è stata svolta da docenti interni fuori dall'orario di servizio;

**Valutato** il progetto formativo: "Infusione continua di farmaci con dispositivo elastomerico: realizzazione di una procedura operativa per l'allestimento", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**Ritenuto** altresì di dover liquidare a favore del docente interno la somma pari a € 309,84 come da schema allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.



AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 2416 del 14 NOV. 2018

- Ritenuto** altresì di dover liquidare a favore del docente interno la somma pari a € 309,84 come da schema allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale
- Vista** la nota Prot. N° 24189 del 05.10.2018 del Responsabile Scientifico, allegata al presente atto, attestante che il docente ha regolarmente svolto le lezioni;
- Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

### DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il PFA ECM: "Infusione continua di farmaci con dispositivo elastomerico: realizzazione di una procedura operativa per l'allestimento", rivolto agli Infermieri della Terapia del Dolore del P.O. Businco.
2. Di disporre che a favore del docente interno venga liquidata la somma pari a € 309,84 come da schema allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
3. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento del docente interno.
4. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 309,84.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

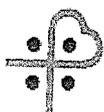
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus



Al Sig. Direttore Generale

**RICHIESTA:**

- EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE X**

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

"Infusione continua di farmaci con dispositivo elastomerico: realizzazione di una procedura operativa per l'allestimento"

**STRUTTURA PROPONENTE**

TERAPIA DEL DOLORE

**OBIETTIVI**

Il progetto si propone di realizzare una procedura operativa per l'allestimento di un dispositivo elastomerico per l'infusione continua di farmaci per la terapia del dolore. Standardizzare le fasi operative della procedura di allestimento del dispositivo elastomerico in uso in terapia del dolore ha il fine di ridurre i rischi per il paziente aumentando la qualità e la sicurezza della prestazione erogata.

**CONTENUTI** (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)**A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**

acquisizione e miglioramento di abilità tecniche per l'allestimento del dispositivo elastomerico per l'infusione continua di farmaci per la terapia del dolore

**B) Acquisizione competenze di processo:**

acquisire competenze per la gestione del processo di preparazione e allestimento di un dispositivo elastomerico per l'infusione continua di farmaci per la terapia del dolore.

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Acquisizione di competenze volte a ridurre i rischi e aumentare la qualità e la sicurezza per il paziente

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

- Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)
- Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)
- Conferenza (minimo 4 ore)
- xCorso (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 \_\_\_\_\_

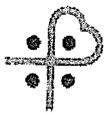
**SPAZI NECESSARI**

(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) sala riunioni terapia del dolore

**AUSILI DIDATTICI**

- LAVAGNA LUMINOSA
- LAVAGNA A FOGLI MOBILI
- X PC
- VIDEOPROIETTORE
- ALTRO DA SPECIFICARE \_\_\_\_\_

**EDIZIONI E DATE**

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI  NOX

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	7	3/05/2018	7/06/2018

**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. \_\_\_\_\_

**Cardiologia**

n. \_\_\_\_\_

**Dermatologia e Venereologia**

n. \_\_\_\_\_

**Ematologia**

n. \_\_\_\_\_

**Endocrinologia**

n. \_\_\_\_\_

**Gastroenterologia**

n. \_\_\_\_\_

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](mailto:ufficioformazione@aob.it)

AO Brotzu

Sede Ufficio Formazione

Corpo G 1° piano

Via Edward Jenner

09121 Cagliari

[www.aob.it](http://www.aob.it)



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



- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i>   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina TrASFusionale</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>                                       | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>                                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i>                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta )</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>  | n. _____ |
| <br>  |          |
| <input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i>                                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i>                                   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i>  | 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. 7
- Infermiere pediatrico* n. \_\_\_\_\_
- Ostetrica/o* n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

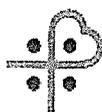
- Podologo* n. \_\_\_\_\_
- Fisioterapista* n. \_\_\_\_\_
- Logopedista* n. \_\_\_\_\_
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia* n. \_\_\_\_\_
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica* n. \_\_\_\_\_
- Terapista Occupazionale* n.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



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1

Pag. 7 a 11

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Sanitario di Radiologia Medica</i>  | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audiometrista</i>                   | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audioprotesista</i>                 | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico di Neurofisiopatologia</i>          | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Ortopedico</i>                      | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Dietista</i>                                | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igienista Dentale</i>                       | n. _____ |
| <br>  |          |
| <input type="checkbox"/> <b>TUTTE LE PROFESSIONI</b>                    | n. _____ |

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**  
*(indicare esterni)*

- ASL n. \_\_\_\_\_
- Strutture private*
- Altri enti o amministrazioni pubbliche*

**DURATA E ARTICOLAZIONE**

*Il progetto si articola in 4 incontri da tre ore ciascuno*

*Durata complessiva dell'attività formativa: Ore 12 ore*

**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.*

<i>Docenza</i>	€ 310.00
<i>Pernottamento</i>	€
<i>Pasti</i>	€
<i>Spese di viaggio</i>	€
<i>Altro:</i>	
<i>1. materiale didattico</i>	€
<i>2. costo accreditamento</i>	€
<i>Totale</i>	€

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

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](mailto:ufficioformazione@aob.it)

AO Brotzu  
Sede Ufficio Formazione  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)



Emissione 28/06/2016  
Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.1  
Pag. 9 a 11

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: \_\_\_\_\_ €  
Quote di iscrizione: \_\_\_\_\_ €

**RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI**

Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di 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	SANDRA	Cognome	BARGONE
Qualifica	infermiera		
Struttura	Ufficio formazione		
Telefono	07052965575	Cellulare	3397808244
Fax		email	sandrabargone@aob.it

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	SANDRA	Cognome	BARGONE
Telefono	07052965575	Cellulare	3397808244
Fax		email	sandrabargone@aob.it
Curriculum			

Nome	FRANCESCA	Cognome	GESSA
Telefono	07052965581	Cellulare	3480346146
Fax		email	mariaf.gessa@aob.it
Curriculum			

Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

**A) Motivazione della scelta scientifica**

Necessità di aggiornare le conoscenze in materia di infusione continua con elastomero secondo le più recenti evidenze scientifiche.

**B) Motivazione della scelta economica:**

La spesa prevista risulta economicamente vantaggiosa, in funzione del fatto che i docenti sono tutti interni.

**C) Motivazione della scelta dei docenti:**

I docenti hanno esperienza negli argomenti oggetto del corso.

**A) Docenti Interni:**

in orario di servizio

fuori orario di servizio

**B) Docenti Esterni:** 

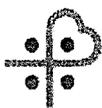
La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, **60 giorni prima** dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

**Luogo:****Data (gg/mm/aaaa):**

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](mailto:ufficioformazione@aob.it)

AO Brotzu  
Sede Ufficio Formazione  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)

**Direttore Generale****Timbro e Firma (leggibile)****Direttore Generale**

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa *Maria Pinus***Timbro e Firma (leggibile)****Responsabile Scientifico**

SANDRA BARGONE

**Nome e cognome (in stampatello)**Il Responsabile della struttura organizzativa,  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)

AO Brotzu - Cagliari

P.O. BUSINCO

S.C. TERAPIA DEL DOLORE  
Dr. Sergio Mameli - 748879**Timbro e Firma (leggibile)**Il Responsabile della struttura organizzativa  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)**Nome e cognome (in stampatello)**

Il Direttore del Dipartimento

**Timbro e Firma (leggibile)**

Il Direttore del Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari

DIREZIONE SANITARIA P.O. BUSINCO

Dirigente Sanitario

Dott.ssa M. Teresa Addis

**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

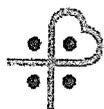


PFA: "Infusione continua di farmaci con dispositivo elastomerico: realizzazione di una procedura operativa per l'allestimento"

Edizione 1 - Dal 03/05/2018 al 07/06/2018

**Programma didattico dettagliato**

Giorno 1	Inizio	Fine	12 Aprile 2018	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	15.00	15.30	Presentazione del corso	RTP	BARGONE S	GESSA F
Dettaglio 2	15.30	16.30	Le vie di infusione continua tramite dispositivo elastomerico	ED	GESSA F BARGONE S	
Dettaglio 3	16.30	18.00	Analisi del contesto e dello stato dell'arte in terapia del dolore	ED	BARGONE S GESSA F	
<b>Giorno 2</b>			<b>3 Maggio 2018</b>			
Dettaglio 1	15.00	17.00	La gestione infermieristica degli elastomeri	LPG	BARGONE S GESSA F	
Dettaglio 2	17.00	18.00	Ricerca sul web e Lettura della letteratura scientifica Nazionale e internazionale inerente l'argomento	ED	GESSA F BARGONE S	
<b>Giorno 3</b>			<b>31 Maggio 2018</b>			
Dettaglio 1	15.00	18.00	Esercitazioni pratiche da parte dei partecipanti	ED	BARGONE S GESSA F	
<b>Giorno 4</b>			<b>7 Giugno 2018</b>			
Dettaglio 1	15.00	17.30	Stesura della procedura (Project work)	ED	BARGONE S GESSA F	
Dettaglio 2	17.30	18.00	Conclusione dei lavori e questionari ECM	RTP	BARGONE S	GESSA F



Cagliari 05.10.2018

Spett.le SSD Formazione

Prot. N. 24189 del 05/10/2018

**OGGETTO:** PAF: INFUSIONE CONTINUA DI FARMACI CON DISPOSITIVO ELASTOMERICO:  
REALIZZAZIONE DI UNA PROCEDURA OPERATIVA PER L'ALLESTIMENTO

In relazione al corso in oggetto, che si è svolto il 3-17- 31 maggio 2018 e il 7 giugno 2018 dalle 15 alle 18 ( per un totale di 12 ore) nella sala riunioni della terapia del dolore del PO Businco, si dichiara che, il corso si è svolto regolarmente secondo il programma scientifico, e che i discenti hanno partecipato attivamente alla stesura del project work finale.

Inoltre, si dichiara che la Docente Dott.ssa Maria Francesca Gessa rinuncia al compenso e pertanto la sua docenza è da considerarsi gratuita. Mentre alla docente Dott.ssa Sandra Bargone verrà corrisposto un compenso pari a € 309.84 (12 ore x 25,82), che risulta congruo rispetto a quanto preventivato.

Il Responsabile Scientifico

ELENCO DOCENTI INTERNI

Corso ECM: "Infusione continua di farmaci con dispositivo elastomerico:  
realizzazione di una procedura operativa per l'allestimento"

Anno 2018

Cognome	Nome	Data Nascita	Luogo di Nascita	C. F.	N° Ore docenza	Importo	Totale
Bargone	Sandra	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	12	25,82	309,84
Totale						€	309,84

AO Broizu - Cagliari  
SSD FORMAZIONE  
Resp.: Dott. Andrea Corrias,

