

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 14 NOV. 2018

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "La Riabilitazione delle Patologie Traumatiche e Degenerative della Spalla". Spesa complessiva € 1.500,00. CIG Z9425BE31A

Publicata 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 S.S.D. Servizio Riabilitazione del P.O. San Michele vuole attivare il suddetto corso al fine di approfondire la conoscenza riabilitativa delle principali patologie di spalla, che sia per frequenza e per particolare specificità afferiscono al Servizio, con aggiornamento sui nuovi approcci terapeutici per completamento della formazione sulla rieducazione dell'arto superiore già iniziato nel 2017;

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 e Fisioterapisti della Struttura, per un totale di 40 partecipanti, sarà svolta sia da docenti interni che da docenti esterni come da elenco autorizzato nel progetto che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Vista l'offerta economica Prot. N° NP/2018/8589 del Dott. Francesco Inglese che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Verificato il progetto formativo: "La Riabilitazione delle Patologie Traumatiche e Degenerative della Spalla" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

%

Segue deliberazione n. 2417 del 14 NOV. 2018

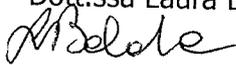
Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di autorizzare il PFA ECM: "La Riabilitazione delle Patologie Traumatiche e Degenerative della Spalla" rivolto ai Medici e Fisioterapisti della Struttura, per un totale 40 partecipanti.
2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta sia da docenti esterni che da docenti interni come da elenco autorizzato nel progetto che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
3. Di determinare che la spesa complessiva è di € 1.500,00 (millecinquecento euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2018.
4. Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
5. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 1.500,00.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata



IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni



IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus





PROT. INT. n° 75/2018

Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:**EVENTO FORMATIVO REGIONALE** **PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE** **TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO***La Riabilitazione delle Patologie Traumatiche e Degenerative della Spalla***STRUTTURA PROPONENTE***S.S.D. Servizio Riabilitazione Ospedale S.Michele AO Brotzu***OBIETTIVI***Approfondire la conoscenza riabilitativa delle principali patologie di spalla, che sia per frequenza e per particolare specificità afferiscono al nostro servizio, con aggiornamento sui nuovi approcci terapeutici per completamento della formazione sulla rieducazione dell'arto superiore già iniziato nel 2017***CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)***Analisi delle patologie della spalla che per l'innovazione dei trattamenti chirurgici necessitano di nuovi approcci terapeutici-riabilitativi***A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:***Approfondimento e acquisizione di tecniche Riabilitative, adeguate ed aggiornate, secondo recenti protocolli e linee guida***B) Acquisizione competenze di processo:***APPROPRIATEZZA delle PRESTAZIONI SANITARIE con SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA e MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA***C) Acquisizione competenze di sistema:***APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA, DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE con alte competenze da parte di tutti i professionisti della struttura sulla rieducazione delle varie patologie di spalla riportate nel programma.*

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

- Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)
- Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)
- Conferenza (minimo 4 ore)
- X 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)
- X Aula con capienza di n. 40 partecipanti
- Sala conferenza per n. _____ partecipanti
- Altro (specificare) _____

AUSILI DIDATTICI

- LAVAGNA LUMINOSA
- X LAVAGNA A FOGLI MOBILI
- X PC
- X 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	40	23/11/18	24/11/18

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. _____
- Cardiologia** n. _____
- Dermatologia e Venereologia** n. _____
- Ematologia** n. _____
- Endocrinologia** n. _____
- Gastroenterologia** n. _____



<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>
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Medicina Fisica e Riabilitazione</i>	<i>n. <u>10</u></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>
<input type="checkbox"/> <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"/> <i>Chirurgia Toracica</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>	<i>n. _____</i>
<input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i>	<i>n. _____</i>



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



- 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. 30
- 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. _____



Emissione 28/06/2016
Revisione 27/06/2018

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.2
Pag. 7 a 13

- | | |
|--|--------------|
| <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. _____ |
| <input type="checkbox"/> TUTTE LE PROFESSIONI | n. <u>40</u> |

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(*indicare esterni*)

- ASL n. _____
 Strutture private
 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 16

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI 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*
- X 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	€ 50 X 16 ORE 800,00 EURO
Pernottamento	€ 240,00 (PER 3 NOTTI)
Pasti	€ 100,00
Spese di viaggio	€ 280,00 circa
Altro:	
1. materiale didattico	€ 80,00
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 1500,00

FONTI DI FINANZIAMENTO

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	<u>Pietro</u>	Cognome	<u>Braina</u>
Qualifica	<u>Fisiatra</u>		
Struttura	<u>S.S.D. Riabilitazione Az. Osp. G.Brotzu</u>		
Telefono	<u>070/539692/256</u>	Cellulare	
Fax		email	<u>pietrobraina@aob.it</u>

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	<u>Francesco</u>	Cognome	<u>Inglese</u>
Telefono		Cellulare	<u>3474263915</u>
Fax		email	<u>inglesefrancesco@tiscali.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

Nome	<u>Carlo</u>	Cognome	<u>Casula</u>
Telefono	<u>070-539386</u>	Cellulare	
Fax	<u>070-539256</u>	email	<u>carlocasula@aob.it</u>
Curriculum	<u>allegato</u>		

Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Dare risposta ad un'esigenza del servizio che deve intervenire sempre più spesso sulle patologie di spalla sia nei trattamenti conservativi che in quelli post-chirurgici, e con questo corso si intende valorizzare e ottimizzare le competenze di tutti i professionisti della riabilitazione

B) Motivazione della scelta economica:

Motivazione della scelta economica:

Al docente esterno Dott. Inglese Francesco verrà corrisposto il compenso di 50,00 euro per ora di lezione per un tot. di 16 ore, più il rimborso spese di viaggio, di vitto e alloggio, come da preventivo del docente di cui si allega il preventivo protocollato in data 10-10-18 n° NP/2018/8589.

Il docente interno Dott. Carlo Casula presterà la sua opera a titolo gratuito in orario di servizio.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Motivazione della scelta dei docenti: il docente esterno è professionista qualificato per lo svolgimento di tale corso, facente parte del centro di riferimento Nazionale sulla Rieducazione della Spalla, come si evince dal suo curriculum allegato

Il docente interno è dirigente medico della S.S.D. Di Riabilitazione e professionista qualificato per lo svolgimento di tale 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: CAGLIARI

Data

21-09-18

(gg/mm/aaaa):

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

DOTT. GRAZIELLA PINTUS

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus

Timbro e Firma (leggibile)

Responsabile Scientifico

DOTT. PIETRO BRAINA

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)

AO Brotzu - Cagliari

Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione

S.S.D. Riabilitazione

Direttore: Dott. Pietro Braina

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

DOTT. MAURIZIO MELIS

AO Brotzu - Cagliari

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

DIRETTORE

Dott. Maurizio Melis

Nome e Cognome (In stampatello)

Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

AO Brotzu - Cagliari

SSD 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: "LA RIABILITAZIONE DELLE PATOLOGIE TRAUMATICHE
E DEGENERATIVE DELLA SPALLA"**

1° edizione 23 -24 novembre 2018

Aula - PALESTRA FISIOTERAPIA Osp. S. Michele

Programma didattico dettagliato

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine	1° giorno	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	09.00	09,30	Introduzione: Obiettivi del corso	RTP	DOTT. FRANCESCO INGLESE	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 2	09.30	10.00	Le fratture dell'estremo prossimale dell'omero	RTP	DOTT. FRANCESCO INGLESE	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 3	10.00	11.00	Le fratture di clavicola	RTP	DOTT. FRANCESCO INGLESE	DOTT. CARLO CASULA
	11,00	11,30	Pausa			
Dettaglio 4	11.30	12.00	Trattamento conservativo e post-chirurgico nelle fratture	RTP	DOTT. FRANCESCO INGLESE	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 5	12.00	13.30	Fratture dell'estremo prossimale: Casi clinici	RTP	DOTT. FRANCESCO INGLESE	DOTT. CARLO CASULA
			Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14,30	15:00	Artropatia G/O classificazione	RTP	DOTT. FRANCESCO INGLESE	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 2	15.00	16.00	Trattamento riabilitativo nelle patologie degenerative	RTP	DOTT. FRANCESCO INGLESE	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 3	16.00	17.00	Le protesi di spalla	RTP	DOTT. FRANCESCO INGLESE	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 4	17.00	18.30	Patologie degenerative G/O e protesi di spalla: casi clinici	ED	DOTT. FRANCESCO INGLESE	DOTT. CARLO CASULA

Sessione 1 mattina	Inizio	Fine	2° giorno	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	09.00	09,30	Le discinesie di scapola	RTP	DOTT. FRANCESCO INGLESE	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 2	09.30	10.00	Classificazione delle discinesie	RTP	DOTT. FRANCESCO INGLESE	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 3	10.00	10.30	Test clinici e trattamento delle discinesie	RTP	DOTT. FRANCESCO INGLESE	DOTT. CARLO CASULA



Dettaglio 4	10.30	11.00	La Cuffia dei Rotatori: anatomia e funzione	RTP	DOTT. FRANCESCO <i>INGLESE</i>	DOTT. CARLO CASULA
			pausa			
Dettaglio 5	11.30	12.00	Cause scatenanti le patologie di cuffia	RTP	DOTT. FRANCESCO <i>INGLESE</i>	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 6	12.00	13.30	Trattamento riabilitativo conservativo nelle patologie di cuffia	RTP	DOTT. FRANCESCO <i>INGLESE</i>	DOTT. CARLO CASULA
			Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14.00	15.00	La tendinopatia calcifica	RTP	DOTT. FRANCESCO <i>INGLESE</i>	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 2	15.00	16.00	Osservazione e valutazione clinica dei pazienti	ED	DOTT. FRANCESCO <i>INGLESE</i>	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 3	16.00	17.00	Casi clinici -Valutazione e trattamento	ED	DOTT. FRANCESCO <i>INGLESE</i>	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 4	17.00	17,30	Discussione	ED	DOTT. FRANCESCO <i>INGLESE</i>	DOTT. CARLO CASULA
Dettaglio 5	17.30	18.00	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	DOTT. FRANCESCO <i>INGLESE</i>	DOTT. CARLO CASULA

Al Responsabile del servizio Recupero e Rieducazione Funzionale

Dott. Pietro Braina

Osp. S. Michele Cagliari

AO BROTZU

NP/2018/8589

del 10/10/2018 ore 11,44

Mittente: Dipartimento Neuroscienze e Riabi

Assegnatario: SSD Formazione

Classifica: 1



Oggetto: preventivo di spesa per il corso sulla riabilitazione delle patologie di spalla che si svolgerà in data 23 e 24 novembre 2018 presso l'ospedale Brozu di Cagliari.

Il sottoscritto Francesco Inglese, nato a Paceco (TP) il 25/10/1966, residente a Forlì in via Andrea Costa 33, in qualità di fisioterapista nominato come docente per il corso sulle patologie di spalla, che si terrà il 23 e 24 novembre 2018 presso l'ospedale Brozu di Cagliari, indica il compenso come docenza e le spese relative al vitto e alloggio.

Preventivo:

- Compenso per docenza: 50 € per ora di lezione x 16 ore complessive = 800 €
 - Pernottamento Hotel: 80 € a notte per 3 notti = 240 €
 - Pasti: 25 € a pasto per 4 pasti = 100 €
 - Volo aereo Bologna - Cagliari andata e ritorno 280 €
 - Costo complessivo: compenso per docenza 800 + spese 620 + volo aereo andata e ritorno
- Totale 1420 + IVA

Cordiali saluti.

Forlì 01/10/2018

AO Brotzu - Cagliari
Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione
S.S.D. Riabilitazione
Direttore: *Dott. Pietro Braina*

-In Fede

Francesco Inglese