

**Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 204 del 08.02.2019**

**Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Fisioterapista, Dott.ssa Cristina Atzori.**

PDTD/2019/188

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 08.02.2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

### **Il Responsabile della SSD Formazione**

- Visto** il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Viste** le Leggi Regionali n. 10/2006 e n. 05/2007;
- Vista** la Deliberazione n. 263 del 04.03.2015, con la quale il commissario Straordinario ha autorizzato il Direttore della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;
- Vista** la comunicazione Prot. n° 1286 del 07.02.2019, con la quale il Direttore S.S.D. Riabilitazione ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore del Fisioterapista Dott.ssa Cristina Atzori;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione del Fisioterapista Dott.ssa Cristina Atzori alla Frequenza presso l'Ospedale Santa Margherita di Torino dal 18.03.2019 al 23.03.2019, per un importo presunto complessivo di € 1170,00 (millecentosettanta euro) come da documentazione allegata per farne parte integrale e sostanziale;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo Strategico per l'aggiornamento -anno 2019-, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura del Fisioterapista Dott.ssa Cristina Atzori ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'attestato di Frequenza;

Segue determinazione n. 204 del 08.02.2019

## **D E T E R M I N A**

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione del Fisioterapista Dott.ssa Cristina Atzori alla Frequenza presso l'Ospedale Santa Margherita di Torino dal 18.03.2019 al 23.03.2019.
2. Autorizzare la Dott.ssa Cristina Atzori a rientrare il giorno successivo al termine del comando per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1170,00 (millecentosettanta euro) ricadrà sul Fondo Strategico per l'aggiornamento -anno 2019- di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dalla Fisioterapista Dott.ssa Cristina Atzori venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'attestato di Frequenza.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione  
Dott. Andrea Corrias

Emissione 28/01/2018  
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.2  
Pagina 1 di 4

LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E PRESENTATA DAL RICHIEDENTE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA DATA D'INIZIO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA

N. protocollo NP 1286 7/12/19**1. Si richiede di autorizzare il dipendente**

Nome e Cognome

CRISTINA ATZORI

Struttura di appartenenza

SSD DI RIABILITAZIONE "BUWCS"

Dipartimento

NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

Telefono /cellulare

e-mail

cristina.atzori@aob.it

Qualifica

FISIOTERAPISTA

Area contrattuale:

- Comparto  
 Dirigenza Sanitaria  
 Dirigenza Medica  
 Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto  a tempo determinato  a tempo indeterminatoData (gg/mm/aaaa) 19.02.2013

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

**2. Parere del sovraordinato gerarchico per il personale del comparto**

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

 Favorevole Non favorevole

Motivazione del parere: \_\_\_\_\_

Firma e Timbro (leggibile)

Del Coordinatore per il comparto sanità

Fondo:

- fondo di struttura  
 fondo strategico Aziendale (vedi punto 5)  
 fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto fondo a cura del settore economico)

Data (gg/mm/aaaa):  
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Vinicio Atzeni

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

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

AO Brotzu - Cagliari

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

DIRETTORE

Dott. Maurizio Melis  
Sede Ufficio FormazioneCorpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
www.aob.itAzienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P.iva: 02315520920  
www.aobrotzu.itUfficio 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)

**3. Dati dell'attività formativa**Titolo: FREQUENZA IN AULA STRUTTURASede: OSPEDALE S MARGHERITA TORINO

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>18/3/2019</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>23/3/2019</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento			
<input type="checkbox"/> Corso <input type="checkbox"/> corso teorico/pratico <input type="checkbox"/> Congresso <input type="checkbox"/> Convegno <input type="checkbox"/> Seminario <input checked="" type="checkbox"/> frequenza in <del>in</del> altra struttura			
Organizzatore:			

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider \_\_\_\_\_

Attività ECM?  Si |  No

Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati: \_\_\_\_\_

Allega\* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:  Si |  No\*Diversamente NON SARÀ POSSIBILE AUTORIZZARE E RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.**4. Preventivo di spesa**

Ipotesi di spesa totale:

<ul style="list-style-type: none"> <li>Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)</li> <li><input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOb compilare il campo 7. Esenzione IVA</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Non prevista</li> </ul> </li> </ul>	€
• Vitto:	€ 360,00
• Pernottamento:	€ 500,00
• Viaggio:	€ 210,00
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Partenza giorno prima <input type="checkbox"/></li> <li>*Rientro giorno dopo <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>	
• Altre spese:	€ 100,00
<b>Totale spesa presunta</b>	<b>€ 1.470,00</b>

\*il dipendente chiede sotto la propria responsabilità di essere autorizzato, per motivi legati ai trasporti, alla partenza il giorno prima e/o al rientro il giorno dopo l'evento.

**ATTENZIONE:** non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale

Emissione 28/01/2018  
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.2  
Pagina 3 di 4**5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale***(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)* Favorevole Non favorevoleMotivazione del parere:  

---

---

**Firma e Timbro (leggibile)**

Il Direttore Generale (o suo delegato)

Luogo: \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

**6. Parere del Responsabile SSD Formazione**

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

 Favorevole Non favorevoleMotivazione del parere:  

---

---

Data, 07.02.2019Firma e Timbro (leggibile)  
Il Direttore SSD FormazioneAO Brotzu - Cagliari  
UFFICIO FORMAZIONE  
Resp.: Dott. Andrea Corrias



Al Direttore Dipartimento  
Neuroscienze e Riabilitazione  
Dott. Maurizio Melis  
AO BROTZU

La sottoscritta Cristina Atzori, fisioterapista in servizio presso la S.S.D Riabilitazione – P. O. Businco chiede di poter effettuare un periodo di ospitazione (di 36 ore) presso il P.O. Regina Margherita di Torino, Centro di eccellenza nel trattamento dei pazienti sottoposti a TCMO.

La collaborazione quotidiana con il reparto di Ematologia del nostro P.O. diretto dal Prof. Giorgio La Nasa ha destato in me l'interesse per la riabilitazione del paziente Trapiantato.

Gli studi attualmente pubblicati rispetto agli effetti dell'attività motoria nei pazienti affetti da tumore sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche indicano che l'esercizio fisico durante e dopo il ricovero per TCSE non solo è sicuro ma fattibile e ricopre un ruolo promettente nella ripresa di questi soggetti, infatti l'attuazione di un programma di esercizio a bassa intensità ha effetti positivi sulla ripresa immunitaria, incide positivamente sull'indice di massa corporea, apporti benefici sullo stato generale di salute della persona, ne aumenti la qualità della vita, protegga da sintomi depressivi e limiti l'incidenza di effetti collaterali a carico delle abilità motorie.

Ad oggi, solo una parte dei pazienti ricoverati presso i CTMO dei P.O.Cao e Businco, (circa il 20%) effettua una presa in carico riabilitativa che viene avviata esclusivamente in relazione alla comparsa di problematiche motorie specifiche. E' stato elaborato e discusso, con gli operatori del CTMO, un progetto riabilitativo, che include tutti i pazienti ricoverati per TCSE, e si rifà a modelli già operativi nei centri di eccellenza sul territorio Nazionale tra i quali il P.O. Regina Margherita di Torino.

Cordialmente saluto



