AO Brotzu

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 429 **del** 29.03.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Sig.ra Virginia Boi.

PDTD/2019/429

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 29.03.2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Luisanna Perra

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°38 del 25.03.2019, con la quale il Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore dell' Infermiere Sig.ra Boi Virginia;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig.ra Boi Virginia al "Corso di ricertificazione istruttori BLS con valore di Roll-out" che si terrà a Catania dal 14.04.2019 al 16.04.2019, per un importo presunto complessivo di € 440,00 (quattrocentoquaranta euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Emergenza Urgenza- fondi di struttura anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura dell' Infermiere Sig.ra Boi Virginia ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso;

%

AO Brotzu

Segue determinazione n. 429 del 29.03.2019

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig.ra Boi Virginia al "Corso di ricertificazione istruttori BLS con valore di Roll-out" che si terrà a Catania dal 14.04.2019 al 16.04.2019.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 440,00 (quattrocentoquaranta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del comparto-Dipartimento Emergenza Urgenza- fondi di struttura anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
3. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dall'Infermiere Sig.ra Boi Virginia venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso.
4. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione
Dott. Andrea Corrias

CPSI Dott. ssa Sandra Bargone
BARGONE SANDRA Firmato digitalmente da BARGONE SANDRA Data: 2019.03.27 08:44:47 +01'00'

CORRIAS ANDREA Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA Data: 2019.03.27 14:59:39 +01'00'

AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

Emissione 28/01/2018 Revisione 02/05/2018	**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio** **Fuori sede**	MO-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 38/10

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome VIRGINIA BOI

Struttura di appartenenza Anestesia Rianimazione

Dipartimento EMERGENZA

Telefono /cellulare _____ **e-mail** virginiaboi@aob.it

Qualifica Infermiere Coordinatore

Area contrattuale:
- ☒ Comparto
- ☐ Dirigenza Sanitaria
- ☐ Dirigenza Medica
- ☐ Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto ☐ a tempo determinato ☒ a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) _____

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) Virginia Boi

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

AO Brotzu - Cagliari
P.O. BUSINCO
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
Direttore: Dott. Luciano Curreli - 9934

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): 25/03/10

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
IL DIRETTORE
Dott. Giuseppe Dedy

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: Corso di riqualificazione istruttore BLS con valore Rool-Out'

Sede: Catania

Data:	da (gg/mm/aaaa) 14/04/18	a (gg/mm/aaaa) 16/04/2018	Durata dell'attività formativa in ore: N. 12

Tipologia evento

Corso ☒ corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra struttura

Organizzatore:

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider 94070130481 / P.IVA 05089700481

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:

• *Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:* ☐ *Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)* ☐ *A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA* ☐ *Non prevista*		€ /
• *Vitto:*		€ 80 euro
• *Pernottamento:*		€ 160 euro
• *Viaggio:*	• **Partenza giorno prima* ☐ • **Rientro giorno dopo* ☐	€ 200 euro
• *Altre spese:*		€ /
Totale spesa presunta		€ 440

**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*

5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale

(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)

□ *Favorevole* □ *Non favorevole*

Motivazione 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 favorevole*

Motivazione del parere:

Data, 25.3.19

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp. Dott. Andrea Corrias

FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Prot. 355/19/HCF
Firenze, 18 marzo 2019

Gentile Signora
VIRGINIA BOI
SESTU

Carissima Virginia,

come a te ben noto *ANMCO* e *Fondazione per il Tuo cuore - HCF* hanno particolarmente a cuore la formazione RCP per sanitari e laici, e a tale scopo da molti anni la facilitano su tutto il territorio nazionale.

Dal 2016 la *Fondazione per il Tuo cuore - HCF*, già attiva da molti anni nel panorama nazionale per la realizzazione di campagne di prevenzione delle malattie cardiovascolari ma anche per la diffusione della cultura dell'emergenza e della prevenzione dell'arresto cardiaco, gestisce la Formazione RCP e in tale ottica si occupa anche del mantenimento in stato di attività del numeroso corpo di Istruttori che popola il nostro ITC.

La collaborazione con ***American Heart Association***, attiva da molti anni e recentemente rinnovata con reciproca stima e fattiva collaborazione, ci ha permesso di qualificare il nostro corpo docenti, per tutte le tipologie di RCP, formando migliaia di esecutori BLS/ACLS/PBLS.

Nell'ottica, pertanto, di un corretto e puntuale aggiornamento degli oltre 200 istruttori *HCF-AHA*, abbiamo pensato di organizzare un **Corso di Ricertificazione Istruttori BLS** con valore di **Roll-Out** in cui saranno illustrate le nuove Linee Guida AHA CPR-ECC e le nuove metodiche di insegnamento AHA, dando ampio spazio alle novità, al dibattito e alle simulazioni pratiche dove potremo, come di consuetudine, condividere esperienze e confrontarci sulle più recenti novità del nostro campo di interesse. La giornata di formazione si concluderà con uno skill test teorico e pratico per l'acquisizione della certificazione.

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus
riconosciuta con Decreto del Ministero della Sanità del 25 Settembre 2000 - Certificata UNI EN ISO 9001:2015
Iscrizione Anagrafe Nazionale Ricerche N. 53541DZP

Costituita da Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Segreteria Istituzionale
Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze - Italia
Tel. + 39 055 5101367 • Fax + 39 055 5101360
C.F. 94070130482 • P. IVA 05089700487
segreteria@periltuocuore.it - www.periltuocuore.it

FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

L'evento, aperto e gratuito per qualunque istruttore BLS ANMCO-HCF-AHA attivo e passivo, è programmato il prossimo **15 aprile a Catania,** dalle ore **8.30 alle ore 17.30,** presso la Sala Cassiopea del **Four Points & Sheraton Hotel di Catania-Acicastello.**

Se sei interessato a mantenere attivo il tuo status di Istruttore BLS HCF-AHA e ad accrescere e valorizzare il tema dell'emergenza e la cultura del primo soccorso, Ti invito a confermare la Tua presenza al Roll-Out compilando il modulo di iscrizione che trovi a seguire, **entro e non oltre il 31 marzo 2019.**

Le richieste pervenute successivamente a tale termine saranno prese in considerazione solo se rimarranno posti disponibili.

Il Dipartimento Segreteria Istituzionale della Fondazione resta a disposizione per eventuali chiarimenti al numero telefonico 055-5101210.

Certo che troverai l'iniziativa utile e proficua, confido nella Tua partecipazione.

Cordiali saluti

Prof. Michele Massimo Gulizia
Presidente Fondazione per il Tuo cuore
Coordinatore Nazionale Corsi RCP HCF-AHA