

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 12 APR. 2017

OGGETTO: Autorizzazione e Liquidazione PFA ECM: "La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino". Spesa complessiva € 4.263,28.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 12 APR. 2017 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 dell'Ufficio 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 I° Clinica Pediatrica del P.O. Microcitemico ha attivato il suddetto corso al fine di sensibilizzare e informare gli operatori sanitari riguardo i possibili percorsi facilitanti il recupero dello stato di benessere psicofisico del bambino ospedalizzato;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2016 approvato con Deliberazione n° 2252 del 16.12.2015;

Ritenuto che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 30 partecipanti suddivisi in 2 edizioni, è stata svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori dall'orario di servizio;

Valutato il progetto formativo: "La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Verificato che il Responsabile Scientifico, con nota Prot. n° 50 del 11.04.2017 allegata al presente atto, attesta che i docenti hanno regolarmente svolto le lezioni;

%

Segue Deliberazione n. 740 del 12 APR. 2017

Verificato di dover liquidare a favore della Dott.ssa De Luca Marina l'importo di € 1.280,00 per la docenza, al Dott. Tuveri Tobia Simone l'importo di € 960,00 per la docenza, al Dott. Zedda Diego l'importo di € 960,00 per la docenza alla Dott.ssa Cortis Carla l'importo di € 960,00 per la docenza, al Dott. Porcu Gabriele l'importo di € 103,28 per la docenza un totale complessivo di € 4.263,28, come da documentazione allegata;

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

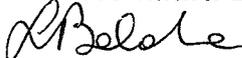
DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare il PFA ECM: "La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino", rivolto al personale sanitario dell'Azienda, per un totale 30 partecipanti suddivisi in 2 edizioni.
2. Confermare che l'attività formativa è stata svolta sia da docenti esterni che da docenti interni fuori dall'orario di servizio
3. Determinare che la spesa complessiva è di € 4.263,28 (quattromiladuecentosessantatré euro e 28 centesimi) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2016.
4. Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
5. Autorizzare il Servizio del Personale al pagamento dei docenti interni come da schema allegato.
6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 4.263,28.

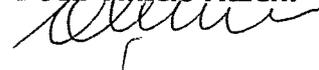
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata



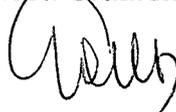
IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni



IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus

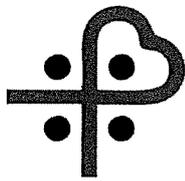


Ufficio Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas





AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Alla c/a Dr.ssa Graziella Pintus
Commissario Straordinario

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino.

STRUTTURA PROPONENTE

I Clinica Pediatrica

OBIETTIVI

La presa in carico del paziente necessita di un lavoro di equipe multidisciplinare, che vede nel lavoro degli operatori non sanitari, pedagoga-insegnante-musicoterapeuta-volontari, dei preziosi alleati. Pertanto, si ritiene utile fornire al personale sanitario una panoramica circa le opportunità offerte da un percorso di cura integrato con le figure non sanitarie.

CONTENUTI

Il corso è articolato in diversi moduli, strutturati in lezioni magistrali e dimostrazioni tecniche: medico; pedagogico; clownterapia; musicoterapia; interventi assistiti con animali di affezione (cane).

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

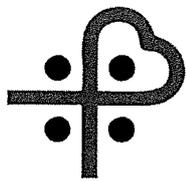
Acquisire competenze comunicativo-relazionali che facilitino e siano di supporto alla presa in carico globale del paziente.

B) Acquisizione competenze di processo:

Facilitare i processi di interazione e comunicazione all'interno del lavoro di equipe, favorendo le capacità di relazione e di empatia.

C) Acquisizione competenze di sistema:

Fornire indicazioni utili per applicare, nell'ambito del contesto organizzativo del proprio luogo di lavoro, le competenze acquisite.



AO Brotzu
TIPOLOGIA DI EVENTO:



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

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 P.O. Microcitemico (biblioteca)

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

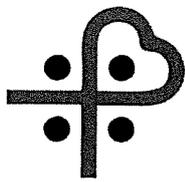
Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

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.

Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
I EDIZIONE (4 giornate)	N. 15	28 APRILE 2016	6 maggio 2016
II EDIZIONE (4 giornate)	N. 15	07 ottobre 2016	26 ottobre 2016

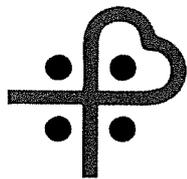
PROFESSIONI

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. _____
- Genetica Medica** n. _____
- Geriatrics** n. _____
- Malattie Metaboliche e Diabetologia** n. _____
- Malattie dell' Apparato Respiratorio** n. _____
- Malattie Infettive** n. _____
- Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza** n. _____
- Medicina Fisica e Riabilitazione** n. _____
- Medicina Interna** n. _____
- Medicina Termale** n. _____
- Medicina Aeronautica e Spaziale** n. _____
- Medicina dello Sport** n. _____
- Nefrologia** n. _____
- Neonatalogia** n. _____
- Neurologia** n. _____
- Neuropsichiatria Infantile** n. _____
- Oncologia** n. _____



AO Brotzu



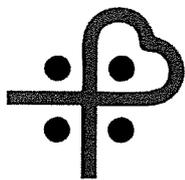
Sistema Sanitario
Regione Sardegna

n.

n. _____

X PEDIATRA

- Psichiatria*
- Radioterapia*
- Reumatologia*
- Cardiochirurgia*
- Chirurgia Generale*
- Chirurgia Maxillo - Facciale*
- Chirurgia Pediatrica*
- Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*
- Chirurgia Toracica*
- Chirurgia Vascolare*
- Ginecologia e Ostetricia*
- Neurochirurgia*
- Oftalmologia*
- Ortopedia e Traumatologia*
- Otorinolaringoiatria*
- Urologia*
- Anatomia Patologica*
- Anestesia e Rianimazione*
- Biochimica Clinica*
- Farmacologia e Tossicologia Clinica*
- Laboratorio di Genetica Medica*
- Medicina Trasfusionale*
- Medicina Legale*
- Medicina Nucleare*
- Microbiologia e Virologia*
- Neurofisiopatologia*
- Neuroradiologia*
- Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)*
- Radiodiagnostica*
- Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione*
- Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro*
- Medicina Generale (Medici di Famiglia)*
- Continuità Assistenziale*
- Pediatria (Pediatri di libera scelta)*
- Scienza dell'alimentazione e dietetica*



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Direzione medica di presidio ospedaliero | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Organizzazione dei servizi sanitari di base | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Privo di Specializzazione | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Odontoiatra | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicologo – Psicoterapeuta | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Laureati non medici (specificare) | n. _____ |
| _____ | n. _____ |
| _____ | n. _____ |
| _____ | n. _____ |

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

X Infermiere

n. _____

X Infermiere pediatrico

n. _____

Ostetrica/o

n. _____

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

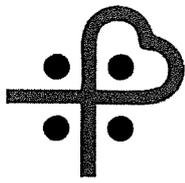
- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Podologo | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Logopedista | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Ortottista – Assistente di Oftalmologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Riabilitazione Psichiatrica | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Educatore Professionale | n. _____ |

PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Assistente Sanitario | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro | n. _____ |

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Dietista | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Igienista Dentale | n. _____ |



AO Brotzu

X PERSONALE NON SANITARIO OSS



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

TUTTE LE PROFESSIONI

n. _____

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 30 totali per edizione.

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI x NO

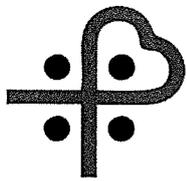
MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti (Barrare le caselle d'interesse)

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

VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

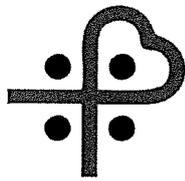
- Prova Pratica
 - role playing con griglia
 - prova manuale
- Prova orale
 - strutturata
 - non strutturata
- Prova scritta
 - tema
 - saggio
 - tesina
 - altro
- Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)
- Project Work



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna



AO Brotzu

VOCI DI SPESA



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

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

Docenza n. 1 interna (25,82 euro l'ora) n. 5 esterne (80 euro l'ora)	€ 51,64 + 2.080,00 X N.2 EDIZIONI= 4.263,28
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico (n. 2 risme e/o blocchi, cartelle, penne, cd o pen drive)	€ 550,00
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 4.813,28

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.

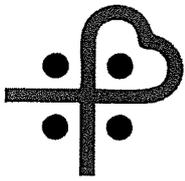
Nome Anna Maria Cognome Nurchi
Qualifica Direttore
Struttura I Clinica Pediatrica P.O. Microcitemico
Telefono 070/52963486 Cellulare _____
Fax _____ email amnurchi@unica.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Gabriele Cognome Porcu
Telefono _____ Cellulare 3471556273
Fax _____ email gabrieleporcu1@alice.it
Curriculum _____

Nome Marina Cognome De Luca
Telefono _____ Cellulare 3404660326
Fax _____ email deluca.marina4gmail.com
Curriculum _____

Nome Diego Cognome Zedda
Telefono _____ Cellulare 3426323150
Fax _____ email zeddadiego.lavoro@gmail.com
Curriculum _____

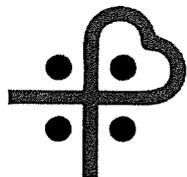


AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Nome	<u>Tobia Simone</u>	Cognome	<u>Tuveri</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3406645450</u>
Fax	_____	email	<u>tobmagicbox@hotmail.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Carla</u>	Cognome	<u>Cortis</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3204325565</u>
Fax	_____	email	<u>cortiscarla@gmail.com</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Francesco</u>	Cognome	<u>Bachis</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3495801530</u>
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Carlo</u>	Cognome	<u>Ripoli</u>
Telefono	<u>070/6093470</u>	Cellulare	_____
Fax	_____	email	<u>cripolii@aoucagliari.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Teresa</u>	Cognome	<u>Mura</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3386166824</u>
Fax	_____	email	<u>maria.teresa.mura@alice.it</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Sergio</u>	Cognome	<u>Meloni</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3281825553</u>
Fax	_____	email	<u>Sergio.meloni1@gmail.com</u>
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Roberta</u>	Cognome	<u>Milia</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>3208190166</u>
Fax	_____	email	_____
Curriculum	_____		_____
Nome	<u>Agostino Fortunato</u>	Cognome	<u>Di Cesare</u>
Telefono	_____	Cellulare	<u>320 4233911</u>
Fax	_____	email	<u>agostinodicesare@gmail.com</u>
Curriculum	_____		_____

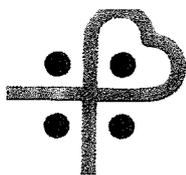


AO Brotzu



**Sistema Sanitario
Regione Sardegna**

<i>Nome</i>	<i>Luciana</i>	<i>Cognome</i>	<i>Marotta</i>
<i>Telefono</i>	_____	<i>Cellulare</i>	_____
<i>Fax</i>	_____	<i>email</i>	_____
<i>Curriculum</i>	_____		_____



A) Motivazione della scelta scientifica:

Sensibilizzare e informare gli operatori sanitari riguardo i possibili percorsi facilitanti il recupero dello stato di benessere psicofisico del bambino ospedalizzato.

B) Motivazione della scelta economica:

Il compenso dei docenti esterni (80 euro l'ora) è conforme a quanto indicato dalle linee guida regionali. Il compenso per il docente interno è di 25,82 euro l'ora. Il materiale richiesto è necessario per mettere i corsisti nelle condizioni di documentare quanto svolto in classe e appreso. I rappresentanti delle Associazioni di volontariato non saranno retribuiti (2 ore per edizione).

C) Motivazione della scelta dei docenti:

La scelta dei docenti è stata orientata dalla specificità degli argomenti trattati, che richiedono titoli e competenze adeguati. Due docenti non vengono retribuiti ma partecipano a titolo gratuito in qualità di rappresentanti delle associazioni di volontariato operanti nella I Clinica.

A) Docenti Interni:

in orario di servizio
n. 1 fuori orario di servizio x

B) Docenti Esterni: n. 4 (+ n 2 non retribuiti) x

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: _____

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



Data (gg/mm/aaaa): _____
Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Grazia Pintus

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

Prof.ssa Anna Maria Nurchi, I Clinica Pediatrica
P.O. Microcitemico

Timbro e Firma (leggibile)

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

Az. Osp. "G. BROTZU" Cagliari
P.O. Pediatrico MICROCITEMICO A. Cao
CL. PEDIATRICA 1
AO Brotzu - Cagliari
P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO"
DIRIGENTE SANITARIO f.f.

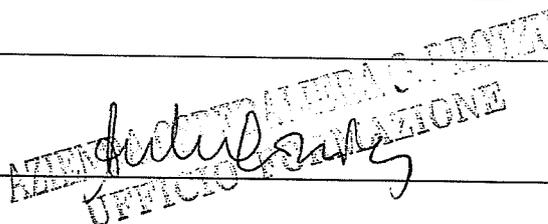
Az. Osp. "G. BROTZU" Cagliari
P.O. Pediatrico MICROCITEMICO A. Cao
CL. PEDIATRICA 1

Direttore: Prof.ssa Anna Maria Nurchi

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

Dott. Giuseppe Piras

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



NOTE:

PFA: "La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino"

I° Edizione, 12 - 13 - 19 - 20 maggio 2016
 II° Edizione, 07 - 12 - 19 - 26 ottobre 2016

Programma didattico dettagliato

1° giorno

1° giorno	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 mattina	9.00	13.00			////	
Dettaglio 1	9.00	11.00	MODULO MEDICO: PRESENTAZIONE DEL CORSO CONTENUTI E OBIETTIVI	RTP	Gabriele Porcu	Carlo Ripoli
			Pausa			
Dettaglio 2	11.15	13.15	MODULO PEDAGOGIA	DT	Marina De Luca	Maria Teresa Mura
			Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.00	18.00				
Dettaglio 1	14.00	16.00	MODULO MUSICOTERAPIA	RTP	Tobia Somone Tuveri	Sergio Meloni
Dettaglio 2	16.00	18.00	MODULO ATTIVITA' ASSISTITE	ED	Carla Cortis	Francesco Bachis

2° giorno

2° giorno	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 mattina	9.00	13.00			////	
Dettaglio 1	9.00	11.00	MODULO PEDAGOGIA NARRATIVA	DT	Marina De Luca	Maria Teresa Mura
			Pausa			
Dettaglio 2	11.15	13.15	MODULO CLOWNTERAPIA	DT	Diego Zadda	Roberta Milia
			Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.00	18.00				
Dettaglio 1	14.00	15.00	ATTIVITA' DI VOLONTARIATO	RTP	Agostino F. Di Cesare	Luciana Marotta
Dettaglio 2	15.00	16.00	ATTIVITA' DI VOLONTARIATO	RTP	Luciana Marotta	Agostino F. Di Cesare
Dettaglio 3	16.00	18.00	MODULO ATTIVITA' ASSISTITE	ED	Carla Cortis	Francesco Bachis

3° giorno

3° giorno	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 mattina					<i>////</i>	
Dettaglio 1	9.00	11.00	MODULO CLOWNTERAPIA	RTP	Diego Zedda	Roberta Milia
			Pausa			
Dettaglio 2	11.15	13.15	MODULO PEDAGOGIA	DT	Marina De Luca	Maria Teresa Mura
			Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.00	18.00				
Dettaglio 1	14.00	16.00	MODULO MUSICOTERAPIA	RTP	Tobia Somone Tuveri	Sergio Meloni
Dettaglio 2	16.00	18.00	MODULO ATTIVITA' ASSISTITE	ED	Carla Cortis	Francesco Bachis

4° giorno

4° giorno	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 mattina					<i>////</i>	
Dettaglio 1	9.00	11.00	MODULO MUSICOTERAPIA	RTP	Tobia Somone Tuveri	Sergio Meloni
			Pausa			
Dettaglio 2	11.15	13.15	MODULO CLOWNTERAPIA	DT	Diego Zedda	Roberta Milia
			Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio	14.00	18.00				
Dettaglio 1	14.00	15.30	MODULO PEDAGOGICA NARRATIVA	DT	Marina De Luca	Maria Teresa Mura
Dettaglio 2	15.30	16.00	CONCLUSIONE LAVORI E VERIFICA APPRENDIMENTO	RTP	Marina De Luca	Maria Teresa Mura

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	12	30
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")		
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI	11	30
LG	PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)		
LPG	LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO		
ED	ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE	6	
RP	ROLE-PLAYING		

Cognome De Luca

Nome Marina

Nato a [REDACTED]

Il [REDACTED]

Via [REDACTED]

Cap [REDACTED] Città [REDACTED]

Cell [REDACTED]

Cod. Fiscale [REDACTED]

All'Azienda Ospedaliera G. Brotzu
Piazzale A. Ricchi, 1
09134 Cagliari
Partita IVA: 02315520920

Vostro dare per la docenza al Corso di Formazione:

“La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino”

tenutosi a Cagliari presso l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu nei giorni 26-27 maggio e 08-15 giugno (I edizione), 07-12-19-26 ottobre 2016 (II edizione)

Importo totale..... Euro	1.280,00
Ritenuta acconto 20%..... Euro	256,00
Totale netto..... Euro	1.024,00

Prestazione didattica, esente IVA ai sensi dei combinati disposti di cui all'art. 10 DPR 633/72 e art. 14 comma 10 Legge 537/1993.

Coordinate bancarie: Intesa Sanpaolo S.P.A., codice iban IT70F0306904855088427810101
c/c n° 0884/27810101 ABI 03069 CAB 04885

Cagliari 9 febbraio 2017

Firma



Cognome Tuveri
Nome Tobia Simone
Nato a [REDACTED]
Il [REDACTED]
Via [REDACTED]
Cap [REDACTED] Città [REDACTED]
Cell [REDACTED]
Cod. Fiscale [REDACTED]

All'Azienda Ospedaliera G. Brotzu
Piazzale A. Ricchi, 1
09134 Cagliari
Partita IVA: 02315520920

Vostro dare per la docenza al Corso di Formazione:

“La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino”

tenutosi a Cagliari presso l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu nei giorni 26 maggio e 08-15 giugno
(I edizione), 07 -19-26 ottobre 2016 (II edizione)

Importo totale..... Euro	960,00
Ritenuta acconto 20%..... Euro	192,00
Totale netto..... Euro	768,00

Prestazione didattica, esente IVA ai sensi dei combinati disposti di cui all'art. 10 DPR 633/72 e art. 14 comma 10 Legge 537/1993.

Coordinate bancarie: Bancoposta, codice iban **IT41P0760104800000008569658**
c/c n° ABI CAB

Data, Cagliari, 5 febbraio 2017

Firma



Cognome **Zedda**
Nome **Diego**
Nato a [redacted]
Il [redacted]
Via [redacted]
Cap [redacted] Città [redacted]
Cell [redacted]
Cod. Fiscale [redacted]

All'Azienda Ospedaliera G. Brotzu
Piazzale A. Ricchi, 1
09134 Cagliari
Partita IVA: 02315520920

Vostro dare per la docenza al Corso di Formazione:

“La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino”

tenutosi a Cagliari presso l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu nei giorni 27 maggio e 08-15 giugno (I edizione), 12 -19-26 ottobre 2016 (II edizione)

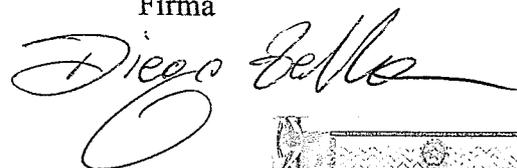
Importo totale..... Euro	960,00
Ritenuta acconto 20%..... Euro	192,00
Totale netto..... Euro	768,00

Prestazione didattica, esente IVA ai sensi dei combinati disposti di cui all'art. 10 DPR 633/72 e art. 14 comma 10 Legge 537/1993.

Coordinate bancarie: Bancoposta, codice iban **IT64F0760104800000025089079**
c/c n° **000025089079** ABI **07601** CAB **04800** CIN **F**

Cagliari, 5 febbraio 2017

Firma



Cognome Cortis
Nome Carla
Nato a Cagliari
Il [redacted]
Via [redacted]
Cap 09012 Città [redacted]
Cell [redacted]
Cod. Fiscale [redacted]

All'Azienda Ospedaliera G. Brotzu
Piazzale A. Ricchi, 1
09134 Cagliari
Partita IVA: 02315520920

Vostro dare per la docenza al Corso di Formazione:

“La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino”

tenutosi a Cagliari presso l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu nei giorni 26-27 maggio e 08-15 giugno
(I edizione), 07-12-19-26 ottobre 2016 (II edizione)

Importo totale..... Euro	960,00
Ritenuta acconto 20%..... Euro	192,00
Totale netto..... Euro	768,00

Prestazione didattica, esente IVA ai sensi dei combinati disposti di cui all'art. 10 DPR 633/72 e art. 14 comma 10 Legge 537/1993.

Coordinate bancarie: Intesa Sanpaolo S.P.A., codice iban **IT14F0306904861100000010622**
c/c n°1000/10622 ABI**03059**CAB **04825**

Data, Cagliari, 1 febbraio 2017

Firma
Carla Cortis



ELENCO DOCENTI INTERNI

Corso ECM: "La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino". 2016

Cognome	Nome	Data Nascita	Luogo di Nascita	C. F.	N° Ore docenza	Importo	Totale
Porcu	Gabriele	06.09.1957	Iglesias	PRCGRL57P06E281B	4,00	25,82	103,28
Totale						€	103,28

Prot. 0.50/2017

Alla c/a Ufficio Formazione

AOB Cagliari

Cagliari, 11 aprile 2017

Oggetto: Comunicazione orario docenti corso ECM

La sottoscritta Prof.ssa Anna Maria Nurchi direttore I° Clinica Pediatrica – P.O. Microcitemico e direttore Scientifico del corso ECM “La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino” attivato in due edizioni rispettivamente dal 26 maggio al 15 giugno 2016 e dal 7 ottobre al 26 ottobre 2016,

COMUNICA

Che sia il docente interno, sia i docenti esterni, hanno espletato le ore previste per i rispettivi moduli. Si comunica, inoltre, che la spesa è congrua rispetto a quella preventivata.

Cordiali saluti,

Prof.ssa Anna Maria Nurchi

Az. Osp. "G. BROTZU" Cagliari

P.O. Pediatrico MICROCITEMICO A. Cao

A m Nurchi
CL. PEDIATRICA Nurchi
Direttore: Prof.ssa Anna Maria Nurchi