AO Brotzu

Deliberazione 2050

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 25 OTT. 2017

OGGETTO: Autorizzazione PFA ECM: "Advanced Cardiac Life Support -ACLS". Spesa complessiva € 15.332,00 più IVA.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 26 OTT. 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;

Premesso che l'Azienda, nello specifico i Dipartimenti di Patologia Cardiaca e DEA vogliono attivare il suddetto corso al fine di far acquisire competenze particolarmente avanzate nel trattamento dell"emergenza cardiovascolare. La formazione è rivolta ai Medici e agli Infermieri dei due Dipartimenti per un totale 60 partecipanti suddivisi in 5 edizioni;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2017 approvato con Deliberazione n° 2324 del 14.12.2016;

Dato atto che si è reso necessario individuare un operatore economico qualificato che possa effettuare l'attività formativa in parola;

Atteso che ai sensi dell'art. 36 comma 2 lett. a del D. Lgs. 50/2016 è stata effettuata un'indagine di mercato mediante richiesta di preventivo trasmessa alle Ditte SIMEU, IRC, AMNCO e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Centro BIOS e che nei termini fissati è pervenuta l'offerta dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Centro BIOS, per la quale il Responsabile Scientifico ha espresso parere favorevole come da Nota Prot. 2010MD CTV del 20.10.2017 che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

%

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 2050 del 25 OTT. 2017

Vista l'offerta dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Centro BIOS Prot. n. PG/2017/23266 del 18.10.2017 che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Ritenuto di dover assegnare alla Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Centro BIOS l'attività formativa in argomento per un importo pari a € 15.332,00 più IVA;

Valutato il progetto formativo: "Advanced Cardiac Life Support - ACLS " che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

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

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Di dover autorizzare il PFA ECM: "Advanced Cardiac Life Support -ACLS", rivolto ai Medici e agli Infermieri dei due Dipartimenti per un totale 60 partecipanti suddivisi in 5 edizioni.

2. Di dover assegnare alla Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Centro BIOS l'attività formativa in argomento per un importo pari a € 15.332,00 più IVA.

3. Confermare che l'attività formativa sarà svolta dai docenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Centro BIOS, come da elenco autorizzato nel progetto, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

4. Determinare che la spesa complessiva è di € 15.332,00 (quindicimilatrecentotrentadue euro) più IVA, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2017.

4. Autorizzare il Sevizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 15.332,00 più IVA.

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

Al Sig. Direttore Generale
D.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE □
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE X

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

CORSO ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT

STRUTTURA PROPONENTE

Dipartimento Patologia Cardiaca - Dipartimento DEA

OBIETTIVI

Acquisizione competenze particolarmente avanzate nel trattamento dell'emergenza cardiovascolare

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Specifiche conoscenze ed abilità avanzate finalizzate a gestire i pazienti adulti nella fase di peri-arresto e in quella di arresto cardiaco fino alla stabilizzazione del paziente.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Rianimazione Cardiopolmonare, intubazione endotracheale, utilizzo dei dispositivi sovraglottidei, accessi vascolari e somministrazione farmaci in emergenza. Algoritmo trattamento farmacologico ed elettrico aritmie maligne.

B) Acquisizione competenze di processo:

Riconoscimento priorità assistenziali nel rispetto delle Linee Guida sulla gestione dell'emergenza cardiovascolare.
Rianimazione CardioPolmonare precoce. Defibrillazione precoce. Trattamento post-rianimazione per ripristino qualità della vita.

C) Acquisizione competenze di sistema:

Integrazione multi professionale e multidisciplinare nel trattamento dell'emergenza.

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 X***

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)

X 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*

X Altro (specificare): due aule per isole di simulazione su manichino, per un totale di tre aule

AUSILI DIDATTICI

☐ *LAVAGNA LUMINOSA*

☐ *LAVAGNA A FOGLI MOBILI*

X 3 PC (di cui due con altoparlanti)

X 1 VIDEOPROIETTORE

☐ *ALTRO DA SPECIFICARE*_____

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI x *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.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	12	4 Dicembre 2017	5 Dicembre 2017
2	12	6 Dicembre 2017	7 Dicembre 2017
3	12	11 Dicembre 2017	12 Dicembre 2017
4	12	13 Dicembre 2017	14 Dicembre 2017
5	12	15 Dicembre 2017	16 Dicembre 2017

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. _____

X Cardiologia ***n. 6***

□ *Dermatologia e Venereologia* n. _____

□ *Ematologia* n. _____

□ *Endocrinologia* n. _____

□ *Gastroenterologia* n. _____

□ *Genetica Medica* n. _____

□ *Geriatria* n. _____

□ *Malattie Metaboliche e Diabetologia* n. _____

□ *Malattie dell' Apparato Respiratorio* n. _____

□ *Malattie Infettive* n. _____

x Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza ***n. 5***

□ *Medicina Fisica e Riabilitazione* n. _____

□ *Medicina Interna* n. _____

□ *Medicina Termale* n. _____

□ *Medicina Aeronautica e Spaziale* n. _____

□ *Medicina dello Sport* n. _____

□ *Nefrologia* n. _____

□ *Neonatologia* n. _____

□ *Neurologia* n. _____

□ *Neuropsichiatria Infantile* n. _____

□ *Oncologia* n. _____

□ *Pediatria*	*n.* _____
□ *Psichiatria*	*n.* _____
□ *Radioterapia*	*n.* _____
□ *Reumatologia*	*n.* _____
x Cardiochirurgia	***n. 2***
□ *Chirurgia Generale*	*n.* _____
□ *Chirurgia Maxillo - Facciale*	*n.* _____
□ *Chirurgia Pediatrica*	*n.* _____
□ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*	*n.* _____
X Chirurgia Toracica	*n.* _____
X Chirurgia Vascolare	***n.* _2___**
□ *Ginecologia e Ostetricia*	*n.* _____
□ *Neurochirurgia*	*n.* _____
□ *Oftalmologia*	*n.* _____
□ *Ortopedia e Traumatologia*	*n.* _____
□ *Otorinolaringoiatria*	*n.* _____
□ *Urologia*	*n.* _____
□ *Anaomia Patologica*	*n.* _____
X Anestesia e Rianimazione	***n. 5***
□ *Biochimica Clinica*	*n.* _____
□ *Farmacologia e Tossicologia Clinica*	*n.* _____
□ *Laboratorio di Genetica Medica*	*n.* _____
□ *Medicina Trasfusionale*	*n.* _____
□ *Medicina Legale*	*n.* _____
□ *Medicina Nucleare*	*n.* _____
□ *Microbiologia e Virologia*	*n.* _____
□ *Neurofisiopatologia*	*n.*_____
□ *Neuroradiologia*	*n.* _____
□ *Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)*	*n.* _____
□ *Radiodiagnostica*	*n.* _____
□ *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*	*n.* _____
□ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione*	*n.* _____
□ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro*	*n.* _____
□ *Medicina Generale (Medici di Famiglia)*	*n.* _____
□ *Continuità Assistenziale*	*n.* _____
□ *Pediatria (Pediatri di libera scelta)*	*n.* _____
□ *Scienza dell'alimentazione e dietetica*	*n.* _____

□ *Direzione medica di presidio ospedaliero* n.____

□ *Organizzazione dei servizi sanitari di base* n.____

□ *Audiologia e Foniatria* n.____

□ *Psicoterapia* n.____

□ *Privo di Specializzazione* n.____

□ ***Odontoiatra*** n. ____

□ ***Psicologo – Psicoterapeuta*** n.____

□ *Psicoterapia* n. ____

□ *Psicologia* n.____

□ ***Laureati non medici (specificare)***

_____ n. ____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

x Infermiere ***n. 40***

□ *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._____

□ *Dietista* n._____

□ *Igienista Dentale* n._____

□ *Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* n._____

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

□ *Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare* n._____

□ *Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n._____

□ *Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n._____

□ *Tecnico Audiometrista* n._____

□ *Tecnico Audioprotesista* n._____

□ *Tecnico di Neurofisiopatologia* n._____

□ *Tecnico Ortopedico* n._____

TUTTE LE PROFESSIONI n._____

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

x ASL SARDEGNA

□ *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*
X Testi/libri
□ *Riviste*
□ *Cd*
□ *Altri supporti*

VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

X Prova Pratica
X 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	€
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	*Costo al singolo **256,07 (x 60)*** ***Totale € 15.332, 00 (IVA esclusa)***

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	**Maurizio**	*Cognome*	**Porcu**
Qualifica	**Direttore Dipartimento**		
Struttura	**Dipartimento CardioToracoVascolare**		
Telefono	**070/539515**	*Cellulare*	
Fax		*email*	**maurizioporcu@aob.it**

***DOCENTI** (dati dei docenti)*

Nome	**ALESSANDRO**	*Cognome*	**CAPECCHI**
Telefono	**3476473560**	*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			

Nome	*GIANLUCA*	*Cognome*	*GONZI*
Telefono	*3491533610*	*Cellulare*	
Fax		*email*	*ggonzi@ao.pr.it*
Curriculum			

Nome	*ROBERTO*	*Cognome*	*CHIODETTI*
Telefono	*3384279770*	*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			

Nome	*LORENZA*	*Cognome*	*PRATALI*

Telefono	*3389349444*	*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			

Nome	*CRISTIANA*	*Cognome*	*CAREDDA*
Telefono	*3404590019*	*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			

Nome	*STENIO*	*Cognome*	*AMABILI*
Telefono		*Cellulare*	
Fax		*email*	
Curriculum			

A)Motivazione della scelta scientifica:

Implementazione competenze avanzate nel trattamento delle urgenze/emergenze cardiocircolatorie secondo ultime Linee Guida internazionali (American Hearth Association e ILCOR)

B)Motivazione della scelta economica:

Dopo disamina del preventivo(allegato) che appare, previa indagine di mercato, congruo come offerta e conforme a quanto richiesto, adatto a soddisfare le specifiche esigenze formative dei discenti .

C)Motivazione della scelta dei docenti:

Direttori di corso ed istruttori di livello nazionale, tutti i docenti collaborano strettamente con l'American Hearth Association, leaders nella formazione di operatori sanitari nell'ambito dell'emergenza/urgenza.

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):* _____

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

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Responsabile della struttura organizzativa, (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) Maurizio Porcu
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Responsabile della struttura organizzativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
PATOLOGIA CARDIACA
DIPARTIMENTO CARDIOTORACOVASCOLARE
Dott. Maurizio Porcu

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore del Dipartimento _____

Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Direttore del Dipartimento _____

Nome e Cognome *(In stampatello)* *Andrea Corrias*
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***

"Advanced Cardiac Life Support"

Data 4 dicembre 2017
Prima giornata

Aula P.O. BUSINCO

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
	8,00	8,15	Iscrizioni e pratiche amministrative			
Dettaglio 1	8,15	9,30	Presentazioni Panoramica e organizzazione corso ACLS La scienza della rianimazione Approccio sistematico	LG	Alessandro Capecchi	Gianluca Gonzi Cristiana Caredda
Dettaglio 2	9,30	11,00	**BLS di alta qualità:** singolo soccorritore due soccorritori con AED **Gestione avanzata delle vie aeree; intraossea**	ED	Gianluca Gonzi Alessandro Capecchi Cristiana Caredda	
11,00	11,15		Pausa caffè			
Dettaglio 3	11.15	12,30	**Dinamiche del team e Megacode**	LG	Gianluca Gonzi Alessandro Capecchi Cristiana Caredda	Gianluca Gonzi Cristiana Caredda
	12,30	13,30	Pausa pranzo			
Dettaglio 4	13,30	13.50	**Arresto cardiaco**	LG	Gianluca Gonzi Alessandro Capecchi Cristiana Caredda	A. Capecchi C. Caredda
Dettaglio 5	13,50	14,20	**Tecnologia:** familiarizzazione manichino e defibrillatore. Defibrillazione,ritmi defibrillabili e non defibrillabili.	ED	Gianluca Gonzi Alessandro Capecchi Cristiana Caredda	Alessandro Capecchi Gianluca Gonzi
Dettaglio 6	14,20	15,30	**Esercitazioni arresto:** intra, extra-ospedaliero e dip. Emergenza **Arresto da FV e PEA/ASISTOLIA**	ED	Gianluca Gonzi Alessandro Capecchi Cristiana Caredda	
Dettaglio 7	15,30	16,15	**Sindromi Coronariche Acute** **Presentazione ECG**	LG	A. Capecchi	G. Gonzi C. Caredda
	16,15	16,30	Pausa Caffè			
Dettaglio 8	16,30	17,15	**Stroke acuto**	LG	C. Caredda	A. Capecchi G. Gonzi
Dettaglio 9	17,15	17,45	**Conclusioni 1^ giornata**	RTP	A. Capecchi	C. Caredda G. Gonzi

"Advanced Cardiac Life Support"

Data 5 dicembre 2017
Seconda giornata

Aula P.O. BUSINCO

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	8,00	9,30	**Tachicardia stabile ed instabile** **Tachiaritmie a QRS stretto e largo** **Cardioversione**	ED	Gianluca Gonzi Alessandro Capecchi Cristiana Caredda	Gianluca Gonzi Cristiana Caredda
Dettaglio 2	9,30	10,30	**Bradicardia stabile ed instabile** **Pacing transutaneo - ECG bradiaritmie**	ED	Gianluca Gonzi Alessandro Capecchi Cristiana Caredda	
Dettaglio 3	10,30	10,45	**Immediato post arresto cardiaco**	ED	Gianluca Gonzi Alessandro Capecchi Cristiana Caredda	Gianluca Gonzi Cristiana Caredda
	10,45	11,00	Pausa caffè			
Dettaglio 4	11,00	13.10	**Megacode**	ED	Gianluca Gonzi Alessandro Capecchi Cristiana Caredda	
	13,10	14,00	Pausa pranzo			
Dettaglio 6	14,00	14,15	Problem Solving	LG	Gianluca Gonzi	Alessandro Capecchi Cristiana Caredda
Dettaglio 7	14,15	15,30	**Esame: prova pratica - Megacode**	ED	Gianluca Gonzi Alessandro Capecchi Cristiana Caredda	
Dettaglio 8	15,30	16,30	**Esame scritto: 50 domande**	RTP		
	16,30	16,40	Pausa caffè			
Dettaglio 9	16,40	16,50	**Recupero**	ED	Alessandro Capecchi	C. Caredda G. Gonzi
Dettaglio 10	16,50	17,15	**Domande finali e conclusioni**	RTP	Gianluca Gonzi Alessandro Capecchi Cristiana Caredda	

Azienda Ospedaliera Brotzu Piazzale A.Ricchi 1 09134 Cagliari P.IVA 02315520920 **Ufficio Formazione** Responsabile: Dott. Andrea Corrias Tel. Tel.070.539947/899/439 Fax: 070.539752 E-mail: ufficioformazione@aob.it

AO Brotzu

DIPARTIMENTO PATOLOGIA CARDIOTORACOVASCOLARE

Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Prot. 2010MD CTV 20- 10- 2017

Al Responsabile Ufficio Formazione
Azienda Ospedaliera Brotzu
Dr. Andrea Corrias

Oggetto . Valutazione preventivo Corsi ACLS 2017.

Il sottoscritto, Responsabile Scientifico del Corso in oggetto , in riferimento al preventivo ricevuto in data 13-10-2017 con le integrazioni , vedi PG/2017/23266, che si allega , conferma che l'offerta presentata dal centro BIOS- dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, è conforme a quanto richiesto ed il prezzo presentato di 15.331,05 euro, per 60 discenti è congruo il tutto dopo analisi di mercato e disamina dello stesso preventivo.

A disposizione per qualsiasi chiarimento, cordiali saluti

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
PATOLOGIA CARDIACA
Dott. Maurizio Porcu

Il Direttore Dipartimento Patologia CTV
Dr. Maurizio Porcu

Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
P.iva: 02315520920

Resp.Risorse Umane Dip. CTV
el. 070 539714
fax. 070 539XXX
mail: marcodesogus@aob.it

Ospedale San Michele
P.le Ricchi, 1
09134 – Cagliari
www.aobrotzu.it

AZOSPR

USCITA - 13/10/2017 - 0036952 - 15.7.1

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

AO BROTZU

PG/2017/23266 del 18/10/2017 ore 09,51

Mittente SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILI

Assegnatario Dipartimento Patologia Cardiac

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE - Risorse Umane
Struttura Complessa Formazione e Sviluppo Risorse Umane
Direttore Dott.ssa Maria Rita Buzzi

Centro BIOS

Spett.le Dr. Marco Desogus
Responsabile Infermieristico Dip. CTV
Azienda Ospedaliera Brotzu - CA

Oggetto : Preventivo per CORSI ACLS certificati American Heart Association (AHA)

A seguito di vostra richiesta in merito alla realizzazione di 5-6 edizioni di Corsi ACLS per la formazione di 60 Dirigenti Medici e Infermieri che prestano servizio nei reparti di Pronto Soccorso, Cardiologia, Cardiochirurgia, Chirurgia Vascolare, Emodinamica, Rianimazione, Cardioanestesia, Anestesia Osservazione Breve Intensiva, Chirurgia D'Urgenza, ed altri settori afferenti ai dipartimenti interessati del Vs Ospedale, da realizzarsi nel periodo Novembre – Dicembre 2017 si invia il relativo preventivo.

1° ciclo corsi ACLS (Advance Cardiovascular Life Support) Periodo: 4-7 dicembre 2017 N. Edizioni: 2 (durata di ciascun corso di 16 ore) N. Discenti: 24 (12 per ciascuna edizione)		
COSTI	**Dettaglio**	**Costo in euro**
Risorse umane	Compenso Istruttori (2 istruttori, 1 direttore)	2.478,72
	Rimborso spese trasferta istruttori (1 istruttore, 1 direttore): trasporti, vitto e alloggio	2.060,00
Materiali didattici*	Manuali (per 24 discenti)	998,40
	Spese di spedizione	40,00
Altri costi	E - Card AHA (per 24 discenti) *	135,30
	Segreteria organizzativa, segreteria amministrativa, certificazione AHA (Invio per e-mail della documentazione pre-corso: schede anagrafiche, griglia Excel partecipanti, test finale e risponditore, skill test, format report finale, questionario di valutazione AHA). Controllo congruità della documentazione post corso.Invio delle e-card per e-mail.	400,00
	Costo (esente IVA)	**6.112,42**

*il costo di tale voce potrà subire variazioni in base al numero effettivo di discenti che supereranno con successo il corso e avranno quindi diritto alla card.

Struttura Complessa Formazione e Sviluppo Risorse Umane
Sede di via Gramsci 14 – 43126 Parma
T. +39 0521 704349 - F. +39 0521 704498
formazione@ao.pr.it - www.ao.pr.it
sf@cen.ao.pr.it

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Via Gramsci 14 - 43126 Parma
T. +39 0521 702111 - 702111
Partita Iva 01874240342
protocollo@cen.ao.pr.it

2° ciclo corsi ACLS (Advance Cardiovascular Life Support) Periodo: 11-16 Dicembre 2017 N. Edizioni: 3 (durata di ciascun corso di 16 ore) N. Discenti: 36 (12 per ciascuna edizione)		
COSTI	**Dettaglio**	**Costo in euro**
Risorse umane	Compenso Istruttori (2 istruttori, 1 direttore)	3.718,08
	Rimborso spese trasferta istruttori (1 istruttore, 1 direttore): trasporti, vitto e alloggio	3.160,00
*Materiali didattici**	Manuali (per 36 discenti) con spese di spedizione	1.497,60
	Spese di spedizione	40,00
Altri costi	E - Card AHA (per 36 discenti) **	202,95
	Segreteria organizzativa, segreteria amministrativa, certificazione AHA (Invio per e-mail della documentazione pre-corso: schede anagrafiche, griglia Excel partecipanti, test finale e risponditore, skill test, format report finale, questionario di valutazione AHA). Controllo congruità della documentazione post corso. Invio delle e-card per e-mail.	600,00
	Costo esente IVA	**9.218,63**

*il costo di tale voce potrà subire variazioni in base al numero effettivo di discenti che supereranno con successo il corso e avranno quindi diritto alla card.

Costo unitario a partecipante (per 5 edizioni e complessivi 60 discenti): euro 256,07

CONDIZIONI GENERALI

Art. 1 La presente offerta è valida per una settimana dalla data di invio (necessità di ordinare i manuali, farli arrivare con congruo anticipo per poterli consegnare ai discenti almeno 4 settimane prima del corso).

Art. 2 Le spese connesse al reperimento, nonché quelle organizzative sono a carico del committente senza eccezione alcuna (allestimento delle stazioni in termini di fornitura di barelle e carrelli per emergenza e dei presidi necessari per il training). Il committente si impegna a fornire due manichini completi ALS (per Emergenza e Rianimazione avanzata), due manichini BLS (rianimazione di base), due DAE, due Defibrillatori manuali, una testa da intubazione con materiale da intubazione, un videoproiettore.

Art. 3 L'azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma provvederà a fornire esclusivamente i servizi indicati nell'offerta.

Art. 4 Il committente si impegna a:

- Realizzare il corso secondo i requisiti richiesti da American Heart Association, sia dal punto di vista qualitativo sia organizzativo; consegnare il manuale AHA a ciascun discente del corso almeno quattro settimane prima del corso (il manuale AHA è individuale per ciascun partecipante); consegnare le AHA e-Card di completamento del corso ai discenti che superano il corso; utilizzare istruttori in possesso di Instructor Card in corso di validità.
- Trasmettere la documentazione dei corsi in formato elettronico (schede anagrafiche, schede di valutazione del corso, verbali dei corsi) all'ITC BIOS entro 30 gg dall'esecuzione del corso, nonché inviare integrazioni alla documentazione trasmessa qualora richiesto dall'ITC, sulla base di verifiche e incongruità rilevate.
- Conservare la documentazione originale dei corsi per almeno 3 anni.

Struttura Complessa Formazione e Sviluppo Risorse Umane
sede di Via Gramsci 14 - 43126 Parma
T +39 0521 704349 F +39 0521 704598
formazione@ao.pr.it www.ao.pr.it
sf@sert.ao.pr.it

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Via Gramsci 14 - 43126 Parma
T +39 0521 702111 - 703111
Partita Iva 01874240342
protocollo@ao.pr.it

- Il committente dichiara di avere un'assicurazione infortuni e responsabilità o in autoassicurazione - Self Insurance Retention (SIR) o con un'assicurazione con le caratteristiche richieste da AHA: assicurazione per la responsabilità civile con una compagnia assicurativa qualificata (con un massimale di USD 268.176,08) che copra "bodilyinjury" e "third part insurance". Nel secondo caso è necessario fornire il numero di polizza, la compagnia assicurativa e la data d'inizio e di scadenza della polizza.

Art. 5 Qualora uno dei tre corsi previsti per ciascuna settimana venga annullato le spese di segreteria e le eventuali spese di trasferta aggiuntive verranno comunque addebitate al committente.

Art. 6 Il pagamento dovrà essere effettuato entro 90 giorni dalla ricezione della fattura.

Art. 7 Per tutte le controversie che dovessero insorgere in relazione al presente contratto, comprese quelle inerenti alla sua validità interpretazione esecuzione e risoluzione il Foro competente è quello di Parma.

Art. 8 Si accettano espressamente sia le condizioni generali sia il preventivo sopra riportato.

Il pagamento dovrà essere effettuato mediante versamento postale sul c/c n. 330431 intestato ad Azienda Ospedaliero –Universitaria di Parma, Servizio Tesoreria, 14, Via Gramsci – 43126 Parma. Si prega di specificare la causale del versamento sul bollettino postale: Corsi ACLS COMMESSA FORMU2017".

DATI AMMINISTRATIVI DEL COMMITTENTE

Ragione Sociale o Cognome e Nome

Ufficio/Servizio di riferimento (Indicare anche il nominativo di un referente)

Via (sede legale) n.

CAP Città Prov.

Partita IVA o Codice Fiscale

Codice Univoco per la fatturazione elettronica (da compilare solo da parte degli enti pubblici)

Timbro e firma del committente

Timbro e firma del responsabile del corso

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PARMA

Visto del Direttore SC Formazione e Sviluppo Risorse Umane

Struttura Complessa Formazione e Sviluppo Risorse Umane
Sede di Via Gramsci 14 – 43126 Parma
T. +39 0521 704349 F. +39 0521 704649
formazione@ao.pr.it www.ao.pr.it
sf@cert.ao.pr.it

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Via Gramsci 14 - 43126 Parma
T. +39 0521 702111 - 703111
Partita Iva 01874240342
protocollo@cert.ao.pr.it

Precisazioni per Preventivo Corsi ACLS Azienda Ospedaliera Brotzu CA

Da : Dallatana, Elisa <edallatana@ao.pr.it> mar, 17 ott 2017, 16:57
Oggetto : Precisazioni per Preventivo Corsi ACLS Azienda Ospedaliera Brotzu CA
A : marcodesogus@aob.it
Cc : Gonzi, Gianluca <ggonzi@ao.pr.it>

Gentilissimo Dott. Desogus,
al fine di rendere maggiormente chiara la proposta inviata, le precisiamo che:
- per la formazione di 60 professionisti è necessaria la realizzazione di 5 corsi (suddivisi in due cicli come da preventivo inviato), per un importo complessivo di euro 15.331,05
- il preventivo avrà validità per l'eventuale accettazione fino a venerdì 27.10.2017

Rimaniamo a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

Elisa Dallatana

S.C. Formazione e Sviluppo Risorse Umane
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE RISORSE UMANE
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
via Gramsci, 14 - 43126 Parma

Pad. 27 Clinica medica e Nefrologia, I° piano
Tel. 0521703237; Fax 0521704698
E-mail: edallatana@ao.pr.it

Da: Dallatana, Elisa
Inviato: venerdì 13 ottobre 2017 11:29
A: 'marcodesogus@aob.it'
Cc: Formazione; Gonzi, Gianluca
Oggetto: Preventivo Corsi ACLS Azienda Ospedaliera Brotzu CA

Gentilissimo dott. Desogus,
le trasmetto in allegato il preventivo relativo alla realizzazione dei corsi ACLS AHA.
Tale preventivo sostituisce quello inviato in data 11.10.2017 ns. protocollo n. 36443.
Cordialmente
Elisa Dallatana

Segreteria organizzativa Centro BIOS
S.C. Formazione e Sviluppo Risorse Umane
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE RISORSE UMANE
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma