AO Brotzu

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 1209 del 22.06.2018

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. ssa Maria Sabrina Galassi.

PDTD/2018/1400

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 22.06.2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Luisanna Perra

Il Responsabile dell'Ufficio 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 Responsabile della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;

Vista la comunicazione Prot. n° 14913 del 20.06.2018, con la quale il Direttore della S. C. di Pronto Soccorso Pediatrico ed OBI ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore della Dott. ssa Maria Sabrina Galassi;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione della Dott. ssa Beatrice Cancedda al Corso: "Corso Avanzato Del Trauma Pediatrico " che si terrà a Firenze dal 24.10.2018 al 26.10.2018, per un importo presunto complessivo di € 1300,00 (milletrecento euro) come da documentazione allegata per farne parte integrale e sostanziale;

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio della Dirigenza Medica - Fondi Strategici - anno 2018, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura della Dott. ssa Maria Sabrina Galassi ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso;

%

AO Brotzu

Segue determinazione n. 1209 del 22.06.2018

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare della Dott. ssa Maria Sabrina Galassi al Corso: "Corso Avanzato Del Trauma Pediatrico " che si terrà a Firenze dal 24.10.2018 al 26.10.2018.
2. Autorizzare la Dott. ssa Maria Sabrina Galassi a partire il giorno precedente all'inizio del Corso per motivi organizzativi;
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1300,00 (milletrecento euro euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio della Dirigenza Medica – Fondi Strategici - anno 2018, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dalla Dott. ssa Maria Sabrina Galassi venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione
Dott. Andrea Corrias

CPSI Dott.ssa Maria Carmina Campus

CAMPUS MARIA CARMINA

Firmato digitalmente da CAMPUS MARIA CARMINA
Data: 2018.06.22 11:23:40 +02'00'

CORRIAS ANDREA

Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA
Data: 2018.06.22 12:29:12 +02'00'

AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

Emissione 28/01/2018	**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio**	MO-DG-FOR-017.1
Revisione	**Fuori sede**	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_____

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome GALASSI MARIA SABRINA

Struttura di appartenenza PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO E OBI

Dipartimento EMERGENZA

Telefono /cellulare **mail** galassis@tiscali.it

Qualifica DIR. MED. PEDIATRIA

Area contrattuale:

- ☐ Comparto
- ☐ Dirigenza Sanitaria non Medica
- ☐ Dirigenza Amm/Prof/Tec
- ☒ Dirigenza Medica

Contratto ☐ a tempo determinato ☒ a tempo indeterminato **Data** (gg/mm/aaaa) 30/05/2018

Nome e cognome del partecipante per assenso **Firma** (leggibile) Sabrina M. Galassi

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): 30/05/2018 **Firma e Timbro** (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa

AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE
SSD Medicina d'Urgenza Pediatrica
Responsabile: Dott. Alessandro Canetto

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: CORSO AVANZATO DI GESTIONE DEL TRAUMA PEDIATRICO

Sede: AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER - FIRENZE

Data:	da (gg/mm/aaaa) _____	a (gg/mm/aaaa) _____	**Durata dell'attività formativa in ore: N. _____**
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 _____

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***		€ 700,00
• ***Vitto:***		€ 150,00
• ***Pernottamento:***		€ 300,00
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** ☑ • ****Rientro giorno dopo*** ☐	€ 150,00
• ***Altre spese:***		€ —
Totale spesa presunta		€ 1300,00

****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:

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

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, 21.06.2018

Firma e Timbro (leggibile)
Il Responsabile Formazione _____

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

7. *Esenzione IVA*

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente GALASSI MARIA SABRINA

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu _____,

è stata/o autorizzata/o a partecipare in regime di aggiornamento obbligatorio alla frequenza del:

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

Titolo: CORSO AVANZATO DI GESTIONE DEL TRAUMA PEDIATRICO

Sede: AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA MEYER - FIRENZE

Data: da (gg/mm/aaaa) 24/10/18 a (gg/mm/aaaa) 26/10/18

Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

Data, _____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Responsabile Formazione _____

REGIONE TOSCANA

Policlinico Agostino Gemelli
Università Cattolica del Sacro Cuore

CORSO AVANZATO DI GESTIONE DEL TRAUMA PEDIATRICO

Obiettivi generali del Corso

Il Corso ha come obiettivo di migliorare le competenze teorico-pratiche per la gestione del trauma pediatrico maggiore e minore, e di ottimizzare la qualità dell'assistenza del paziente traumatizzato mediante la stabilizzazione nel più breve tempo possibile, con conseguente miglioramento dell'outcome.

Obiettivi Formativi e contenuti

I partecipanti acquisiranno le peculiarità del trauma pediatrico per una corretta gestione extra- ed intra-ospedaliera, e in particolare:

- saper riconoscere le caratteristiche anatomiche, fisiologiche e psicologiche del bambino traumatizzato che lo differenziano dall'adulto;
- organizzare correttamente il trasporto del bambino traumatizzato;
- standardizzare le manovre di immobilizzazione e applicazione delle attrezzature;
- ridurre gli effetti secondari del trauma;
- acquisire ed applicare i principi della valutazione primaria e secondaria nella stabilizzazione del bambino con trauma;
- applicare i principi della gestione psicologica del bambino con trauma e dei genitori;
- comprendere i principi della Crisis Resource Management;
- identificare e trattare le lesioni associate al trauma ad immediato rischio di morte;
- saper riconoscere le caratteristiche cliniche delle lesioni traumatiche dei vari organi ed apparati.

Destinatari

Il Corso è indirizzato agli operatori sanitari coinvolti in ambito intra o extraospedaliero, nella gestione del paziente critico in età pediatrica.

Programma

Il Corso ha una durata di 3 giorni con orario dalle ore 08.00 alle ore 17.30.

Docenti

Gli istruttori di questo Corso sono Medici, Psicologhe e Infermieri del Trauma Center dell'Ospedale Meyer di Firenze e sono stati selezionati sulla base della loro esperienza nel trattamento del paziente con trauma.

Metodologie didattiche

Il Corso prevede:

- la presentazione di lezioni frontali sui problemi generali e specifici del paziente pediatrico con trauma;
- la presentazione e la discussione di casi clinici;
- simulazioni su manichino, guidate da istruttori pediatrici avanzati.

E' fondamentale lo studio approfondito del manuale che viene inviato ai partecipanti prima del Corso, allo scopo di ottimizzare l'apprendimento durante il Corso stesso.

Costi

- € 700,00 per Medici - € 500,00 per Infermieri - € 300,00 per Specializzandi.
- Il costo di iscrizione include il materiale didattico oltre coffee-station e pranzo delle tre giornate.
- Sono riconosciuti Crediti formativi ECM.

Segreteria Scientifica

Dott. Leonardo Bussolin (Dirigente Medico II Livello, Responsabile Trauma Center AOU Meyer Firenze)
Prof. Giorgio Conti (Professore Associato Anestesia e Rianimazione, Direttore UOC Terapia Intensiva Pediatrica, Policlinico Gemelli, Università Cattolica Roma)

Segreteria Organizzativa

e-mail - simulazione@meyer.it
Tel. 055-5662812 - Fax. 055-5662613
Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer
Viale Pieraccini 24, 50139 – FIRENZE

Sede Corso

Polo Biomedico e Tecnologico - Università degli Studi di Firenze
Nuovo Ingresso Careggi - Padiglione H3
Largo Brambilla, 3 – Firenze

Calendario Corsi

1° edizione – 21/22/23 marzo 2018
2° edizione – 24/25/26 ottobre 2018
3° edizione – 21/22/23 novembre 2018