

**Determinazione del Direttore della SSD Formazione n°** <u>1211</u> <u>del 22.06.2018</u>

# Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. Gianbachisio Melis.

PDTD/2018/1402

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

# 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. nº 14912 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 Beatrice Cancedda;

**Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione del Dott. Gianbachisio Melis al

Corso: "Corso Avanzato Del Trauma Pediatrico " che si terrà a Firenze dal 21.11.2018 al 23.11.2018, 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 del Dott. Gianbachisio Melis ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una

relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al

Corso;



Segue determinazione n. 1211 del 22.06.2018

# DETERMINA

Per i motivi esposti in premessa:

- 1. Autorizzare il Dott. Gianbachisio Melis al Corso: "Corso Avanzato Del Trauma Pediatrico" che si terrà a Firenze dal 21.11.2018 al 23.11.2018.
- 2. Autorizzare il Dott. Gianbachisio Melis 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 dal Dott. Gianbachisio Melis 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

Assegnatario SSD Formazione

Mittente : MELIS GIANBACHISIO



# **UFFICIO FORMAZIONE**



Emissione 28/01/2018 Revisione

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio 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

GLANBACHISIO Nome e Cognome ROUTO SOCCORSO PEDIATRICO Struttura di appartenenza Dipartimento Telefono /cellulare Area contrattuale: PEDIATRIA Qualifica □Comparto Dirigenza Sanitaria non Medica □Dirigenza Amm/Prof/Tec

dirigenza Medica Contratto 🗆 a tempo determinato a tempo indeterminato Data (gg/mm/aaaa)

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: CPC > Indrawer Firma e Timbro (leggibile) Del Coordinatore per il comparto sanità

Fondo:

□ føndo 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): <u>当</u>の

Firma e Timbro (leggibile)

AO/Brotzu - Cagliari)- P.O. S. MICHELE Il Responsabile della struttura organizzati wedicina della redicina della struttura organizzati wedicina della struttura organizzati organizzati wedicina della struttura organizzati wedicina della

Azienda Ospedaliera G. Brotzu

P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari

P.iva: 02315520920 www.aobrotzu.it

**Ufficio Formazione** 

Responsabile: Dott. Andrea Corrias

Tel. 070.5296.5576

Tel. 070.5296.5575-5578-5574

Fax: 070.5296.5594

E-mail: ufficioformazione@aob.it

**AO Brotzu** Sede Ufficio Formazione

Corpo G 1º piano Via Edward Jenner 09121 Cagliari www.aob.it

# **UFFICIO FORMAZIONE**

В

| Emissione | 28/01/20 | 18 |
|-----------|----------|----|
| Povi      | ciono :  |    |

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
- Fuori sede

MO-DG-FOR-017.1 Pagina 2 di 4

| 3. Dati dell'attività formativa   |   |   |
|---|---|---|
| Titolo: CORSO AU,   | AN ZATODI GESTIO                                      | OWE DELTRAUMA PEDIATE                     |
| Sede: ASIENDA OS  | PEDALIERO- UNIVER                                     | SITARIA MEYER-FIRENZ                      |
| Data: da (gg/mm/aaaa) <u>マイ/</u> 1  | 1/18 a (gg/mm/aaaa) 23/1                              | Durata dell'attività formativa in ore: N  |
| Tipologia evento  |   | ·   |
| ☐ Corso Corso teorico/pratico   | □ Congresso □ Convegno □                              | ISeminario □ frequenza in altra struttura |
| Organizzatore:  |   | ,   |
| Se organizzatore esterno, indicar<br>Attività ECM? Si   □ No<br>Allega* il programma e le notizie   | Se si, indicare il numero di credi                    | <u>.</u>                                  |
|   |   | E 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:  |   |   |
| <ul> <li>□ Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)</li> <li>⋈ A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA</li> <li>□ Non prevista</li> </ul> |   | € 700,00                                  |
| • Vitto:  |   | € 150,00                                  |
| Pernottamento:  |   | € 300,00                                  |
| • Viaggio:  | *Partenza giorno prima      *Rientro giorno dopo    □ | € 150,00                                  |
| • Altre spese:  |   | €   |
| Totale spesa presunta   |   | € 1300,00                                 |

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

Azienda Ospedaliera G. Brotzu P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari

P.iva: 02315520920 www.aobrotzu.it **Ufficio Formazione** 

Responsabile: Dott. Andrea Corrias

Tel. 070.5296.5576

Tel. 070.5296.5575-5578-5574

Fax: 070.5296.5594

E-mail: ufficioformazione@aob.it

**AO Brotzu** 

Sede Ufficio Formazione

Corpo G 1° piano Via Edward Jenner 09121 Cagliari www.aob.it

<sup>\*</sup> 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.



# **UFFICIO FORMAZIONE**

В

| Emissione | 28/01/2018 |  |
|-----------|------------|--|
| Revisione |            |  |

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Fuori sede

MO-DG-FOR-017.1 Pagina 3 di 4

| •  | •   |
|--|---|
| 5. Parere del Responsabile della Dire                                      | ezione Aziendale  |
|  | ampo 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: | ZIENDA OSPEDALIERA "G. PROTZU"  IL DIRETTORE SANGARIO  Dott. Vinicio Atzeni  Data (gg/mm/aaaa): |
|  |   |
| 6. Parere del Responsabile SSD Form  | azione  |
| Verifica e Parere di fattibilità per com                                   | petenze dell'Ufficio:   |
| □ Føvorevole   | □ Non favorevole  |
| Motivazione del parere:  |   |
|  | 10  |
| Data, <u> </u>   | Firma e Timbro (leggibile)  Il Responsabile Formazione  |

Resp.: Dott. Andrea Corrias

P.iva: 02315520920 www.aobrotzu.it Responsabile: Dott. Andrea Corrias Tel. 070.5296.5576 Tel. 070.5296.5575-5578-5574

Fax: 070.5296.5594

E-mail: ufficioformazione@aob.it



# **UFFICIO FORMAZIONE**

B

| Emissione | 28/01/2018 |
|-----------|------------|
| Revis     | enois      |

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Fuori sede

MO-DG-FOR-017.1 Pagina 4 di 4

|    |     | _      |     |
|----|-----|--------|-----|
| 7. | Ese | nzione | IVA |

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)

Alla Segreteria Organizzativa

| Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio  Del dipendente HELIS GIAW BACHISIO   |     |
|--|-----|
| Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Bro  | tzu |
| 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: (PRSO AVANZATO DI GESTIONE DEL TRANHA PE, AFRICO  Sede: A & L'ENDA OSPE DALIERA ((NIVERSITARIA MEYER - F, RENZE   |     |
| Data: da (gg/mm/aaaa) a (gg/mm/aaaa)   |     |
| Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azien<br>Ospedaliera G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valc<br>aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.<br>Codice univoco FIEFE2 |     |

Data, 21.6.2018

Firma e Timbro (leggibile)

Il Responsabile Formazione

UFFICIO FORMAZIONE
Resp.: Doit. Andrea Corrias









Policiinico Agostino Gemelli Università Cattolica del Sacro Cuor



# 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 è 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 19 - 20 - 21 / 41 / 20 18



#### Alessandro Canetto <alessandro.canetto@gmail.com>

# Corso Avanzato Gestione Trauma Pediatrico 2018

1 messaggio

Corso Trauma Pediatrico < corsotrauma pediatrico @gmail.com>

29 maggio 2018 12:32

A: Alessandro Canetto <alessandro.canetto@gmail.com>

Gent.mo Dr. Canetto,

a seguito suo interessamento la informiamo che per motivi organizzativi che le date dell'edizione di novembre sono state modificate:

il corso si terrà nei giorni 19-20-21 novembre -

Rimangono invece invariate le date per l'edizione precedente che è confermata nei giorni <u>24-25-26 ottobre</u>. Cordiali saluti

Donatella Rossi Segreteria organizzativa Tel. 055-5662812 Cell. 340-8408402

Trauma Center

Responsabile Dott. Leonardo Bussolin Azienda Ospedaliero Universitaria A. Meyer Viale Pieraccini 24 - 50139 Firenze www.meyer.it/simulazione

Il giorno 9 febbraio 2018 13:07, Alessandro Canetto <alessandro.canetto@gmail.com> ha scritto:

Buongiorno Donatella,

La ringrazio per l'invito.

Purtroppo per marzo non ci sono i tempi tecnici per avere le autorizzazioni dalla nostra amministrazione ed organizzare i turni.

5 di noi invece dovrebbero partecipare ai corsi di ottobre e novembre (magari suddivisi in gruppi da 3 e 2). Mi attiverò al più presto e le farò sapere.

Cordiali saluti.

Alessandro Canetto

Il giorno 4 febbraio 2018 09:28, Corso Trauma Pediatrico . <corsotraumapediatrico@gmail.com> ha scritto:

Buongiorno,

a seguito precedente interessamento inviamo in allegato la brochure del corso in oggetto.

Ci sono ancora alcuni posti disponibili anche per l'edizione di marzo.

Nel caso intendesse partecipare può inviare a questo indirizzo mail la scheda anagrafica compilata.

La ringrazio anticipatamente se vorrà diffondere queste informazioni anche tra i suoi colleghi che potrebbero essere interessati.

Cordiali saluti

Donatella Rossi Segreteria organizzativa Tel. 055-5662812 Cell. 340-8408402

---

Trauma Center

Responsabile Dott. Leonardo Bussolin

Azienda Ospedaliero Universitaria A. Meyer

Viale Pieraccini 24 - 50139 Firenze