

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D. Formazione

N. 1400

del 20.09.2023

Oggetto: Aggiornamento Obbligatorio Infermiera Iliaria Caboni
PDTD/2023/1412

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 20.09.2023 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.C. Affari Generali - Ufficio Delibere

La presente Determinazione Dirigenziale prevede un impegno di spesa a carico dell'ARNAS G. Brotzu
SI NO

Il Responsabile della S.S.D. Formazione

Visto il D. LGS. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la Legge Regionale n. 24 del 11/09/2020 – Riforma del Sistema Sanitario Regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della Legge Regionale n. 10 del 2006, della Legge Regionale n. 23 del 2014 e della Legge Regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore;

Visto il D. LGS. 50/2016;

Vista la Deliberazione n. 1811 del 07/08/2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della S.S.D. Formazione alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;

Vista la Deliberazione n. 72 del 20/01/2023, con la quale è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'ARNAS G. Brotzu;

Dato Atto che, al fine di garantire la regolare attività formativa, si rende necessario procedere all'autorizzazione degli aggiornamenti fuori sede come da precedente Organigramma;

Vista la comunicazione NP/2023/6030 del 05/09/2023, con la quale il Direttore f.f. della S.C. Pronto Soccorso e OBI ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento in favore della Dott.ssa Iliaria Caboni;

Visto il parere favorevole del Direttore del Dipartimento Emergenza - Urgenza;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Iliaria Caboni all'evento formativo dal titolo: "ATCN® - Advanced Trauma Care For Nurses®", che si terrà a Torino dal 13/11/2023 al 15/11/2023, per una spesa complessiva presunta di € 1.530,00 (millecinquecentotrenta/00 euro) come da documentazione agli atti di questa S.S.D.;

segue Determinazione n. 1400 del 20.09.2023

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo Strategico Aziendale per l'aggiornamento obbligatorio - Anno 2023, del quale risulta verificata la copertura finanziaria, e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici, a cura della dipendente, di una relazione sull'aggiornamento, dell'attestato di partecipazione all'evento formativo e della documentazione giustificativa;

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa, di:

1. Autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Ilaria Caboni all'evento formativo dal titolo: "ATCN® - Advanced Trauma Care For Nurses®", che si terrà a Torino dal 13/11/2023 al 15/11/2023;
2. Autorizzare la Dott.ssa Ilaria Caboni, per motivi organizzativi, alla partenza il giorno precedente e al rientro quello successivo rispetto alle date di svolgimento dell'evento formativo sopra riportato;
3. Dare atto che la spesa complessiva presunta di € 1.530,00 (millecinquecentotrenta/00 euro) ricadrà sul Fondo Strategico Aziendale per l'aggiornamento obbligatorio - Anno 2023, del quale risulta verificata la copertura finanziaria;
4. Autorizzare la liquidazione della quota di iscrizione previa ricezione della fattura da parte dell'Ente organizzatore;
5. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici, a cura della dipendente, di una relazione sull'aggiornamento, dell'attestato di partecipazione all'evento formativo e della documentazione giustificativa;
6. Trasmettere la presente Determinazione al Direttore della S.C. Risorse Umane e Relazioni Sindacali.

Il Responsabile della S.S.D. Formazione
Dott.ssa Carla Ghiani

Estensore



Emissione 28/01/2018
Revisione 12/04/2022

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

Dott.ssa/Dott. Sig.ra/Sig.

Nome e Cognome

ILARIA LABONI

Struttura di appartenenza

ARNAS BROTZU, SAN MICHELE, PRONTO SOCCORSO

Dipartimento

DEA

Telefono /cellulare

e-mail

Qualifica

INFERTIENZA

Area contrattuale:

- Comparto
- Dirigenza Sanitaria
- Dirigenza Medica
- Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto a tempo determinato a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 20/07/23

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

Laboni Ieri

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
D.E.A. - S.C. di Pronto Soccorso
e Medicina d'Urgenza
Coordinatrice: Bruna Giorgi

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): _____

Firma e Timbro (leggibile)

AO Brotzu - Cagliari
D.E.A. - S.C. di Pronto Soccorso
e Medicina d'Urgenza
Direttore l.f.: Dr. Fabrizio Polo

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari

SSD Formazione
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
Responsabile: Dott.ssa Carla Ghiani
DIRETTORE
Dott. Giuseppe Dessì
Tel. 070.539525-539421-539331
E-mail: ufficioformazione@aob.it

Emissione 28/01/2018
Revisione 12/04/2022

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.6
Pagina 2 di 4

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: ATCN ADVANCED TRAUMA CARE FOR NURSES

Sede: TORINO

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>13/11/23</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>15/11/23</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. <u>22 h</u>
-------	---------------------------------	--------------------------------	---

Tipologia evento

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

Organizzatore: TREAT SRL, TRAUMA & EMERGENCY ADVANCED TRAINING

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider 10682660011

Attività ECM? Si | No

Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati: 41.80

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:

<ul style="list-style-type: none"> Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente) <input checked="" type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA <input type="checkbox"/> Non prevista 	€ 650.00
• Vitto:	€ 260
• Pernottamento:	€ 650
• Viaggio:	€ 160.00
<ul style="list-style-type: none"> *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/> *Rientro giorno dopo <input checked="" type="checkbox"/> 	
• Altre spese: <u>TRASPORTO PUBBLICO</u>	€ 30
Totale spesa presunta	€ <u>1530</u>

*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.

Emissione 28/01/2018
Revisione 12/04/2022

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.6
Pagina 3 di 4

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

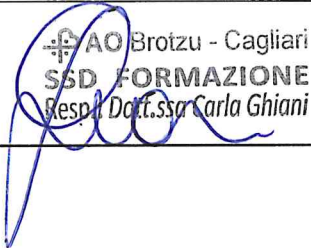
Non favorevole

Motivazione del parere:

Data, 05.09.13

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione


AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp. Dott.ssa Carla Ghiani

Emissione 28/01/2018
Revisione 12/04/2022

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.6
Pagina 4 di 4

7. Esenzione IVA

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente PARONI ILARIA

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: ATCN ADVANCED TRAUMA CARE FOR NURSES

Sede: TORINO

Data: da (gg/mm/aaaa) 13/11/23 a (gg/mm/aaaa) 15/11/23

Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione 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, ~~20/07/23~~

05.09.23



Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione


Resp.: Dott.ssa Carla Ghiani





PROGRAMMA DEL CORSO

Data: **13.14.15 NOVEMBRE 2023**

Course Number: **2023 - 481**

Sede: **TORINO**

Crediti ECM: **IN FASE DI ACCREDITAMENTO**

ATCN National Program Director
PIGNATTA Fabrizio

REVISIONE 05 – 06 Gennaio 2022

PRIMO GIORNO			
07.45 – 08.00	Registrazione - Ritiro Pre-Tests		F
08.00 – 08.15	Tutoring di inizio giornata		
	Gruppo Rosso	Istr. Lavinia TESTA	
	Gruppo Blu	Istr. Zeld VANNUCCHI	
	Gruppo Verde	Istr. Fabrizio FIORENTINO	T 15
	Gruppo Giallo	Istr. Andrea MASTROENI	
08.15 – 08.30	Benvenuto e presentazione del corso		Dir. Fabrizio PIGNATTA F15
08.30 – 09.30	Modello ATLS/ATCN - Valutazione e Trattamento iniziale		Dir. Fabrizio PIGNATTA F60
09.30 – 10.20	Dimostrazione Valutazione e trattamento iniziale		Istr. Lavinia TESTA (Inf.1) Istr. Fabrizio FIORENTINO (Inf. 2) Istr. Fabrizio PIGNATTA (Dottore) Istr. _____ (Paziente) Istr. Andrea MASTROENI (Istruttore) Dim 50
10.20 - 11.20	Stazioni Pratiche di valutazione e trattamento iniziale		
	Gruppo Rosso	Caso clinico 13 – 14 – 15 – 16	Istr. Lavinia TESTA
	Gruppo Blu	Caso clinico 13 – 14 – 15 – 16	Istr. Zeld VANNUCCHI
	Gruppo Verde	Caso clinico 13 – 14 – 15 – 16	Istr. Fabrizio FIORENTINO
	Gruppo Giallo	Caso clinico 13 – 14 – 15 – 16	Istr. Andrea MASTROENI
11.20 – 11.30	Pausa Caffè		
11.30 – 12.05	Trattamento vie aeree e ventilazione		Istr. Andrea MASTROENI F35
12.05 – 12.40	Shock		Istr. Lavinia TESTA F35
12.40 – 13.15	Trauma toraco-addominale-pelvico		Istr. Zeld VANNUCCHI F35
13.15 – 14.00	Pranzo		
14.00 – 18.00	Skill Pratiche – ATCN		
	60'	Valutazione e trattamento iniziale A e D	Casi clinici 6 e 7 Istr. Fabrizio FIORENTINO
	60'	Shock emorragico	Casi clinici 2 e 3 Istr. Lavinia TESTA
	60'	Valutazione e trattamento iniziale B e C	Casi clinici 4 e 5 Istr. Zeld VANNUCCHI
	60'	Trattamento vie aeree e ventilazione	Caso clinico 1 Istr. Andrea MASTROENI
18.00 18.20	Revisione degli obiettivi del primo giorno		Dir. Fabrizio PIGNATTA Dis 20
18.20 – 18.30	Tutoring		
	Gruppo Rosso	Istr. Lavinia TESTA	
	Gruppo Blu	Istr. Zeld VANNUCCHI	
	Gruppo Verde	Istr. Fabrizio FIORENTINO	T 10
	Gruppo Giallo	Istr. Andrea MASTROENI	

SECONDO GIORNO

08.00 – 08.35	Trauma cranico		Istr. Andrea MASTROENI	F35
08.35 – 09.20	Trauma della colonna, midollo ed apparato locomotore		Istr. Zeldà VANNUCCHI	F45
09.20 – 10.00	Il trauma Pediatrico		Istr. Fabrizio PIGNATTA	F40
10.00 – 10.15	Trasferimento al trattamento definitivo		Istr. Fabrizio FIORENTINO	F15
10.15 – 10.30	Pausa caffè			
10.30 – 12.30	Pazienti speciali			
	<i>Gruppo Rosso</i>	Trauma in gravidanza	Caso clinico 17	Istr. Lavinia TESTA
	<i>Gruppo Blu</i>			Istr. Zeldà VANNUCCHI
	<i>Gruppo Verde</i>	Trauma da ustione	Caso clinico 18	Istr. Fabrizio FIORENTINO
	<i>Gruppo Giallo</i>	Trauma nell'anziano	Caso clinico 19	Istr. Andrea MASTROENI
12.30 – 13.00	Tutoring			
	<i>Gruppo Rosso</i>	Istr. Lavinia TESTA		
	<i>Gruppo Blu</i>	Istr. Zeldà VANNUCCHI		
	<i>Gruppo Verde</i>	Istr. Fabrizio FIORENTINO		
	<i>Gruppo Giallo</i>	Istr. Andrea MASTROENI		
13.00 – 14.00	Pranzo			
14.00 – 17.00	Skill pratiche – ATCN			
	Trauma muscolo scheletrico e spinale	Scenario 9	Istr. Zeldà VANNUCCHI	P45
90'	Trauma cranico	Scenario 10	Istr. Andrea MASTROENI	P45
15.30 – 15.45	Pausa Caffè			
	Trauma pediatrico	Scenario 8	Istr. Fabrizio PIGNATTA	P45
90'	Valutazione e trattamento iniziale - AD e BC	Scenari 11 e 12	Istr. Fabrizio FIORENTINO	P45
17.00 – 17.30	Correzione del Pre-Test		Dir. Fabrizio PIGNATTA	Dis 30
17.30 – 17.40	Revisione degli obiettivi del secondo giorno		Dir. Fabrizio PIGNATTA	Dis10

TERZO GIORNO

08.00 - 08.40	Discussione sugli scenari di Triage	Dir. Fabrizio PIGNATTA Istr. Andrea MASTROENI	Dis 40
08.40 - 09.40	Test scritto gruppo A - B	Dir. Fabrizio PIGNATTA	V 60
08.40 - 09.40	Stazioni valutative Pratiche – ATCN gruppo C - D	Dir. Fabrizio PIGNATTA	V 60
15'	CASO A	Istr. Fabrizio FIORENTINO	
15'	CASO B	Istr. Lavinia TESTA	V 60
15'	CASO C	Istr. Zeldà VANNUCCHI	
15'	CASO D	Istr. Andrea MASTROENI	
10.00 – 11.10	Test scritto gruppo C - D	Dir. Fabrizio PIGNATTA	V 60
10.00 – 11.10	Stazioni valutative pratiche – ATCN gruppo A - B	Dir. Fabrizio PIGNATTA	V 60
15'	CASO A	Istr. Fabrizio FIORENTINO	V 60
15'	CASO B	Istr. Lavinia TESTA	V 60
15'	CASO C	Istr. Zeldà VANNUCCHI	V 60
15'	CASO D	Istr. Andrea MASTROENI	V 60
11.10 – 12.00	ATCN Faculty meeting		
12.00	Chiusura corso	ATCN Faculty	

Legenda:

- F - Lezione Frontale
- Dim - Dimostrazione
- P - Stazione Pratica
- Dis - Discussione
- T - Tutoraggio
- V - Valutazione
- I.C. - Instructor Candidate (istruttore in affiancamento)