

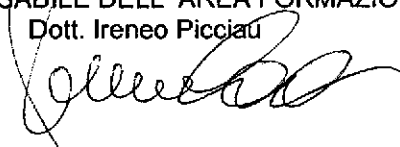
## Allegato "A"

Aggiornamento Individuale Fuori Sede Corso  
"Lo sviluppo del bambino normale e patologico: primi elementi sulla  
paralisi cerebrale infantile"  
dei dipendenti Cau Maria Paola (matr. n.53078), Trudu Sabrina  
(matr. n.53616), Pisano Marina (matr. n.46693), Lecis Paola (matr.  
n.51809), Mezzorani Maurizio (matr. n.46319)

Cagliari, 13-14/06/2014

Il presente allegato è composto  
di n. 30 fogli, di n. 30 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE  
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 786 DEL 16 GIU. 2014

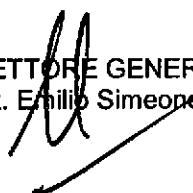
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Ugo Sironi)



IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Eraldo Simeone)



ASL8  
NP/2014/ 0011204 del 20/03/2014 ore 09,48  
Mittente DISTRETTO 3 - Quartu-Parteolla

Al Direttore Sanitario  
SEDE

Assegnatario DIREZIONE SANITARIA

Classifica 1.5.7 Fascicolo: 1 del 2014

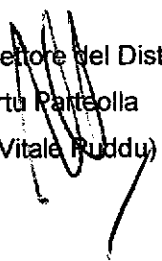


Oggetto: Richiesta partecipazione operatori U.O.N.P.I.A. al Corso "Lo sviluppo del bambino normale e patologico-primi elementi sulla P.C.I.".

Si trasmette in allegato alla presente, la richiesta degli operatori dell'U.O.N.P.I.A. Distrettuale per la partecipazione al Corso di cui all'oggetto, patrocinato dalla ASL 8, stante la valenza formativa di aggiornamento professionale ai fini dell'attività svolta, con preghiera di voler apporre il visto autorizzativo per l'ufficio formazione.

Distinti saluti

Il Direttore del Distretto F.F.  
Quartu Parteolla  
(Dr. Vitale Raddu)



*Al sig. Resp. Area Formazione  
per essere autorizzato*

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Ugo Storelli)



AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI  
DIREZIONE SANITARIA  
21 MAR. 2014  
**ARRIVATA**

4

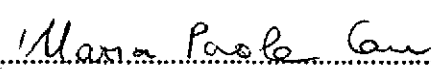
-Alla cortese attenzione  
del Direttore del Distr. Quartu/Parteolla  
della A.S.L 8 Cagliari

I sottoscritti Operatori dell'U.O.N.P.I.A. del Distretto da Lei diretto, ai fini dell'attività clinica svolta all'interno della stessa U.O., stante la particolare valenza formativa di aggiornamento professionale del Corso: "Lo sviluppo motorio del bambino normale e patologico: primi elementi sulla P.C.I." in programma a Cagliari il 13 e 14 giugno presso la sala congressi dell'Azienda Ospedaliera Brotzu e patrocinato anche dalla Azienda ASL 8 Cagliari, chiedono di poter partecipare all'evento con oneri economici a carico della A.S.L. 8 per la partecipazione al Corso. Si fa presente che la scadenza per l'iscrizione senza aggravio economico è: l'11/05/2014 ed è a numero chiuso per un massimo di 90 partecipanti con 14 crediti ECM previsti per un costo per partecipante di: 170.80 euro (compresivo di IVA) per i Medici, e di: 146.40 (compresivo di IVA) per i Fisioterapisti e gli Psicomotricisti. Sperando in un sollecito positivo riscontro, porgiamo i più cordiali saluti.

Quartu S. Elena, 18./marzo/2014

gli Operatori dell'U.O.N.P.I.A.  
del Distr. Quartu/Parteolla della A.S.L. 8 Cagliari

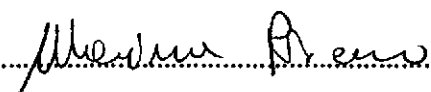
N.P.I. Dott.ssa M. Paola Cau

  
.....

N.P.I. Dott.ssa Sabrina Trudu

  
.....

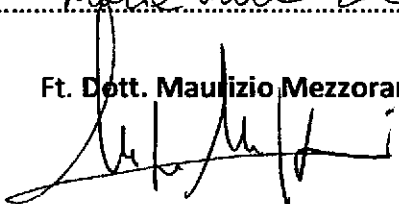
Ft. Dott.ssa Marina Pisano

  
.....

Ft. M. Paola Lecis

  
.....

Ft. Dott. Maurizio Mezzorani

  
.....



ASL8

NP/2014/ 0013889 del 08/04/2014 ore 10,10

Mittente: Area Formazione

Assegnatario: DIREZIONE SANITARIA

Classifica: 1. Fascicolo: 138 del 2014



Al Direttore Sanitario

Dott. Ugo Storelli

SEDE

**Oggetto:** richiesta partecipazione operatori U.O.N.P.I.A. al corso "Lo sviluppo del bambino normale e patologico: primi elementi sulla P.C.I.".

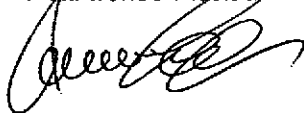
In riferimento alla nota n° NP/2014/ 0011204 del 20.03.2014, a firma del Direttore F.F. del Distretto di Quartu-Parteolla, ed alla nota n° NP/2014/ 0011966 a firma del Direttore F.F. dell'UOC Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza del Distretto 1 di Cagliari, per le quali la S.V. ha richiesto una valutazione in termini di disponibilità economica da parte della struttura da me diretta, si comunica quanto segue.

- Il budget aziendale per la formazione è interamente impegnato per la realizzazione del Piano Formativo Aziendale 2014. Pertanto, l'autorizzazione della partecipazione degli operatori all'evento in questione da parte della Direzione aziendale dovrebbe prevedere una qualche forma di impegno economico aggiuntivo.
- Tuttavia, essendo stato definito anche il budget per la Formazione Specifica, che è stato tempestivamente comunicato ad ogni struttura aziendale, nulla impedisce che per la partecipazione al corso gli operatori richiedenti possano investire la propria quota pro capite di tale fondo, per coprire, in buona parte, le spese di iscrizione.
- In tal modo, in riferimento alla richiesta del Distretto di Quartu-Parteolla, l'Azienda dovrebbe prevedere un impegno aggiuntivo di spesa piuttosto limitato. Infatti, se l'Azienda percorresse tale strada, le due Neuropsichiatre Infantili, disponendo di una cifra pro capite di € 145,48 potrebbero pagarsi per intero la partecipazione (che costa per i medici € 140), mentre per i tre Fisioterapisti, che dispongono di un budget individuale di € 54,49, si dovrebbe prevedere un contributo aziendale complessivo di € 196,53. Se l'Azienda disponesse, invece, di autorizzare per gli operatori l'aggiornamento obbligatorio, l'impegno di spesa sarebbe di € 640.
- Rispetto all'analoga richiesta da parte della U.O.N.P.I.A. del Distretto 1, che si riferisce alla partecipazione al medesimo corso di 1 NPI e di 6 Terapisti della Riabilitazione, si potrebbe applicare lo stesso metro, prevedendo la messa a disposizione del budget della formazione specifica a parziale copertura delle spese. In tal modo, l'impegno economico dell'Azienda si ridurrebbe a € 387,58 in luogo degli € 860 che costituirebbero l'impegno aggiuntivo di spesa, se l'Azienda autorizzasse l'aggiornamento obbligatorio.

In attesa di eventuali disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



*free formale  
della parte  
al corso 2014*

*Ugo Storelli*

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Ugo Storelli)

## Richiesta di aggiornamento facoltativo individuale

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.**

*Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 4 comma 2 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"*

### 1. Limite di spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:    
 NO:

Indicare il limite massimo delle spese rimborsabili: € \_\_\_\_\_ (l'importo rientra nel budget assegnato alla struttura).

### 2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a CAU MARIA PAOLA  
 Nato a CAGLIARI il (gg/mm/aaaa) 05/11/1956  
 Residente in CAGLIARI  
 Matricola 53078  
 Dipartimento DISTRETTO QUARTU/PARTEOLLA - UONPIA  
 Struttura Complessa /Struttura Semplice VIA TURATI 4/E QUARTU S. ELENA  
 Dipartimentale DIRIGENTE MEDICO  
 Indirizzo di lavoro NEUROPSICHIATRA INFANTILE  
 Posizione funzionale 0706097426 e-mail maria.paula.cau@aslscagliari.it.  
 Qualifica Selargius Data (gg/mm/aaaa): 14-03-2014  
 Telefono MARIA PAOLA CAU  
 Luogo: Maria Paola Cau  
 Nome e cognome del partecipante (in stampatello) Firma (leggibile)

ASL8

NP/2014/ 0018726 del 15/05/2014 ore 13,19

Mittente: DISTRETTO 3 - Quartu-Parteola

Assegnatario Area Formazione

Pag. 17 di 36

Classifica 1. Fascicolo 161 del 2014



3. Dati dell'attività formativa

Titolo: "LO SVILUPPO MOTORIO DEL BAMBINO NORMALE E PATOLOGICO: PRIMI  
EVENIMENTI SULLA P.C.I."

Sede: CAGLIARI, OSPEDALE BROTTU - SALA CONSOROSI

Data: da (gg/mm/aaaa) 13.06.2014 a (gg/mm/aaaa) 14.06.2014

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 15

Organizzatore: PER CORSI - DARIA PIAZZI

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: DARIA PIAZZI - V. DI JANO 12/02 40065 PIANORO  
(BO)

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA:

Attività ECM?  Si |  No Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati: 14

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: MEDICI - NEUROPSICHIATRI INF.

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:  Si |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

- Iscrizione: € 140/00 + IVA
- Viaggio: €
- Rimborso uso auto<sup>1</sup>: € (indicare i KM)
- Albergo: €
- Pasti: €
- Altre spese: €

Totale spesa presunta: € 140/00 + IVA

Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste: % 100%

<sup>1</sup> L'uso dell'auto propria è consentito esclusivamente in ambito regionale.

**PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

**(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)**

**TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA**

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

- Favorevole  
 Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

INDEBENTEMENTE C'È UNA DATA DI ISOTAZIONE E NECESSARIA  
LA VALUTAZIONE LE PERFORMANCE DEL  
SISTEMA

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

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

VITALE PADDU

Timbro e firma (leggibile)  
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura  
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

Vitale Paddu

8.30 Registrazione dei partecipanti  
8.50 Saluti delle autorità e introduzione al corso

I Sessione

LO SVILUPPO NORMALE

Moderatore: Paolo Gasco

9.00 Organizzazione posturo-motora  
Miriana Fresi  
9.40 Organizzazione della manipolazione  
Elisabetta Garau

10.20 Lo sviluppo psico-relazionale  
Anna Rosa Colonna

11.00 Coffee break

11.15 Competenze visive  
Anna Rosa Colonna

11.50 Discussione

13.15 Pausa pranzo

II Sessione

LO SVILUPPO PATOLOGICO ELEMENTI OSSERVAZIONALI E ASPETTI RIABILITATIVI

Prima Parte

Moderatore: Giangiorgio Crisponi

14.00 Etiopatogenesi del danno  
Antonella Gersosimo

14.30 Indagini strumentali e indicatori prognostici dell'encefalopatia perinatale  
Dario Pruna

15.10 Segni predittivi precoci: l'importanza del follow up  
Anna Rosa Colonna

15.50 Il disturbo percettivo  
Nicola Pagnoni

16.30 Proposte riabilitative  
Miriana Pagnoni

17.00 Discussione

Chiusura lavori

III Sessione

LO SVILUPPO PATOLOGICO ELEMENTI OSSERVAZIONALI E ASPETTI RIABILITATIVI

Seconda Parte

Moderatore: Dario Pruna

9.00 Organizzazione posturo-motora  
Nicola Pagnoni

9.40 Proposte riabilitative  
Miriana Pagnoni

10.20 Organizzazione della manipolazione  
Antonella Gersosimo

11.00 Coffee break

11.15 Proposte riabilitative  
Miriana Pagnoni

11.55 Discussione

13.30 Chiusura lavori

M. Barusti, A. Gersosimo, A. Colonna, M. Pagnoni:  
UOC Medicina Riabilitativa Infantile  
IRCCS Istituto delle Scienze  
Neurologiche di Bologna

G. Crisponi: UO Ospedale Ginecologia, Clinica S. Anna,  
Cagliari

M. Fresi: SC Medicina Riabilitativa, ASL 7 Carbonia

P. Gasco: European Board of Physical Medicine and  
Rehabilitation

E. Garau: SC Medicina Riabilitativa, ASL 7 Carbonia

D. Pruna: Unità di Fisiologia Clinica di  
Neuropsichiatria Infantile, AOU Cagliari



# INFORMAZIONI GENERALI

Proiezioni e programmi di studio della Commissione Nazionale Competenze Professionali del Ministero della Sanità. La Formazione ECM, necessaria per il mantenimento della competenza e per l'aggiornamento professionale, è assai impegnativa e responsabile, con un impegno di alta competenza e di alta qualità. L'obiettivo di questa attività è:

## Metodologia: formazione residenziale

**Obiettivo formativo:** Offrire, attraverso corsi di alta qualità, di classe, di competenza e di specializzazione, a ciascuna attività dell'ospedale il miglior corso di studio e di aggiornamento.

**Modalità didattiche:** lezioni frontali.

L'acquisizione dei crediti è subordinata alla partecipazione OBBLIGATORIA di tutti i medici e ai superamento della prova scritta finale.

Il corso è anche ad invito diretto dello sponsor.

## CREDITI ECM e DESTINATARI

- Accreditamento n° 81-903-17 / Crediti attribuiti al perfezionamento delle categorie professionali accreditate:
- medici: fisiatru, neuropsichiatri infanzia, pediatru, fisioterapisti
  - terapisti della neuro e psicomotorica dell'età evolutiva
  - tecnici ortopedici

## SEDE

Sala Congressi Osp. Brotzu  
Via Peretti-Cagliari

## COSTI E MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Iscrizione è a numero chiuso, per un massimo di 90 partecipanti con crediti ECM. Saranno disponibili ulteriori posti senza ECM. Per accedere al posto con ECM, alla data di arrivo della scheda di partecipazione, con copia della tessera di iscrizione, presso la segreteria organizzativa.

Indirizzo	Periodo	Data	Orario	Partecipanti	Crediti
ASL 7 Carbonia Via S. Maria 09014 Carbonia Tel. 049188381	13-14 giugno	2014	8.30-18.00	90	6
ASL 7 Carbonia Via S. Maria 09014 Carbonia Tel. 049188381	13-14 giugno	2014	8.30-18.00	90	6
ASL 7 Carbonia Via S. Maria 09014 Carbonia Tel. 049188381	13-14 giugno	2014	8.30-18.00	90	6

Dal 30/05/2014 non saranno rimborsate le quote di iscrizione.

Questo corso è un'attività di aggiornamento per i medici e i tecnici ortopedici, fisiatru, neuropsichiatri infanzia, pediatru, fisioterapisti, terapisti della neuro e psicomotorica dell'età evolutiva e tecnici ortopedici. È un corso a numero chiuso e la partecipazione è gratuita. Il corso è organizzato dalla Segreteria Organizzativa Ospedale Brotzu e dalla Direzione Generale Ospedale Brotzu.

## SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

Dr.ssa Antonella Carosino, tel. 0705/659781  
e-mail: [antonella.carosino@asl7carbonia.it](mailto:antonella.carosino@asl7carbonia.it)  
Dr.ssa Marina Tesoro, tel. 0705/7392765  
e-mail: [marina.tesoro@asl7carbonia.it](mailto:marina.tesoro@asl7carbonia.it)

## SEGRETERIA SCIENTIFICA

Dr. Antonio M. Sestini, tel. 0705/659781  
e-mail: [antonio.mestini@asl7carbonia.it](mailto:antonio.mestini@asl7carbonia.it)  
Dr. Roberto M. Sestini, tel. 0705/659781  
e-mail: [roberto.mestini@asl7carbonia.it](mailto:roberto.mestini@asl7carbonia.it)



**OSTOR S.R.L.**  
OFFICINA ORTOPEDICA  
VIA S. MARIA 1, 09014 CARBONIA (CA)  
TEL. 049 188381

## Corso di aggiornamento ECM

PROGRAMMA PRELIMINARE  
**LO SVILUPPO MOTORIO DEL BAMBINO NORMALE E PATOLOGICO: PRIMI ELEMENTI SULLA PARALISI CEREBRALE INFANTILE**

Direttori del corso:  
Antonella Carosino, Mariana Pisu

**CAGLIARI**  
**13 e 14 giugno 2014**

Con il patrocinio di:



**REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
**Azienda Ospedaliera Brotzu**

**ASL 7 Carbonia**  
**Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Cagliari**



## Richiesta di aggiornamento facoltativo individuale

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.**

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 4 comma 2 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"

### 1. Limite di spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

Indicare il limite massimo delle spese rimborsabili: € \_\_\_\_\_ (l'importo rientra nel budget assegnato alla struttura).

### 2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a SABRINA TRUDU  
 Nato a CAGLIARI il (gg/mm/aaaa) 13/07/68  
 Residente in CAGLIARI  
 Matricola 53616  
 Dipartimento DISTRETTO QUARTU-PANTEOLIA  
 Struttura Complessa /Struttura Semplice Dipartimentale UONPIA  
 Indirizzo di lavoro QUARTU VIA TUNATI 4/E  
 Posizione funzionale Dicigente Medico  
 Qualifica \_\_\_\_\_  
 Telefono 070/6037243 e-mail SABRINATRUDU@ASL8CAGLIARI.IT  
 \_\_\_\_\_ STRUDU@GMAIL.COM  
 Luogo: Selargius Data (gg/mm/aaaa): 17-03-2014

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) SABRINA TRUDU  
 Firma (leggibile) Selargius

ASL8

NP/2014/ 0018724 del 15/05/2014 ore 13,17

Mittente: DISTRETTO 3 - Quartu-Panteocia

Assegnatario: Area Formazione

Classifica: 1. Fascicolo: 161 del 2014



**3. Dati dell'attività formativa**

Titolo: "do gruppo motorio del bambino normale e patologico: primi elementi <sup>sulle P.C.I.</sup>"

Sede: CAGLIARI, OSPEDALE BROTTU SALA CONGRESSI

Data: da (gg/mm/aaaa) 13/06/2014 a (gg/mm/aaaa) 14/06/2014

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 15

Organizzatore: Pex cox - Daria Piazzi

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: DARIA PIAZZI - VIA DI JANO 12/07 40065 PLANORO - BO

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: \_\_\_\_\_

Attività ECM?  Sì |  No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: 14

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: \_\_\_\_\_

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:  Sì |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE

**4. Stima di spesa**

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

- Iscrizione: € 170,80 (quote e IDEXHOME € 140 + IVA)
- Viaggio: €
- Rimborso uso auto<sup>1</sup>: € (indicare i KM)
- Albergo: €
- Pasti: €
- Altre spese: €

Totale spesa presunta: € 140 + IVA

Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste: % 100%

<sup>1</sup> L'uso dell'auto propria è consentito esclusivamente in ambito regionale.

**PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**  
**(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)**  
**TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA**

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

- Favorevole  
 Non favorevole

Modificazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

INDEBENTEMENTE L'UNITA' DI SERVIZIO E NECESSARIA  
LA VALUTAZIONE DE PERFORMANZE DEL  
SERVIZIO

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

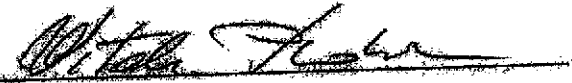
Luogo: \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

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

VITALE PADDU

Timbro e firma (leggibile)  
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura  
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)



**INFORMAZIONI GENERALI**

Proiezioni comunicative e di settore. E' prevista la partecipazione nazionale delle Province, dei Comuni, degli Ordini professionali, delle Associazioni ECM, degli enti di ricerca. Sono ammessi anche i corsi per tutte le categorie professionali, trattate e si assume ogni responsabilità degli studenti. In questi casi la completezza si basa di questa attività ECM.

Metodologia: formazione residenziale.

**Obiettivi formativi:** contenuti teorici e professionali specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività specialistica.

Modalità didattiche: lezioni frontali.

L'acquisizione dei crediti è subordinata alla partecipazione **OBBLIGATORIA** al 100% del corso e al superamento dell'ultima scritta finale.

Il corso è anche ad invito diretto dello sponsor.

**CREDITI ECM e DESTINATARI**

Accreditamento: n° 81.903.17. Crediti attribuiti in 14 procedure.

- le categorie professionali accreditate
- medici: fisiatrici, neuropsichiatra infantile, pediatri
- fisioterapisti
- terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- tecnici ortopedici

**SEDE**

Sala Congressi, Osp. Brotzu  
Via Peretti-Cagliari

**COSTI E MODALITÀ DI ISCRIZIONE**

L'iscrizione è a numero chiuso per un massimo di 90 partecipanti con crediti ECM. Saranno disponibili ulteriori 10 posti (spazio ECM) per accedere ai posti con crediti ECM in data di arrivo della scheda di partecipazione. Per informazioni dell'awantaggio pagamentale.

Il corso è a partecipazione gratuita. Per informazioni e iscrizioni:

ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica	ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica	ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica	ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica
ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica	ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica	ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica	ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica
ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica	ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica	ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica	ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica
ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica	ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica	ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica	ASSTOR s.r.l. - Officina Ortopedica

Dal 30/05/2014 non saranno rimborsate le quote di iscrizione.

contiene la solvibilità e l'efficienza. Per informazioni e iscrizioni:

Non si accettano pagamenti con carte di credito in sede congressuale.

Il corso è a partecipazione gratuita. Per informazioni e iscrizioni:

Il corso è a partecipazione gratuita. Per informazioni e iscrizioni:

Il corso è a partecipazione gratuita. Per informazioni e iscrizioni:

**SECRETARIA ORGANIZZATIVA**



Dati e contatti del corso: 0709/270603135  
E-mail: [info@percorsainformazione.com](mailto:info@percorsainformazione.com)  
Per informazioni: 0709/270603135  
[www.percorsainformazione.com](http://www.percorsainformazione.com)

**SECRETARIA SCIENTIFICA**

Dott.ssa Antonella Casosimo, tel. 0709/659781  
E-mail: [casosimot@casosimohydro.com](mailto:casosimot@casosimohydro.com)  
Dott.ssa Marina Frau, tel. 0709/3922708  
E-mail: [casosimomarina@casosimohydro.com](mailto:casosimomarina@casosimohydro.com)

Il corso è a partecipazione gratuita. Per informazioni e iscrizioni:



**ASSTOR s.r.l.**  
OFFICINA ORTOPEDICA

**Corso di aggiornamento ECM**

**PROGRAMMA PRELIMINARE**

**LO SVILUPPO MOTORIO DEL BAMBINO  
NORMALE E PATOLOGICO:  
PRIMI ELEMENTI SULLA  
PARALISI CEREBRALE INFANTILE**

Direttrici del corso:  
Antonella Casosimo, Marina Frau



**CAGLIARI**  
**13 e 14 giugno 2014**

Con il patrocinio di:



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Azienda Ospedaliera Brotzu

ASL 7 Carbonia  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e Odontoiatri  
della Provincia di Cagliari



8.30 Registrazione dei partecipanti  
8.50 Saluti delle autorità e introduzione al corso

I Sessione

LO SVILUPPO NORMALE

Moderatore: Paolo Gasco

9.00 Organizzazione posturo-motoria  
Miriana Fresco  
9.40 Organizzazione della manipolazione  
Elisabetta Garau  
10.20 Lo sviluppo fisico-relazionale  
Anna Rosa Colonna

11.00 Coffee break  
11.15 Competenze misive  
Anna Rosa Colonna  
11.50 Discussione  
13.15 Pausa pranzo

II Sessione

LO SVILUPPO PATOLOGICO, ELEMENTI OSSERVAZIONALI E ASPETTI RIABILITATIVI

Primo Parte

Moderatore: Giampaolo Cionso

14.00 Etiopatogenesi del danno  
Antonella Cerasimo  
14.30 Indagini strumentali e indicatori prognostici dell'encefalopatia perinatale  
Dario Pajno

15.10 Segni predittivi precoci di importanza del follow-up  
Anna Rosa Colonna

15.50 Il disturbo percettivo  
Nicola Paganini

16.30 Proposte riabilitative  
Mylene Paganini

17.00 Discussione  
Chiusura lavori

II Sessione  
LO SVILUPPO PATOLOGICO, ELEMENTI OSSERVAZIONALI E ASPETTI RIABILITATIVI

Seconda Parte

Moderatore: Dario Pajno

9.00 Organizzazione posturo-motoria  
Nicola Paganini  
9.40 Proposte riabilitative  
Miriana Fresco

10.20 Organizzazione dell'amanipolazione  
Antonella Cerasimo

11.00 Coffee break  
11.15 Proposte riabilitative  
Mylene Paganini

11.55 Discussione  
13.30 Chiusura lavori

N. Battisti, A. Cerasimo, A. Colonna, M. Pagnoni,  
U.O. Medicina Pediatrica, Infantile  
I.R.C.C.S. Istituto delle Scienze  
Neurologiche di Bologna

G. Crispini, U.O. Ostetricia e Ginecologia, Clinica S. Anna,  
Cagliari

M. Fresco, S.C. Medicina Riabilitativa, ASL 7 Carbonia

P. Gasco, European Pediatric Physical Medicine and  
Rehabilitation

E. Garau, S.C. Medicina Riabilitativa, ASL 7 Carbonia

D. Pajno, Unità di Neurologia, Clinica di  
Neuropediatria, Ospedale S. O. Cagliari

## Richiesta di aggiornamento facoltativo individuale

### LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 3 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"

### 1. Limite di spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

Indicare l'importo massimo rimborsabile sulla base della stima di spesa: € 146,40

**ATTENZIONE:** la compilazione è a cura del responsabile di budget, che dichiara che l'importo massimo rimborsabile sopraindicato rientra nel budget assegnato alla struttura.

### 2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a MARINA PISANO  
 Nato a LANUSEI il (gg/mm/aaaa) 21-07-1959  
 Residente in QUARTU S. ELENA  
 Matricola 46693  
 Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale DISTRETTO 3 QUARTU-  
 Indirizzo di lavoro UO NEUROPSICHIATRIA INFANT. - ADOLES.  
 Posizione funzionale OPERATORE PROF. COLL.  
 Qualifica FISIOTERAPISTA  
 Telefono/cellulare \_\_\_\_\_ e-mail MARINA.PISANO@ASL.CAGLIARI.IT  
 Area contrattuale MARINAPISANO@ASLBCAGLIARI.IT  
 Comparto  
 Dirigenza Medica e Veterinaria  
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: QUARTU S. ELENA Data (gg/mm/aaaa): 05-03-2014

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) MARINA PISANO

Firma (leggibile) Marina Pisano

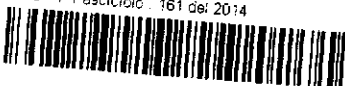
ASL8

NP/2014/0018729 del 15/05/2014 ore 13,20

Mittente DISTRETTO 3 - Quartu-Portofino

Assegnatario Area Formazione

Classifica: 1 Fascicolo: 161 del 2014



**Dati dell'attività formativa**

**Titolo:** LO SVILUPPO MOTORIO NORM. E PATOL. PRIMI ELEMENTI SULLA P.C.-I  
**Sede:** SALA CONGRESSI DSP. BROTZU VIA PERETTI CAGLIARI  
**Data:** da (gg/mm/aaaa) 13-06-2014 a (gg/mm/aaaa) 14-06-2014  
**Durata effettiva dell'attività formativa in ore:** 15  
**Organizzatore:** PERCORSI DI DARIA PAZZI  
**Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo:** VIA DI JANO 12/7 - 40065 PIANORO (BO)  
**Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA:** \_\_\_\_\_  
**Attività ECM?**  Si |  No **Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:** 14  
**Se attività ECM, indicare la categoria professionale:** FISIOTERAPISTA  
**Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:**  Si |  No  
 SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

**4. Stima di spesa**

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• <b>Iscrizione:</b>	€	<u>146,40 (ENTRO 11-05)</u>
• <b>Viaggio:</b>	€	<u>/</u>
• <del>Rimborso use auto<sup>1</sup>:</del>	€	<u>(indicare i KM) NON RIMBORSABILE</u>
• <b>Albergo:</b>	€	<u>/</u>
• <b>Pasti:</b>	€	<u>/</u>
• <b>Altre spese:</b>	€	<u>/</u>
<b>Totale spesa presunta:</b>	€	<u>/</u>

Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste:    %

<sup>1</sup> L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.



**PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

**(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)**

**TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA**

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

INNECESSANTE L'INIZIATIVA DI DOTAZIONE E NECESSARIA  
LA RILASCIARE LE PERFORMANZE DEL  
SERVIZIO

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

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

VITALE PADDU

Timbro e firma (leggibile)  
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura  
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

[Firma illeggibile]

**INFORMAZIONI GENERALI**

Progetto di comunicazione e divulgazione delle attività di ricerca scientifica della Società Italiana di Neurologia e Scienze Psichiatriche. Il corso è realizzato in collaborazione con l'Associazione Italiana di Formazione ECM, l'Associazione Nazionale per tutte le categorie professionali sanitarie e il corso è a responsabilità della società organizzatrice della attività ECM.

**Metodologia formazione regionale**

**Obiettivi formativi:** ottenere l'amicizia professionale specifica di ciascuna professione di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività di specialista.

**Modalità didattiche: lezioni frontali**

Leccezione dei crediti è subordinata all'partecipazione **OBBLIGATORIA** al 100% del corso e all'approvazione dello scritto finale.

Il corso è anche ad invito diretto dello sponsor.

**CREDITI ECM e DESTINATARI**

Accreditamento n° 81/90317. Crediti attribuiti in 4 categorie:  
le categorie professionali accreditate  
- medici, fisiatrici, neuropsichiatri infanzia, pediatri  
- fisioterapisti  
- terapeuti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva  
- tecnici ortopedici

**SEDE**

Sala Congressi, Osp. Brotzu  
Via Peretti- Cagliari

**COSTI E MODALITÀ DI ISCRIZIONE**

L'iscrizione e a numero chiuso per un massimo di 90 partecipanti con crediti ECM. Spese disponibili: 10 posti senza ECM. Per accedere ai posti con ECM la quota di quota della quota di partecipazione con ECM della partecipazione è di 100€.

espresso, sarà al servizio di medici e infermieri che	il numero di medici e infermieri	il numero di infermieri	il numero di medici
per i corsi ECM	25	25	25
per i corsi ECM	25	25	25
per i corsi ECM	25	25	25

La quota di quota della quota di partecipazione con ECM della partecipazione è di 100€.

Dal 30/05/2014 non saranno rimborsate le quote di iscrizione.

per informazioni e iscrizioni: Dr. S. Peretti, Via Peretti- Cagliari, 10. Tel. 0784/392765. E-mail: [peretti@peretti.com](mailto:peretti@peretti.com)

Per informazioni e iscrizioni: Dr. S. Peretti, Via Peretti- Cagliari, 10. Tel. 0784/392765. E-mail: [peretti@peretti.com](mailto:peretti@peretti.com)

Per informazioni e iscrizioni: Dr. S. Peretti, Via Peretti- Cagliari, 10. Tel. 0784/392765. E-mail: [peretti@peretti.com](mailto:peretti@peretti.com)

Per informazioni e iscrizioni: Dr. S. Peretti, Via Peretti- Cagliari, 10. Tel. 0784/392765. E-mail: [peretti@peretti.com](mailto:peretti@peretti.com)

Per informazioni e iscrizioni: Dr. S. Peretti, Via Peretti- Cagliari, 10. Tel. 0784/392765. E-mail: [peretti@peretti.com](mailto:peretti@peretti.com)

Per informazioni e iscrizioni: Dr. S. Peretti, Via Peretti- Cagliari, 10. Tel. 0784/392765. E-mail: [peretti@peretti.com](mailto:peretti@peretti.com)

Per informazioni e iscrizioni: Dr. S. Peretti, Via Peretti- Cagliari, 10. Tel. 0784/392765. E-mail: [peretti@peretti.com](mailto:peretti@peretti.com)

Per informazioni e iscrizioni: Dr. S. Peretti, Via Peretti- Cagliari, 10. Tel. 0784/392765. E-mail: [peretti@peretti.com](mailto:peretti@peretti.com)

Per informazioni e iscrizioni: Dr. S. Peretti, Via Peretti- Cagliari, 10. Tel. 0784/392765. E-mail: [peretti@peretti.com](mailto:peretti@peretti.com)

Per informazioni e iscrizioni: Dr. S. Peretti, Via Peretti- Cagliari, 10. Tel. 0784/392765. E-mail: [peretti@peretti.com](mailto:peretti@peretti.com)

**SEGRETARIA ORGANIZZATIVA**

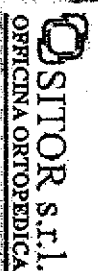
Dott. S. Peretti, Via Peretti- Cagliari, 10. Tel. 0784/392765. E-mail: [peretti@peretti.com](mailto:peretti@peretti.com)

**SEGRETARIA SCIENTIFICA**

Dott. S. Peretti, Via Peretti- Cagliari, 10. Tel. 0784/392765. E-mail: [peretti@peretti.com](mailto:peretti@peretti.com)



NUOVA ORTOPEDIA SCO SRL

**Corso di aggiornamento ECM**

PROGRAMMA PRELIMINARE

# LO SVILUPPO MOTORIO DEL BAMBINO NORMALE E PATOLOGICO: PRIMI ELEMENTI SULLA PARALISI CEREBRALE INFANTILE

Direttori del corso:  
Antonella Cerasosimo, Miriana Fresu



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Azienda Ospedaliera Brotzu

ASL 7 Carbonia  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e Odontoiatri  
della Provincia di Cagliari

## CAGLIARI 13 e 14 giugno 2014

Con il patrocinio di:



# VENERDI 13 GIUGNO

# SABATO 14 GIUGNO

# Relatori e Moderatori

8.30 Registrazione dei partecipanti  
 8.50 Saluti delle autorità e produzione al corso

## I Sessione

### LO SVILUPPO NORMALE

Moderatore: Paolo Basco

9.00 Organizzazione: postura-motora  
*Miriana Fresu*  
 9.40 Organizzazione della manipolazione  
*Elisabetta Garau*  
 10.20 Lo sviluppo psico-relazionale  
*Anna Rosa Colonna*

11.00 Coffee break  
 11.15 Competenze visive  
*Anna Rosa Colonna*  
 11.50 Discussione  
 13.15 Pausa pranzo

## II Sessione

### LO SVILUPPO PATOLOGICO: ELEMENTI OSSERVAZIONALI E ASPETTI RIABILITATIVI

Prima Parte

Moderatore: Gianpiero Orsponi

14.00 Etiopatogenesi del tic  
*Antonio Cersosimo*  
 14.30 I disturbi del movimento: aspetti diagnostici e prognostici  
*Dario Pina*

15.10 Segni precoci di tic e loro importanza nella diagnosi  
*Anna Rosa Colonna*

15.50 Il disturbo ossessivo-compulsivo  
*Michele Paganoni*

16.30 Prognosi e trattamento  
*Michele Paganoni*

17.00 Discussione  
 Chiusura lavori

### II Sessione LO SVILUPPO PATOLOGICO: ELEMENTI OSSERVAZIONALI E ASPETTI RIABILITATIVI

Seconda Parte

Moderatore: Dario Pina

9.00 Organizzazione: postura-motora  
*Nicoletta Barisi*  
 9.40 Proposte riabilitative  
*Milena Paganoni*

10.20 Organizzazione della manipolazione  
*Anna Rosa Colonna*

11.00 Coffee break  
 11.15 Proposte riabilitative  
*Milena Paganoni*

11.50 Discussione  
 13.30 Chiusura lavori

*M. Barisi, A. Cersosimo, A. Colonna, M. Paganoni:*  
 UOC Medicina Riabilitativa Infantile  
 Istituti di Scienze Neurologiche e Biologia

*G. Crispini:* UO Ostetricia e Ginecologia, Clinica S. Anna, Cagliari

*M. Fresu:* SC Medicina Riabilitativa, ASL 7 Carbonia

*P. Gasco:* European Board on Physical Medicine and Rehabilitation

*E. Garau:* SC Medicina Riabilitativa, ASL 7 Carbonia

*D. Pina:* UO di Fisioterapia, Clinica di Neuroscienze, Ospedale di Cagliari

### Richiesta di aggiornamento facoltativo individuale

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.**

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 3 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"

#### Importo di spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

Indicare l'importo massimo rimborsabile sulla base della stima di spesa: € 146 . 40

**ATTENZIONE:** la compilazione è a cura del responsabile di budget, che dichiara che l'importo massimo rimborsabile sopra indicato rientra nel budget assegnato alla struttura.

#### Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a LECIS MARIA PAOLA  
 Nato a CAGLIARI il (gg/mm/aaaa) 04/03/1962  
 Residente in CAGLIARI VIA COPENAGHEN 24  
 Matricola 51809  
 Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale UNITÀ OPERATIVA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE QUARTU S.E  
 Indirizzo di lavoro DISTRETTO QUARTU-PARTELLA VIA TURATI 4/e  
 Posizione funzionale COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO  
 Qualifica FISIOTERAPISTA  
 Telefono/cellulare 0706097316 e-mail marispaola.lecis@asl8cagliari.it  
 Area contrattuale

Comparto

Dirigenza Medica e Veterinaria

Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: Quartu S. Elena Data (gg/mm/aaaa): 6-3-2014

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) MARIA PAOLA LECIS

Firma (leggibile) Maria Paola Lecis

ASL8

NP/2014/ 0018725 del 15/05/2014 ore 13,18

Mittente DISTRETTO 3 - Quartu-Partedda

Assegnatario Area Formazione

Pag. 1 di 4

Classifica : 1. Fascicolo : 161 del 2014



**3. Dati dell'attività formativa**

**Titolo:** LO SVILUPPO MOTORIO DEL BAMBINO NORMALE E PATOLOGICO:  
PRIMI ELEMENTI SULLA PARALISI CEREBRALE INFANTILE

**Sede:** SALA CONGRESSI, OSPEDALE BROTTU VIA PERETTI-CAGLIARI

**Data:** da (gg/mm/aaaa) 13-6-2014 a (gg/mm/aaaa) 14-6-2014

**Durata effettiva dell'attività formativa in ore:** 15

**Organizzatore:** "PERCORSI - DARIA PIAZZI"

**Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo:** DARIA PIAZZI - VIA DI JANO 12/7 40065 PIANO RD.

**Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA:** \_\_\_\_\_

**Attività ECM?**  Si |  No **Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:** 14

**Se attività ECM, indicare la categoria professionale:** FISIOTERAPISTA

**Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:**  Si |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

**4. Stima di spesa**

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

- **Iscrizione:** € 146,40
- **Viaggio:** € \_\_\_\_\_
- ~~**Rimborso uso auto<sup>1</sup>:**~~ € \_\_\_\_\_ (indicare i KM) **NON RIMBORSABILE**
- **Albergo:** € \_\_\_\_\_
- **Pasti:** € \_\_\_\_\_
- **Altre spese:** € \_\_\_\_\_
- Totale spesa presunta:** € 146,40
- Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste:** % 100%

*l*

<sup>1</sup> L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

**PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

**(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)**

**TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA**

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

- Favorevole
- Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

INNECESSANTE L'ADOTTAZIONE DI STRUTTURE E NECESSARIA  
LA MIGLIORATA LE PERFORMANCE DEL  
SISTEMA

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Nome e cognome (in stampatello)

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

VITALE PADDU

Timbro o firma (leggibile)

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

Vitale Paddu

# INFORMAZIONI

Progetto di comunicazione e coordinamento con le Commissioni Regionali e Nazionali delle Province per la Formazione degli Operatori della Formazione ECM, residenziale, a tempo pieno e a tempo parziale per tutte le categorie professionali sanitarie e assistenziali e per i responsabili di tipo contenitori formativi in continuazione di questo attività ECM.

## Metodologia: formazione residenziale

**Obiettivi formativi:** contenuti teorici e professionali specifici di ciascuna professione di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività specialistica.

## Modalità didattiche: lezioni frontali

L'acquisizione del credito è subordinata alla partecipazione **OBBLIGATORIA** in tutte le attività del corso e al superamento di tutte le prove scritte finali.

Il corso è anche ad invito diretto dello sponsor.

## CREDITI ECM e DESTINATARI

Accreditamento n° 81/903/17. Crediti attribuiti in 14 periodi nelle categorie professionali accreditate:

- medici: fisiatrici, neuropsichiatrici infantili, pediatri
- fisioterapisti
- terapisti della neuro e psicomotricità della evolutiva
- tecnici ortopedici

## SEDE

Sala Congressi, Osp. Brotzu  
Via Peretti-Cagliari

## COSTI E MODALITÀ DI ISCRIZIONE

L'iscrizione è a numero chiuso per un massimo di 90 partecipanti con crediti ECM saranno disponibili ulteriori 10 posti senza ECM. Per accedere ai posti con crediti ECM, la data di arrivo della cartina di partecipazione del corso, vale della avvenuta iscrizione.

Indirizzo	Indirizzo	Indirizzo	Indirizzo
Medicina (tecnici ortopedici)	Medicina (pedagogici)	Medicina (pedagogici)	Medicina (pedagogici)
Neurologia (Specializzandi)	Neurologia (Specializzandi)	Neurologia (Specializzandi)	Neurologia (Specializzandi)
Studenti	Studenti	Studenti	Studenti

Dal 30/05/2014 non saranno rimborsate le quote di iscrizione.

Il corso è gratuito, con contributo economico dell'Ente Ospedale Brotzu e della Regione Autonoma della Sardegna. Nel corso non possono essere ammessi i costi di alloggio, di trasporto, di sussidi, di segreteria, di materiale didattico, di contributi di materiale.

Non si accettano rimborsi per il corso. Per informazioni, si prega di rivolgersi al punto di contatto del corso.

Le iscrizioni avverranno online sul sito [www.ortopediasco.org](http://www.ortopediasco.org) (sezione ISCRIZIONI) oppure inviando le schede di iscrizione e la richiesta di iscrizione al seguente indirizzo: [ortopediasco@ortopediasco.org](mailto:ortopediasco@ortopediasco.org) (indirizzo email) o inviando la richiesta di iscrizione al seguente indirizzo: [ortopediasco@ortopediasco.org](mailto:ortopediasco@ortopediasco.org) (indirizzo email).

## SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

**ORTOPEDIA**  
Dalle Grazie Cell. 347 6098 1351  
[ortopediasco@ortopediasco.org](mailto:ortopediasco@ortopediasco.org)  
tel. 0781 8922782  
[www.ortopediasco.org](http://www.ortopediasco.org)

## SEGRETARIA SCIENTIFICA

Dott. ssa Antonella Carosimo tel. 0781 8922782  
Email: [carosimof@ortopediasco.org](mailto:carosimof@ortopediasco.org)  
Dott. ssa Miriana Fresu tel. 0781 8922782  
Email: [miranafresu@ortopediasco.org](mailto:miranafresu@ortopediasco.org)



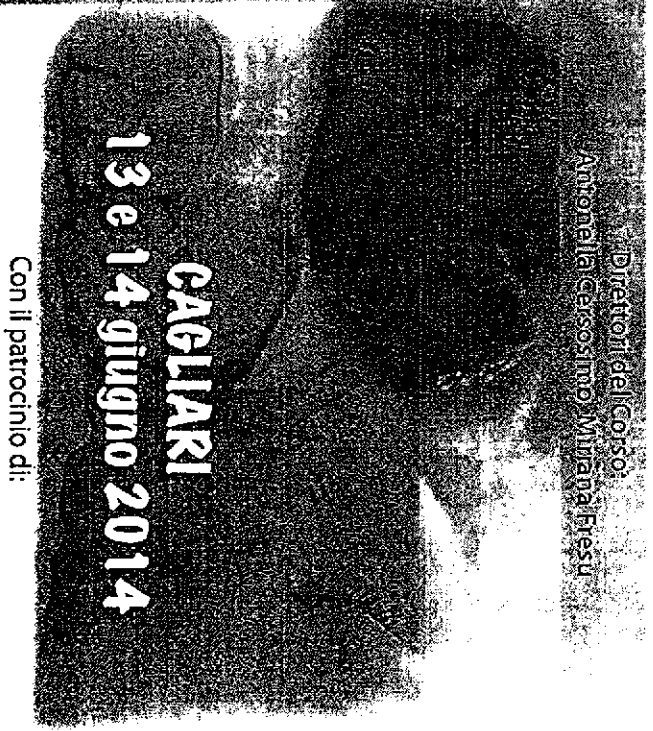
**OSTOR S.r.l.**  
OFFICINA ORTOPEDEICA

## Corso di aggiornamento ECM

PROGRAMMA PRELIMINARE

# LO SVILUPPO MOTORIO DEL BAMBINO NORMALE E PATOLOGICO: PRIMI ELEMENTI SULLA PARALISI CEREBRALE INFANTILE

V. Direttore del corso:  
Antonella Carosimo, Miriana Fresu



## CAGLIARI 13 e 14 giugno 2014

Con il patrocinio di:

REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Azienda Ospedaliera Brotzu



ASL 7 Carbonia  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e Odontoiatri  
della Provincia di Cagliari



8.30 Registrazione dei partecipanti  
8.50 Saluti delle autorità e introduzione al corso

I Sessione

LO SVILUPPO NORMALE

Moderatore Paolo Gesso

9.00 Organizzazione postico-motora

Miriana Frey

9.40 Organizzazione della manipolazione

Elisabetta Garau

10.20 Lo sviluppo postico-relazionale

Anna Rosa Colonna

11.00 Coffee break

11.15 Competenze visive

Anna Rosa Colonna

11.50 Discussione

13.15 Pausa pranzo

II Sessione

LO SVILUPPO PATOLOGICO: ELEMENTI

OSSERVAZIONALI E ASPETTI RIABILITATIVI

Prima Parte

Moderatore Gianpiero Onofri

14.00 Etiopatogenesi del danno

Anna Maria Gessone

14.30 Indagini strumentali e indicatori prognostici dell'encefalopatia perinatale

Dario Prana

15.10 Segni predittivi precoci di improprio follow up

Anna Rosa Colonna

15.50 Il disturbo percettivo

Nicoletta Battisti

16.30 Proposte riabilitative

Milena Lagioni

17.00 Discussione

18.00 Chiusura lavori

III Sessione

LO SVILUPPO PATOLOGICO: ELEMENTI

OSSERVAZIONALI E ASPETTI RIABILITATIVI

Seconda Parte

Moderatore Dario Prana

9.00 Organizzazione postico-motora

Nicoletta Battisti

9.40 Proposte riabilitative

Milena Lagioni

10.20 Organizzazione della manipolazione

Anna Rosa Colonna

11.00 Coffee break

11.15 Proposte riabilitative

Milena Lagioni

11.55 Discussione

13.30 Chiusura lavori

M. Battisti, A. Gerssimo, A. Colonna, M. Pagnoni:

UOC Medicina Riabilitativa Infantile

IRES - Istituto delle Scienze

Neurologia di Bologna

G. Crispini: Neurosterica e Ginecologia, Clinica S. Anna,

Cagliari

M. Fresu: Sc. Medicina Riabilitativa ASE 7 Carbonia

P. Gesso: Neurologia, Fisica e Medicina and

Rehabilitation

E. Garau: Sc. Medicina Riabilitativa ASE 7 Carbonia

D. Prana: Unità di Neurologia, Clinica di

Neurologia e Neurologia ASE 7 Cagliari



### Richiesta di aggiornamento facoltativo individuale

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.**

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 3 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"

#### 1. Limite di spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

Indicare l'importo massimo rimborsabile sulla base della stima di spesa: € 146.40

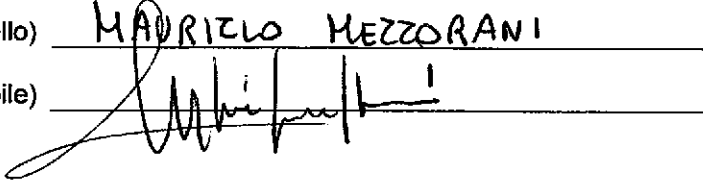
**ATTENZIONE:** la compilazione è a cura del responsabile di budget, che dichiara che l'importo massimo rimborsabile sopraindicato rientra nel budget assegnato alla struttura.

#### 2. Dati del partecipante

II/la sottoscritto/a MEZZORANI MAURIZIO  
 Nato a SANLURI il (gg/mm/aaaa) 10/11/1954  
 Residente in QUARTU S. ELENA  
 Matricola 46319  
 Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale DISTR. 3 QUARTU/PARTICOLA - VONPIA-  
 Indirizzo di lavoro QUARTU VIA TURATI 4/E  
 Posizione funzionale FISIOLOGIA PISTA  
 Qualifica \_\_\_\_\_  
 Telefono/cellulare 3928185734 e-mail MEZZORANI.MAURIZIO@FISCSU.IT  
 Area contrattuale MAURIZIO MEZZORANI@ASL8CAGLIARI.IT

- Comparto
- Dirigenza Medica e Veterinaria
  - Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: QUARTU S. ELENA Data (gg/mm/aaaa): 5/03/2014

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) MAURIZIO MEZZORANI  
 Firma (leggibile) 

ASL8

NP/2014/ 0018728 del 15/05/2014 ore 13,20

Mittente: DISTRETTO 3 - Quartu-Particola

Assegnatario: Area Formazione



3. Dati dell'attività formativa

Titolo: "LO SVILUPPO MOTORIO DEL BAMBINO NORMALE E PATOLOGICO:"

Sede: PRIMI ELEMENTI SULLA P.C.I.

Data: da (gg/mm/aaaa) 13/06/2014 a (gg/mm/aaaa) 14/06/2014

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 15

Organizzatore: "PER CORSI - DARIA PIAZZI -

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: DARIA PIAZZI - VIA DI JANO 12/7 40065 PIANOBO-BO-

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA:

Attività ECM?  Si |  No Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati: 14

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: FISIOTERAPISTA.

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:  Si |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

- Iscrizione: € 146,40
- Viaggio: €
- ~~Rimborso uso auto<sup>1</sup>~~: € (indicare i KM) NON RIMBORSABILE
- Albergo: €
- Pasti: €
- Altre spese: €

Totale spesa presunta: € 146,40

Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste: % 100%

<sup>1</sup> L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

**PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**  
**(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)**  
**TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA**

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

- Favorevole
- Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

NECESSARIE L'ADUNTA' DI URGENTE E NECESSARIA  
A RILASCIARE LE PERFORMANZE DEL  
SERVIZIO

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:** non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

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

VITALE PODOJ

Timbro e firma (leggibile)  
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura  
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)



**INFORMAZIONI GENERALI**

Il Prof. Dr. Compagnoni opera sul territorio della Regione (Comune) della Provincia e della Città di Cagliari, nella sede della Formazione ECM/Residenziale SPA S.F.S. dell'Istituto ECM e partecipa alle attività professionali, scientifiche e didattiche con responsabilità per i contatti, la qualità ed il numero degli interventi di queste attività ECM.

**Metodologia** - formazione residenziale  
**Obiettivi formativi** - contenuti: regole professionali, specificità di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività, utilità ed efficacia.

**Modalità didattiche** - lezioni frontali.  
La acquisizione del credito è subordinata alla partecipazione OBBLIGATORIA al 100% del corso ed al superamento della prova scritta finale.

Il corso è anche ad invito diretto dello sponsor

**CREDITI ECM e DESTINATARI**

Accreditamento n° 81/9031/2, Graduatoria buriana e procedure le categorie professionali accreditate:

- medici; fisiatristi, neuropsichiatra, bambini, pediatra,
- fisioterapisti
- terapeuti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- tecnici ortopedici

**SEDE**

Sala Congressi Osp. Brotzu  
Via Peretti-Cagliari

**COSTE MODALITÀ DESCRIZIONE**

L'iscrizione è a numero chiuso: per un massimo di 90 partecipanti con crediti ECM. Saranno disponibili ulteriori 10 posti senza ECM per accedere ai posti con ECM. Sarà possibile un'attività di lavoro della simulazione con l'attività di lavoro del partecipante.

Iscrizione		Credito ECM	
Partecipante con ECM	1000 €	10	10
Partecipante senza ECM	1000 €	0	0

Dal 30/05/2014 non saranno rimborsate le quote di iscrizione.

...di cui si accerta la partecipazione, a mezzo dell'iscrizione in sede ECM. Saranno rimborsati i costi di iscrizione, per un massimo di 90 partecipanti. Saranno disponibili ulteriori 10 posti senza ECM per accedere ai posti con ECM. Sarà possibile un'attività di lavoro della simulazione con l'attività di lavoro del partecipante.

...di cui si accerta la partecipazione, a mezzo dell'iscrizione in sede ECM. Saranno rimborsati i costi di iscrizione, per un massimo di 90 partecipanti. Saranno disponibili ulteriori 10 posti senza ECM per accedere ai posti con ECM. Sarà possibile un'attività di lavoro della simulazione con l'attività di lavoro del partecipante.

...di cui si accerta la partecipazione, a mezzo dell'iscrizione in sede ECM. Saranno rimborsati i costi di iscrizione, per un massimo di 90 partecipanti. Saranno disponibili ulteriori 10 posti senza ECM per accedere ai posti con ECM. Sarà possibile un'attività di lavoro della simulazione con l'attività di lavoro del partecipante.

...di cui si accerta la partecipazione, a mezzo dell'iscrizione in sede ECM. Saranno rimborsati i costi di iscrizione, per un massimo di 90 partecipanti. Saranno disponibili ulteriori 10 posti senza ECM per accedere ai posti con ECM. Sarà possibile un'attività di lavoro della simulazione con l'attività di lavoro del partecipante.

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

DR. PERCORSI  
Daniele Percorsi, cell. 349/9003186  
Email: info@percorsiorganizzazione.com  
percorsiorganizzazione@gmail.com  
www.percorsiorganizzazione.com

**SEGRETERIA SCIENTIFICA**

DR. SAU ANTONELLA  
Dot.ssa Antonella Gerzoso, tel. 0784/3822785  
Email: a.gersoso@aslcarbonia.org.it  
Dot.ssa Franca Fresu, tel. 0784/3822785  
Email: francafresu@aslcarbonia.org.it



**Corso di aggiornamento ECM**

**PROGRAMMA PRELIMINARE**

# LO SVILUPPO MOTORIO DEL BAMBINO NORMALE E PATOLOGICO: PRIMIELEMENTI SULLA PARALISI CEREBRALE INFANTILE

Direttore del corso:  
Antonella Gerzoso, Miriana Fresu

## CAGLIARI 13 e 14 giugno 2014

Con il patrocinio di:



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Azienda Ospedaliera Brotzu

ASL 7 Carbonia

Ordine dei Medici Chirurghi  
e Odontoiatri  
della Provincia di Cagliari



**VENERDI 13 GIUGNO**

**SABATO 14 GIUGNO**

**Relatori e Moderatori**

8.30 Registrazione dei partecipanti  
 8.50 Saluti delle autorità e introduzione al corso

**I Sessione**

**LO SVILUPPO NORMALE**

Moderatore Paolo Gasco

9.00 Organizzazione posturo-motora

Miliana Fresu

9.40 Organizzazione della manipolazione

Elisabetta Garau

10.20 Lo sviluppo psico-relazionale

Anna Rosa Solagna

11.00 Coffee break

11.15 Competenze misive

Anna Rosa Solagna

11.50 Discussione

13.15 Pausa pranzo

**II Sessione**

**LO SVILUPPO PATOLOGICO ELEMEN-  
 TARI E ASPIETTATIVE RIABILITATIVE**

**Prima Parte**

Moderatore Giampiero Crispini

14.00 Etiopatogenesi del danno

Angela Cospino

14.30 Indagini strumentali e indicatori prognostici dell'encefalopatia perinatale

Dario Prina

15.10 Segni predittivi precoci e importanza del follow-up

Anna Rosa Solagna

15.50 Il disturbo percettivo

Nicoletta Parisi

16.30 Proposte riabilitative

Miliana Fresu

17.00 Discussione

Chiusura lavori

**III Sessione**

**LO SVILUPPO PATOLOGICO ELEMEN-  
 TARI E ASPIETTATIVE RIABILITATIVE**

**Seconda Parte**

Moderatore Dario Prina

9.00 Organizzazione posturo-motora

Michele Battisti

9.40 Proposte riabilitative

Miliana Fresu

10.20 Organizzazione della manipolazione

Angela Cospino

11.00 Coffee break

11.15 Proposte riabilitative

Miliana Fresu

11.55 Discussione

13.30 Chiusura lavori

N. Battisti: A. Gerosimo: U. Colonna: M. Pagnoni:  
 UOC Medicina Riabilitativa Infantile  
 Istit. St. delle Scienze  
 Neurologiche di Bologna

G. Crispini: UO Ostetrico-ginecologia, Clinica S. Anna,  
 Cagliari

M. Fresu: Sc. Medicina Riabilitativa, ASL 7 Carbonia

P. Gasco: European Board of Physical Medicine and  
 Rehabilitation

E. Garau: Sc. Medicina Riabilitativa, ASL 7 Carbonia

D. Prina: UO Neurologia clinica di  
 Neuroscienze Mentali, AOI Cagliari

## Massimali e spese rimborsabili aggiornamento individuale

### Rimborsi

La prenotazione e il pagamento è a carico del partecipante. Tutte le spese devono essere debitamente documentate con fattura regolarmente quietanzata o ricevuta fiscale:

- in originale;
- individuale (intestata al singolo partecipante);
- con riferimento all'arco temporale immediatamente precedente e successivo allo svolgimento dell'evento formativo;
- con la descrizione della spesa effettuata di cui si chiede il rimborso (non saranno rimborsate spese non specificate).

Le spese rimborsabili sono relative esclusivamente alle voci e ai massimali sottoelencati.

### Massimali

Voce di spesa	In sede	Fuori sede
<i>Iscrizione</i>	È previsto il rimborso completo della quota di partecipazione e iscrizione all'attività didattica. Non è previsto il rimborso di eventuali quote associative.	
<i>Pasti</i>	Buono pasto	€ 22,26 per 1 pasto € 44,26 per 2 pasti (in caso di attività formative oltre 8 ore).
	Sono rimborsabili il pranzo e la cena. Ogni ricevuta dovrà essere riferita a un solo pasto. Per ottenere il rimborso fino al massimale di € 44,26 è necessario presentare 2 ricevute.	
<i>Mobilità</i>	€ 0	<u>Aereo e treno</u>  Il costo del biglietto aereo/ferroviario (con tratta dall'aeroporto/stazione più vicino al luogo di residenza a quello dell'evento formativo e viceversa) è interamente rimborsabile dietro presentazione del biglietto e delle carte di imbarco (aereo).
		<u>Auto e taxi</u>  Il taxi è utilizzabile solo in particolari circostanze, qualora non fosse possibile usufruire dei mezzi pubblici.  L'uso dell'auto propria non è più rimborsabile.  Il rimborso del taxi è riconosciuto per intero esclusivamente in caso di dimostrata impossibilità di utilizzo dei mezzi pubblici.
<i>Pernottamento</i>	€ 0	€ 110,00 a notte

*l*