

Allegato "A"

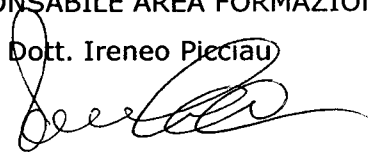
1289
13 DIC. 2016

Progetto Formativo "Corso di medicina iperbarica 2016"

Il presente allegato è composto di n. ¹¹.....fogli,
di n. ¹¹... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau





**Alla Direzione Sanitaria
P.O. Marino**

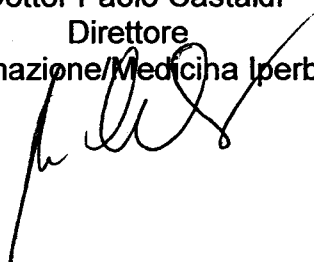
Cagliari, li 18 novembre 2016

Oggetto: Corso di Formazione di MEDICINA IPERBARICA 2016.

Si trasmette in allegato tutta la documentazione di cui all'oggetto, per l'accREDITAMENTO ECM e le competenze dell'AREA FORMAZIONE ASL 8.

Cordiali saluti

Dottor Paolo Castaldi
Direttore
S.C. Rianimazione/Medicina Iperbarica



pg 1

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale
Titolo del Progetto: " Corso di medicina iperbarica 2016 "
Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante
Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale
L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NO
È previsto l'uso della sola lingua italiana? SI
È prevista una quota di partecipazione? NO
Se "SI" indicare l'importo € 000,00
Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO
Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.
Numero di edizioni previste

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	05/12/2016	06/12/2016	6 ^a Edizione	/ /	/ /
2 ^a Edizione	/ /	/ /	7 ^a Edizione	/ /	/ /
3 ^a Edizione	/ /	/ /	8 ^a Edizione	/ /	/ /
4 ^a Edizione	/ /	/ /	9 ^a Edizione	/ /	/ /
5 ^a Edizione	/ /	/ /	10 ^a Edizione	/ /	/ /


N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.
Sede di svolgimento
Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? NO
N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.
Se sì, indicare l'indirizzo:
Sede Caesar's Hotel Cagliari
Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari Via Freud n.5

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 0 Totale Partecipanti 80

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 0 operatori di altre ASL - Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo
- Farmacista
- Biologo
- Chimico
- Fisico
- Veterinario
- Odontoiatra
- Psicologo
- Assistente Sanitario
- Dietista
- Fisioterapista
- Educatore Professionale
- Igienista Dentale
- Infermiere
- Infermiere pediatrico
- Logopedista
- Ortottista/Assistente di oftalmologia
- Ostetrica/o
- Podologo
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- Tecnico Audioprotesista
- Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Tecnico Ortopedico
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Terapista Occupazionale
- Tutte le professioni

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Architetto
- Analista
- Assistente Amministrativo
- Assistente Religioso
- Assistente Tecnico
- Ausiliario Specializzato
- Avvocato
- Coadiutore Amm.vo
- Collaboratore Amm.vo - Prof.le
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- Collaboratore Tecnico - Professionale
- Collaboratore Professionale - Sanitario Personale della Riabilitazione
- Collaboratore Professionale - Sanitario
- Commesso
- Direttore Amministrativo
- Direttore dei Servizi Sociali
- Direttore Generale
- Dirigente Amministrativo
- Geologo
- Infermiere Generico
- Infermiere Psichiatrico
- Ingegnere
- Massofisioterapista
- Odontotecnico
- Operatore Socio-Sanitario
- Operatore Tecnico
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- Operatore Tecnico Specializzato
- Ottico
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- Programmatore
- Puericultrice
- Sociologo
- Statistico
- Tutte le professioni

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia Clinica | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oncologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | |
| | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | |



Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

- Farmacia Ospedaliera Farmacia Territoriale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
 Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati
 Sanità Animale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

- Psicologia Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

Area emergenza ed urgenza

Obiettivo formativo

Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura

Finalità

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Indicazioni e percorsi clinici medicina iperbarica

B - Acquisizione competenze di processo:

Inquadramento dei percorsi clinico assistenziali nell'ambito delle indicazioni per acuto e cronico in medicina iperbarica

C - Acquisizione competenze di sistema:

Capacità di discriminare i percorsi di diagnosi e cura in medicina iperbarica

D – Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance):

Miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 dal corso

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*



Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome Lai Nome Gianluca

Codice Fiscale LAIGLC68B16B354S Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 16/02/1968

Telefono 0703327106 Cellulare 3463505006 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail laigianluca@hotmail.com

Qualifica dirigente medico Competenze rianimatore

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Patrignani Nome Luca

Codice Fiscale PTRLCU67R18H501G Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3393366426 Fax Fare clic per immettere testo. e-mail luca.patrignani@tiscali.it

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 14 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>7</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>1</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>2</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>1</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>3</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- Questionario (allegare il modello) Prova orale (allegare le domande) Esame pratico (allegare la descrizione)
 Prova scritta (allegare la descrizione) Project work (allegare la descrizione)
 Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

- Videoproiettore Computer portatile Lavagna a fogli mobili Aula informatica
 Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Esterno

Cognome Marroni Nome Alessandro

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Professione ECM Medico Disciplina ECM medico

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Dirigente medico

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 14 Totale compenso € 500,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 ore (D.P.R. 395/88)

Numero Pasti 4 Totale spesa rimborso pasti € 111,16

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 Totale spesa pernottamento € 220,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 136,35

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Esterno

Cognome De Iaco Nome Giuseppe

Codice Fiscale DCEGPP44B26D969T Luogo di nascita Genova Data di nascita 26/02/1944

Professione ECM Medico Disciplina ECM Medico

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica dirigente medico

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 14 Totale compenso € 500,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 ore (D.P.R. 395/88)

Numero Pasti 4 Totale spesa rimborso pasti € 111,16

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 Totale spesa pernottamento € 220,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 100,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Esterno

Cognome Longobardi Nome Pasquale

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Professione ECM medico Disciplina ECM medico anestesista

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica dirigente medico

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 14 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 ore (D.P.R. 395/88)

Numero Pasti 4 Totale spesa rimborso pasti € 111,16

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 Totale spesa pernottamento € 220,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 150,00


È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 4

Ruolo Docente Esterno
 Cognome Bolognini Nome Alfonso
 Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.
 Professione ECM Medico Disciplina ECM medico otorino
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica dirigente medico
 Inquadramento CCNL Formatori Interni Scegliere un elemento.
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 14 Totale compenso € 0,00
 Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 Ore (D.P.R. 395/88)
 Numero Pasti 4 Totale spesa rimborso pasti € 111,16
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 Totale spesa pernottamento €220,00
 Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali €0,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 5

Ruolo Docente Esterno
 Cognome Sentina Nome Pietro Aldo Salvatore
 Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.
 Professione ECM medico Disciplina ECM medico anestesista
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica dirigente medico
 Inquadramento CCNL Formatori Interni Scegliere un elemento.
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 14 Totale compenso € 0,00
 Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 Ore (D.P.R. 395/88)
 Numero Pasti 4 Totale spesa rimborso pasti €111,16
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 Totale spesa pernottamento €220,00
 Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 130,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata


FORMATORE/TUTOR n. Fare clic qui per immettere testo.

Ruolo Scegliere un elemento.
 Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.
 Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.
 Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.
 Inquadramento CCNL Formatori Interni Scegliere un elemento.
 Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
 Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
 Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
 Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
 Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema
 Formazione specifica
 Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo.
 Sponsor Commerciali
 Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Si No

Riepilogo voci di spesa del corso

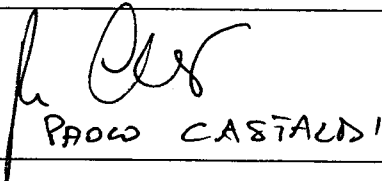
A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1.500,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 1.100,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 555,80
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 516,35
E	Spese logistica	€ 2.955,80
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 316,81
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)		€ 6.944,76

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza | <input checked="" type="checkbox"/> P.O. Marino |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi |

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

<p>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	 PAOLO CASTALDI
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	

Prot. n. 5216/CP

Cagliari 15.11.2016

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI P.O. MARINO DIREZIONE SANITARIA
1.8 NOV. 2016
Prot. N. <u>PG/2016/122786</u>

Al
Direttore Sanitario
P.O. Marino
Sede

oggetto: richiesta utilizzo fondi per aggiornamento individuale

Con la presente si chiede di poter utilizzare i fondi residui del fondo "aggiornamento individuale" del P.O. Marino, riferiti al mio servizio di Rianimazione e Medicina Iperbarica, per l'anno 2016, per completare il budget del corso di formazione in Medicina Iperbarica del prossimo 5 e 6 dicembre 2016. Fondo residuo che ammonta a 1610 più 1451 per un totale di 3061 Euro.

Il corso ha lo scopo di migliorare i processi di centralizzazione dei pazienti verso il nostro centro da tutta la regione, conoscere meglio le indicazioni e i percorsi clinici.

Cordiali saluti
Paolo Castaldi

AZIENDA - U.S.L. N. 8 - CAGLIARI
P.O. OSPEDALE MARINO
Servizio ANESTESIA RIANIMAZIONE
e MEDICINA IPERBARICA
PRIMARIO: Dott. Paolo Castaldi

N.O.
Asl 8 - Cagliari - P.O. Marino
Il Direttore Sanitario, f.f.
Dott.ssa Anna Maria Ruda