

Allegato “A”

I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA). L’esperienza nella ASSL di Cagliari: risultati e scenari di sviluppo.

Il presente allegato è composto
di n. 15 fogli, di n. 15 pagine



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: “ I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali(PDTA). L’esperienza nella ASSL di Cagliari: risultati e scenari di sviluppo ”

Si richiede l’accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall’elenco sottostante

Congresso/simposio/convegno/seminario

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 6

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	<u>06/12/2017</u>	<u>06/12/2017</u>	6 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.
2 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.	7 ^a Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
3 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.	8 ^a Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
4 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.	9 ^a Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
5 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	Fare clic qui per immettere una data.	10 ^a Edizione	Fare clic qui per immettere una data.	<u> / / </u>

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? SI

N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell’Area Formazione nella fase di accreditamento.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede Holiday Inn

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, viale Umberto Ticca

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 180 Totale Partecipanti 180

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 qualità e risk management

Obiettivo formativo

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

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

IL CONVEGNO OFFRIRA' CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE NELL'AMBITO DEI PDTA TRATTATI

B - Acquisizione competenze di processo:

IL CONVEGNO OFFRIRA' STRUMENTI ORIENTATI ALL'APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE, AI SISTEMI DI VALUTAZIONE, ALLA VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA, ALL'INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE, INTERISTITUZIONALE, ALL' INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA, AL MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

C - Acquisizione competenze di sistema:

IL CONVEGNO OFFRIRA' SPUNTI PER L'APPLICAZIONE NELLA PRATICA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE, LINEE GUIDA - PROTOCOLLI – PROCEDURE E STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIOSANITARIE

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

SENSIBILIZZAZIONE DEGLI OPERATORI PARTECIPANTI AL NUOVO APPROCCIO DI LAVORO CON POSSIBILE RICADUTA IN TERMINI DIO APPLICAZIONE DEGLI STRUMENTI E METODI ACQUISITI

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 00 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 CANNAS Nome PAOLO

Codice Fiscale CNNPLA73T26E742I Luogo di nascita LUNAMATRONA Data di nascita 26/12/1973

Telefono 0706093834 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo.

Qualifica DIRIGENTE ASL Competenze TECNICHE AMMINISTRATIVE MANAGERIALI

Referente della segreteria organizzativa

Cognome CAULI Nome LUCIANA

Codice Fiscale CLALCN62A60L998B Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail lucianacauli@aslcagliari.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: 8 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	Fare clic qui per immettere testo.	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>4</u>	<u>30</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>00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>3</u>	<u>30</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>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 Interno in orario di servizio
Cognome CANNAS Nome PAOLO
Codice Fiscale CNNPLA73T26E742I Luogo di nascita LUNAMATRONA Data di nascita 26/012/1973
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 cannaspaulo@asdl8cagliari.it Qualifica Responsabile Programmazione controllo
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. 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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome TECLEME Nome PAOLO
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita 30/09/2016
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 DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. 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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Tutor Interno in orario di servizio
Cognome Cauli Nome Luciana
Codice Fiscale CLALCN62A60L998B Luogo di nascita Villaputzu Data di nascita 20/01/1962
Professione ECM infermiera Disciplina ECM infermiere
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail lucianacauli@asl8cagliari.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. 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 mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n.

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 30/09/2016

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 Fare clic qui per immettere testo. 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? Sì No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici
<input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118
<input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza
<input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
<input checked="" type="checkbox"/> D.G. Staff
<input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
<input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze
<input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco
<input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> P.O. Marino
<input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe
<input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino
<input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità
<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>	<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">PAOLO CANNAS</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<div style="text-align: center;">   </div>

SI AUTORIZZA


Convegno **“I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) -
L’esperienza nella ASSSL di Cagliari: risultati e scenari di sviluppo”**

Cagliari, 6 dicembre 2017

Holiday Inn – Viale Umberto Ticca

PROGRAMMA

8.30 - Registrazione dei partecipanti

1^ sessione, moderatori: Paolo Tecleme, Paolo Cannas

9.00– 10.30 - SALUTI E INTRODUZIONE

Paolo Tecleme, *Direttore ASSSL CAGLIARI*

Fulvio Moirano, *Direttore generale ATS SARDEGNA*

Francesco Enrichens, *Direttore sanitario ATS Sardegna*

10.30-11.00

STRUMENTI E METODI A SUPPORTO DEL NUOVO MODELLO IMPLEMENTATO

Paolo Cannas, *Responsabile Programmazione e controllo ASSSL CAGLIARI*

11.00-11.30 *Pausa caffè*

2^ sessione, moderatori: Paolo Cannas, Paolo Tecleme

11.30-12.00 - PNE e PDTA

Francesca Aramu, *Dirigente medico direzione sanitaria P.O. Marino*

12.00-12.30 - INTEGRAZIONE DEI MMG

Antonio Nevisco, MMG Cagliari

12.30-13.00 - IL RUOLO DEL HTA NEI PDTA

Barbara Podda, Ingegnere clinico ASSL Cagliari

13.00-14.00 Pausa pranzo

3^ sessione, moderatori: Paolo Cannas, Paolo Tecleme

14.00 –14.20 - PDTA BPCO

Anna Ruda, *referente clinico PDTA BPCO – Direttore Sanitario P.O. Marino*

14.20-14.40 - PDTA FRATTURA FEMORE

Luciano Cara, *clinico PDTA - Dirigente medico U.O. Ortopedia P.O. Marino*

14.40-15.00 - PDTA PERCORSO NASCITA

Caterina Tronci, *referente clinico PDTA Percorso Nascita – Dirigente medico U.O. Ginecologia e Ostetricia P.O. SS. Trinità*

15.00-15.20 - PDTA DOPPIA DIAGNOSI

Giovanna Rossi, *referente clinico PDTA Doppia Diagnosi – Dirigente medico Risk management*

15.20-15.40 - PDTA PIEDE DIABETICO

Cogoni Gianfranco, *referente clinico PDTA Piede Diabetico - Dirigente medico P.O. San Marcellino*

15.40-16.00 - PDTA SCOMPENSO CARDIACO

Cristina Foscoloni, *referente clinico PDTA Sompeso Cardiaco - Dirigente medico Direzione Sanitaria P.O. SS.Trinità*

16.00-16.15 Pausa

4^ sessione, moderatori Paolo Cannas, Paolo Tecleme

PROGETTI SPERIMENTALI SPECIFICI

16.15-16.30 - Progetto riabilitazione terapeutica - Annalisa Maxia

16.30-16.45 - Progetto presa in carico territoriale - Maurizio Rachel

16.45-17.00 - Progetto medicina di iniziativa - Salvatore Pretta

17.00-17.15 - Progetto ambulatorio territoriale dello scompenso cardiaco - Giuseppe Pes

17.15-17.45 - Progetto Chronic Care Model - Pino Frau

17.45 - 18.00 Chiusura lavori

Progetto Formativo Residenziale

"I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA). L'esperienza nella ASSL di Cagliari: risultati e scenari di sviluppo"

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti	€ 0,00
Alloggio e vitto docenti	€ 0,00
Mobilità docenti	€ 0,00
Spese per affitto sala e servizi	€ 3.810,00
Spese varie e/o impreviste	€ 0,00
Costi effettivi di accreditamento ECM	€ 172,15
TOTALE	€ 3.982,15

Costo medio per partecipante € 22,12
 Costo medio x ora x partecipante € 2,77