

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1181

del 14.07.2022

Oggetto: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "PDTA Gliomi cerebrali dell'adulto". Spesa complessiva € 5.900,00.

PDTD/2022/1170

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 14.07.2022 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

La presente Determinazione Dirigenziale prevede un impegno di spesa a carico dell'Azienda

SI NO

Il Responsabile della SSD Formazione

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

Vista la Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020 – Riforma del Sistema Sanitario Regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della Legge Regionale n. 10 del 28.07.2006, della Legge Regionale n. 23 del 2014 e della Legge Regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore;

Visto l'art. 36 comma 2 lettera a), del D. LGS 50/2016;

Vista la Deliberazione n. 1811 del 07.08.2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della SSD Formazione, alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;

Atteso che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale;

Considerato che l'Azienda in particolare la Direzione Medica di Presidio San Michele vuole attivare il suddetto corso al fine di impartire metodologie e fornire strumenti operativi specifici per l'introduzione di un sistema di miglioramento continuo del Governo clinico basato sui Percorsi, sugli Audit e sulla Lean, rappresenta un valido supporto teorico tecnico e operativo per i servizi e gli operatori coinvolti;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2022 approvato con Deliberazione n° 1437 del 22.12.2021;

Dato Atto che l'attività formativa rivolta al personale sanitario dell'Azienda per un totale 30 partecipanti, sarà svolta da docenti esterni e da Tutor didattici interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto;

Recepito che l'attività di tutoraggio sarà svolta da Tutors d'aula interni come da elenco autorizzato nel progetto;

segue Determinazione n. 1181 del 14.07.2022

Valutato il Progetto Formativo Aziendale ECM: "PDTA Gliomi cerebrali dell'adulto" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:

1. Di autorizzare il Progetto Formativo Aziendale ECM: "PDTA Gliomi cerebrali dell'adulto", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale 30 partecipanti, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
2. Di confermare che l'attività formativa sarà svolta da docenti esterni e da Tutor didattici interni fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto.
3. Di confermare altresì che l'attività di tutoraggio sarà svolto da tutor d'aula interni, fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto.
4. Di determinare che la spesa complessiva di € 5.900,00 (cinquemilanovecento euro) onnicomprensiva, graverà sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2022.
5. Di autorizzare la S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
6. Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei Tutor didattici e dei Tutor d'aula interni.
7. Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 - Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale - la spesa complessiva di € 5.900,00.

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



Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 1 a 16

Al Sig. Direttore Generale

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

"PDTA Gliomi cerebrali dell'adulto"

STRUTTURA PROPONENTE

Direzione Medica di Presidio S. MICHELE

DESTINATARI (chi è autorizzato a timbrare con la causale 56 e 16)

OBIETTIVI

Il corso di formazione ha l'obiettivo di impartire metodologie e fornire strumenti operativi specifici per l'introduzione di un sistema di miglioramento continuo del Governo clinico basato sui Percorsi, sugli Audit; rappresenta un valido supporto teorico tecnico e operativo per i servizi e gli operatori coinvolti.

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

I percorsi clinico organizzativi come strumento di programmazione e controllo, di miglioramento continuo delle prestazioni e di integrazione e coordinamento tra unità organizzative e professionalità diverse

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

I partecipanti acquisiranno metodologie e strumenti operativi volti alla creazione ed al miglioramento continuo di specifici processi aziendali

B) Acquisizione competenze di processo:

Attuare interventi diversi in modo coordinato, tutti orientati verso la realizzazione di un obiettivo comune

C) Acquisizione competenze di sistema:

Conoscere e comprendere il filo conduttore che collega la strategia Aziendale alle attività delle diverse strutture dipartimentali esplicitando i principali processi da presidiare con la predisposizione, attuazione dei percorsi necessari per il loro governo



Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 2 a 16

TIPOLOGIA DI EVENTO:

A) FORMAZIONE RESIDENZIALE

- Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)
- Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)
- Conferenza (minimo 4 ore)
- Corso (minimo 4 ore)
- Retraining

SEDE DI SVOLGIMENTO

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI NO

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura PO San Michele

SPAZI NECESSARI

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)
- Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
- Aula con capienza di n. **30** partecipanti
- Sala conferenza per n. _____ partecipanti
- Altro (specificare) _____

AUSILI DIDATTICI

LAVAGNA LUMINOSA

LAVAGNA A FOGLI MOBILI

PC

VIDEOPROIETTORE

ALTRO DA SPECIFICARE _____

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI **NO**

*Se **Si**, indicare le date di inizio e fine, se **No**, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista. Indicare numero massimo dei partecipanti per edizioni.*

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	30	29 Marzo 2022	01 Dicembre 2022

PROFESSIONI

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

PROFESSIONI SANITARIE

- Farmacista** n. _____
- Ospedaliera** n. _____
- Farmacia Territoriale** n. _____

- Medico chirurgo** n. _____
- Angiologia** n. _____
- Cardiologia** n. _____
- Dermatologia e Venereologia** n. _____
- Ematologia** n. _____
- Endocrinologia** n. _____
- Gastroenterologia** n. _____
- Genetica Medica** n. _____
- Geriatrics** n. _____
- Malattie Metaboliche e Diabetologia** n. _____
- Malattie dell'Apparato Respiratorio** n. _____
- Malattie Infettive** n. _____

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 4 a 16

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Fisica e Riabilitazione</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Termale</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Aeronautica e Spaziale</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina dello Sport</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Nefrologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neonatologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuropsichiatria Infantile</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i> | n. _____ |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Urologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i> | n. _____ |

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Trasmfusionale</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta)</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i> | n. _____ |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i> | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Privo di Specializzazione</i> | n. _____ |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Odontoiatra | n. _____ |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Psicologo – Psicoterapeuta | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia | n. _____ |

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 6 a 16

Psicologia n. _____

Laureati non medici (specificare)

_____ n. _____
_____ n. _____
_____ n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

Infermiere n. _____
 Infermiere pediatrico n. _____
 Ostetrica/o n. _____

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

Podologo n. _____
 Fisioterapista n. _____
 Logopedista n. _____
 Ortottista – Assistente di Oftalmologia n. _____
 Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva n. _____
 Tecnico Riabilitazione Psichiatrica n. _____
 Terapista Occupazionale n. _____
 Educatore Professionale n. _____

PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE

Assistente Sanitario n. _____
 Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro n. _____

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare n. _____
 Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico n. _____
 Tecnico Sanitario di Radiologia Medica n. _____
 Tecnico Audiometrista n. _____
 Tecnico Audioprotesista n. _____
 Tecnico di Neurofisiopatologia n. _____
 Tecnico Ortopedico n. _____

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 7 a 16

- Dietista* n. _____
 Igienista Dentale n. _____
X TUTTE LE PROFESSIONI n. **30**

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

- ASL n. _____*
 Strutture private
 Altri enti o amministrazioni pubbliche

DURATA E ARTICOLAZIONE

(Indicare la durata complessiva del progetto formativo con riferimento alle ore effettive di formazione previste dai vari eventi in cui si articola il progetto).

Durata complessiva dell'attività formativa: **1 edizione 8 gg X 4 ore per un totale di 32**

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI **X** NO

MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.
(Barrare le caselle d'interesse)

- Fotocopie di testi*
X *Slides*
 Testi/libri
 Riviste
 Cd
 Altri supporti

VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

- Prova Pratica*
 - Role playing con griglia*
 - Prova manuale*
- Prova orale*
 - Strutturata*
 - Non strutturata*
- Prova scritta*
 - tema*
 - saggio*
 - tesina*
 - altro*
- Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)*

X *Project Work*

VOCI DI SPESA

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

<i>Docenza</i>	€ 3.200
<i>Tutor didattico</i>	€ 827
<i>Tutor d'aula</i>	€ 413
<i>Pernottamento</i>	€ 500
<i>Pasti</i>	€ 160
<i>Spese di viaggio</i>	€ 800
<i>Altro:</i>	
1. <i>materiale didattico</i>	€
2. <i>costo accreditamento</i>	€
<i>Totale</i>	€ 5.900

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 9 a 16

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: _____ €
Quote di iscrizione: _____ €

RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI

Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Dati del Responsabile Scientifico:

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

Nome Marinella Cognome Spissu
Qualifica Dirigente Medico

Struttura Direzione
PO San Michele

Telefono 070539856 Cellulare _____

Fax 070530814 email marinellaspissu@aob.it

Nome Roberta Cognome Manca
Qualifica Incarico Funzione
Organizzazione Percorsi Clinici

Struttura Staff di Direzione

Telefono 070539210 Cellulare _____

Fax _____ email robertamanca@aob.it

Docenti

Nome Chiarinotti Cognome Donatella
Qualifica Dirigente Medico
Struttura Esterno
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ email _____

Nome Capponi Cognome Andrea
Qualifica Direttore Medico dei Presidi
Struttura Azienda Universitaria di Novara
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ email andrea.capponi@maggioreosp.novara.it

Nome Leigheb Cognome Fabrizio
Qualifica Dirigente Medico Responsabile
Struttura Azienda ospedaliera universitaria Maggiore della Carità di Novara
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ email fabrizio.leigheb@maggioreosp.novara.it

Tutor didattici

Nome Aramu Cognome Francesca
Qualifica Dirigente Medico
Struttura Direzione PO Businco
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ email francesca.aramu@aob.it

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 11 a 16

Nome Argiolas Cognome Federico
Qualifica Dirigente Medico
Struttura Direzione PO Businco
Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ email federico.argiolas@aob.it

Nome Cannas Cognome Nicola
Qualifica Dirigente Medico
Struttura Direzione PO San Michele
Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ email nicola.cannas@aob.it

Nome Coghe Cognome Francesca
Qualifica Dirigente Medico
Struttura Direzione PO San Michele
Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ email francesca.coghe@aob.it

Nome Ghiani Cognome Carla
Qualifica Dirigente Medico
Struttura Direzione PO San Michele
Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ email carla.ghiani@aob.it

Nome Manti Cognome Antonio
Qualifica Dirigente Medico



Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 12 a 16

<i>Struttura</i>	Direzione PO San Michele		
<i>Telefono</i>	<i>Cellulare</i>		
<i>Fax</i>	<i>email</i>	<u>antonio.manti@aob.it</u>	
<i>Nome</i>	<i>Pitzalis</i>	<i>Cognome</i>	Paola
<i>Qualifica</i>	Dirigente Medico		
<i>Struttura</i>	Direzione PO San Michele		
<i>Telefono</i>	<i>Cellulare</i>		
<i>Fax</i>	<i>email</i>	<u>paola.pitzalis@aob.it</u>	
<i>Nome</i>	<i>Zucca</i>	<i>Cognome</i>	Alessandra
<i>Qualifica</i>	Dirigente Medico		
<i>Struttura</i>	Direzione PO San Michele		
<i>Telefono</i>	<i>Cellulare</i>		
<i>Fax</i>	<i>email</i>	<u>alessandra.zucca@aob.it</u>	
<i>Nome</i>	<i>Cinzia</i>	<i>Cognome</i>	Porceddu
<i>Qualifica</i>	Collaboratore Tecnico Professionale Sociologa		
<i>Struttura</i>	Direzione PO San Michele		
<i>Telefono</i>	070539210	<i>Cellulare</i>	
<i>Fax</i>	070539747	<i>email</i>	<u>cinzia.porceddu@aob.it</u>
<i>Nome</i>	Roberta	<i>Cognome</i>	Manca
<i>Qualifica</i>	Incarico Funzione Organizzazione Percorsi Clinici		
<i>Struttura</i>	Staff di Direzione		
<i>Telefono</i>	070539210	<i>Cellulare</i>	

Emissione 28/06/2016
Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4
Pag. 13 a 16

Fax 070539747 email robertamanca@aob.it

Tutor d'aula

Nome Rita Cognome Loffredo

Qualifica Collaboratore Amministrativo

Struttura Direzione Generale

Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ email ritaloffredo@aob.it

Nome Sandra Cognome Bargone

Qualifica Collaboratore Professionale
Infermiere

Struttura Ufficio Formazione

Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ email sandra.bargone@aob.it

Nome Marianna Cognome Loi

Qualifica Incarico Funzione e
Organizzazione

Struttura Servizio Acquisti

Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ email mariannaloi@aob.it

Nome Daniela Cognome Desogus

Qualifica Collaboratore Amministrativo

Struttura Direzione Sanitaria



<i>Telefono</i>		<i>Cellulare</i>	
<i>Fax</i>		<i>email</i>	<u>danieladesogus@aob.it</u>
<i>Nome</i>	<i>Concetta</i>	<i>Cognome</i>	Toscano
<i>Qualifica</i>	<i>Collaboratore Professionale Infermiere</i>		
<i>Struttura</i>	SSD Formazione		
<i>Telefono</i>		<i>Cellulare</i>	
<i>Fax</i>		<i>email</i>	<u>concettatoscano@aob.it</u>

A) Motivazione della scelta scientifica:

Implementare in ambito aziendale i Percorsi Clinici al fine di impartire metodologie e fornire strumenti operativi specifici per l'introduzione di un sistema di miglioramento continuo del Governo clinico

B) Motivazione della scelta economica:

Ai docenti verrà corrisposto il compenso orario previsto secondo le Linee Guida regionale (100 euro/ ora). Verranno inoltre rimborsate le spese di vitto, viaggio e alloggio.

Ai tutor didattici e tutor d'aula verrà corrisposto il compenso secondo il regolamento vigente.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Esperti qualificati nella stesura di PDTA.

RICADUTA FORMATIVA

Attività	Indicatore	Valore atteso	Tempo

Ai docenti verrà corrisposto il compenso orario previsto secondo le Linee Guida regionale (100 euro/ora). Verranno inoltre rimborsate le spese di vitto, viaggio e alloggio.
Ai tutor didattici e tutor d'aula verrà corrisposto il compenso secondo il regolamento vigente.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Esperti qualificati nella stesura di PDTA.

RICADUTA FORMATIVA

Attività	Indicatore	Valore atteso	Tempo

A) Docenti Interni:

in orario di servizio
fuori orario di servizio

B) Docenti Esterni:

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, **60 giorni prima** dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

Luogo: Cagliari **Data (gg/mm/aaaa):** _____

Nome e cognome (in stampatello)
Direttore Generale Dott.ssa Agnese Foddis

Timbro e Firma (leggibile) _____

Responsabile Scientifico Dott.ssa Marinella Spissu

Timbro e Firma (leggibile) AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO
Dott.ssa Marinella Spissu

Responsabile Scientifico Dott.ssa Roberta Manca

Timbro e Firma (leggibile) ARNAS G. BROTZU
Incarico di Funzione e Organizzazione
Percorsi Clinici
Dott.ssa Roberta Manca

Nome e Cognome (In stampatello) Dott.ssa Carla Ghiani
Responsabile Ufficio Formazione
Timbro e firma (leggibile) AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott.ssa Carla Ghiani

PFA: "PDTA Gliomi cerebrali dell'adulto"

1° Edizione

29 Marzo (9.00-13.00) 21 Aprile (14.30-18.30)
09 Maggio (9.00-13.00) 13 Giugno (14.30-18.30)
12 Settembre (9.00-13.00) 03 Ottobre (14.30-18.30)
07 Novembre (9.00-13.00) 01 Dicembre (14.30-18.30)

Aula Ciccu

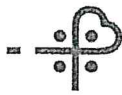
Programma didattico

Sessione	Inizio	Fine	PRIMA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	9.00	10.00	Introduzione PDTA	RTP	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Dettaglio 2	10.00	12.00	Metodi e strumenti	RTP	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Dettaglio 3	12.00	13.00	Discussione	CD	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti

Sessione	Inizio	Fine	SECONDA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	14.30	15.30	Impostazione del PDTA	DT	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Pitzalis Porceddu Zucca Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Dettaglio 2	15.30	17.30	Elaborazione del PDTA	ED	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Dettaglio 3	17.30	18.30	Presentazione della comunità di pratica	LG	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb		
Sessione	Inizio	Fine	TERZA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	9.00	10.00	Introduzione al Ragionamento Clinico	RTP	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Dettaglio 2	10.00	13.00	Sviluppo della Flow Chart RG	ED	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas Cannas

								Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Sessione	Inizio	Fine	QUARTA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	14.30	15.30	Percorso Organizzativo	CD	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Dettaglio 2	15.30	18.30	Sviluppo della Flow Chart PO	ED	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Sessione	Inizio	Fine	QUINTA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	09.00	11.00	Rilevazione dati attività	LG	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Dettaglio 2	11.00	13.00	Rilevazione dati PNE	LG	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas

								Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Sessione	Inizio	Fine	SESTA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	14.30	15.30	Individuazione del sistema di Monitoraggio	RTP	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Dettaglio 1	15.30	16.30	Discussione sul sistema di Monitoraggio	CD	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Dettaglio 3	16.30	18.30	Individuazione set Indicatori	LPG	D.Chiarinotti	Capponi Leigheb	Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Sessione	Inizio	Fine	SETTIMA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	09.00	11.00	Valutazione del PDTA e analisi delle	LG	D.Chiarinotti		Manca	Aramu Argiolas



			criticità					Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Dettaglio 2	11.00	13.00	Ragionamento clinico-assistenziale attraverso le matrici	CD	D.Chiarinotti		Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Sessione	Inizio	Fine	OTTAVA GIORNATA	Metodologia	Docente	Sostituto Docente	Tutor	Sostituto Tutor
Dettaglio 1	14.30	17.00	Audit	LPG	D.Chiarinotti		Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Dettaglio 2	17.00	18.00	Audit	CD	D.Chiarinotti		Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani Coghe Manti Pitzalis Porceddu Zucca
Dettaglio 3	18.00	18.30	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	D.Chiarinotti		Manca	Aramu Argiolas Cannas Ghiani

