



## STRUTTURA DI FORMAZIONE

Direttore Dott. Giuseppe Cancellaro

### Progetto Formativo

# “L’HTA: contributo dei processi decisionali a supporto delle pratiche in Sanità”

10 Maggio 2013

Aula Turtur, Ospedali Riuniti

Viale Pinto, 1 – Foggia

#### RESPONSABILI SCIENTIFICI

Prof. Matteo Di Biase - Preside della Facoltà di Medicina

Prof. Vito Capozzi, Ordinario di Fisica Medica, Università degli Studi di Foggia

Dott.ssa Valentina Verile, Dirigente Fisico, S.C.Radioterapia Oncologica OO.RR, Foggia

***OBIETTIVI:** L’adozione di innovazioni tecnologiche modifica necessariamente il sistema attraverso cui viene erogata la prestazione sanitaria. Gli effetti di una introduzione possono essere previsti attraverso la attività di ricerca scientifica di materiale informativo utilizzando i diversi mezzi a disposizione. Tale operazione, inoltre, consente di adeguare le soluzioni offerte dalla tecnologia alle necessità e possibilità delle proprie strutture sanitarie.*

***DESTINATARI:** Partecipanti ECM n.100 complessivamente tra Medici, Biologi, Chimici, Farmacisti, Fisici Sanitari, Tecnici Sanitari Laboratorio Biomedico, Tecnici Sanitari Radiologia Medica, Infermieri, Ostetriche e Fisioterapisti.*

*Partecipanti n. 20 esclusi dall’obbligo dei crediti ECM.*

*Per ogni necessaria informazione ed iscrizione al corso, rivolgersi alla Segreteria della Struttura di Formazione tel. 0881736259 - fax 0881736049.*

*Si precisa che le domande di iscrizioni devono pervenire alla Segreteria della Struttura di Formazione entro il 06 Maggio 2013.*

ORE 08.30 - 09.15 **ISCRIZIONE**

ORE 09.15 - 09.45 **SALUTO DELLE AUTORITA’**

**I Sessione**

**Moderatori: - Prof. V. Capozzi, Dott. M. Virgilio**

- ORE 09.45 - 10.00 **Introduzione**  
Prof. V. Capozzi
- ORE 10.00 - 10.30 **L'Health Technology Assessment e il ruolo del Gruppo di Lavoro HTA della Regione Puglia**  
Dott. M. Virgilio
- ORE 10.30 - 11.00 **IL ruolo del clinico nel percorso di HTA: L'individuazione del bisogno, la ricerca delle fonti, l'organizzazione dei servizi, le ricadute etiche, sociali e medico-legali**  
Prof. G. Perchiazzi
- ORE 11.00 - 11.30 **Diffusione e adozione delle tecnologie biomediche: Modelli e strumenti per l'HTA.**  
Ing. F. Bonifazi
- ORE 11.30 - 11.50 **Pausa**

## **II Sessione**

**Moderatori: - Ing. F. Bonifazi, Dott.ssa V. Verile,**

- ORE 11.50 - 12.20 **L'adozione delle nuove tecnologie presso gli Ospedali Riuniti di Foggia: valutazione nel campo della diagnostica e/o terapia con fasci radianti in relazione al contesto territoriale**  
Dott.ssa V. Verile
- ORE 12.20 - 12.50 **Valutazione di farmaci e dispositivi medici innovativi**  
Dott.ssa R. Stea
- ORE 12.50 - 13.20 **Proposta per l'introduzione di un sistema HTA in Aziende Sanitarie**  
Ing. T. Petrosillo
- ORE 13.20 - 13.40 **Confronto Dibattito**
- ORE 13.40 - 14.00 **VERIFICA ECM E CHIUSURA DEI LAVORI CON TEST DI GRADIMENTO E CONSEGNA ATTESTATI**



## Struttura di Formazione

### SCHEDA DI ISCRIZIONE PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

\* Cognome \_\_\_\_\_

\* Nome \_\_\_\_\_

\* Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

\* Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

\* Unità Operativa \_\_\_\_\_

\* Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

\* **Dipendente**       \* **Libero professionista**       \* **Convenzionato**

\* Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\* **Indirizzo privato**

\* Via/Piazza \_\_\_\_\_ \* N. \_\_\_\_\_

\* CAP \_\_\_\_\_ \* Località \_\_\_\_\_ \* Provincia \_\_\_\_\_

\* Telefono \_\_\_\_\_ \* Cellulare \_\_\_\_\_

\* Posta elettronica \_\_\_\_\_

\*Progetto formativo al quale chiede di essere ammesso/a: **L'HTA: contributo dei processi decisionali a supporto delle pratiche in Sanità**

**Sede: Aula Turtur Ospedali Riuniti**

**Data: 10 Maggio 2013**

**NB.** Per l'attribuzione dei crediti ECM, è necessaria la frequenza di tutte le sessioni del Corso e la compilazione del questionario finale. La frequenza del Corso è assolutamente compatibile con la garanzia di continuità operativa di tutte le attività clinico-assistenziali della U.O. e delle UU.OO. funzionalmente connesse.

Il Partecipante

Il Direttore di Struttura  
(firma leggibile e timbro)

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196**

Autorizzo la Struttura di Formazione al trattamento dei dati personali da me forniti limitatamente alle finalità attinenti allo svolgimento del su citato progetto formativo regionale, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

\_\_\_\_\_  
FIRMA