Inviare via mail a ***opicagliari@outlook.it***

OPI
ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
CAGLIARI

17 NOVEMBRE 2025 14:30 - 19:30

# DM 77 e PNRR: nuove sfide e opportunità per l'infermieristica

Associazione C.N.O.S.-F.A.P. Salesiani Sardegna

Via Don Giovanni Bosco,14, 09047 Selargius CA

Provider: Kassiopea Group n 305

Id evento: 305/466685

Crediti assegnati: 5 ECM

Inviare via mail a ***opicagliari@outlook.it***

# Programma

| ***Inizio*** | **Fine** | | **Metodologia** | **Docente** |
|---|---|---|---|---|
| 14.30 | 15.00 | Apertura lavori<br>Presentazione del corso | *RTP* | Cottogno Francesca |
| 15.00 | 15.30 | PNRR Missione 6 e DM 77/2022<br>Quadro normativo e Piano Sanitario Regionale Sardegna | *RTP* | Pateri Pierpaolo |
| 15.30 | 16.00 | Qual è il ruolo dell'infermiere nelle Case della Comunità nella nostra realtà. IFeC, continuità ospedale-territorio, case management | *RTP* | Pretta Salvatore |
| 16.00 | 17.00 | Percorso di presa in carico | *ROLE-PLAYING* | Soddu Emanuela |
| 17:00 | 17:30 | PAUSA | | |
| 17.30 | 18.00 | Esperienze dal territorio sardo | *RTP* | Collu Barbara |
| 18.00 | 19.00 | Tavola Rotonda | *Tavola rotonda* | TUTTI I PARTECIPANTI |
| 19:00 | 19:30 | Discussione e chiusura lavori | *RTP* | Cottogno Francesca |

L'iscrizione all'evento è gratuita ed è riservata agli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cagliari, fino ad un numero massimo di 100 partecipanti. Le iscrizioni possono essere effettuate inviando il modulo di iscrizione a *opicagliari@outlook.it* entro il 15/11/2025

Inviare via mail a ***opicagliari@outlook.it***

**DM 77 e PNRR: nuove sfide e opportunità per l'infermieristica**

PROFESSIONISTA SANITARIO

Cognome_____Nome_____

Codice fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo di nascita _____Data di nascita_____

CAP_____Città_____Cell. _____

Luogo di residenza/Domicilio:
Via e n°_____CAP_____Città_____

**E-mail**_____

**Libero Professionista** □ **Dipendente** □ **Convenzionato** □ **Privo di occupazione**
(indicare quale attività si svolge – **obbligatorio** ai fini ECM)

**Ruolo:** ☐ Partecipante ☐ Docente ☐ Tutor ☐ Relatore

Iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di _____ n.____ del __/__/___ _

**Professione:** □ INFERMIERE □ INFERMIERE PEDIATRICO

**Informativa** La informiamo che, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 i dati personali forniti attraverso la compilazione della presente scheda di preiscrizione, potranno formare oggetto di trattamento in relazione allo svolgimento di questo evento. I dati, il cui conferimento è facoltativo ma necessario ai fini organizzativi, verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e la riservatezza. L'ambito di trattamento sarà limitato al territorio italiano e i dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a soggetti che in collaborazione con il titolare partecipano all'organizzazione di questa iniziativa compresa la Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina. I dati verranno trattenuti per tutta la durata dell'evento e verranno utilizzati in caso di invio di future informazioni di carattere istituzionale e formativo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cagliari. Lei potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui al Regolamento UE 679/2016 e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettificazione, l'aggiornamento e l'integrazione dei suoi dati, nonché opporsi al loro utilizzo per le finalità indicate. Titolare dei sopraindicati trattamenti è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cagliari, con sede in Via Simon Mossa 48 - Selargius, Responsabile del trattamento è l'Avv. Elio Errichiello. I dati saranno trattati dalla Segreteria dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cagliari, Incaricata dell'organizzazione dell'evento.
**Consenso** Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui al Regolamento UE 679/2016 ed esprime il suo consenso al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa.

Data_____ Firma _____