

# Allegato “A”

Il presente allegato è composto  
di n. 23 fogli, di n. 23 pagine

**ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE**  
**NP/2018/36932** del 23/05/2018 ore 13,50

datato: ASL Cagliari SerD2 Area Formazione

Assegnato: ASL Cagliari Area Formazione

Classifica: 2.5 Fascicolo: 11 del 27/7



**Area Formazione ASL Cagliari**  
**SEDE**

**Oggetto: Richiesta attivazione progetto formativo residenziale "La Responsabilità legale degli operatori delle Dipendenze"**

Si trasmette, per quanto indicato in oggetto, la documentazione sottoelencata:

Scheda attivazione progetto formativo

Indicazione di scelta dei docenti e dichiarazione assenza di conflitto di interesse

Preventivo

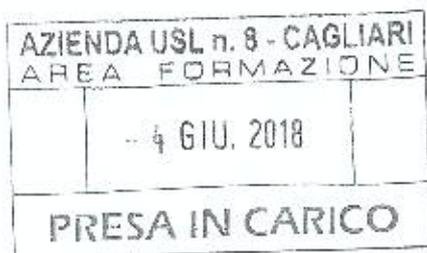
Accettazione incarico di responsabile scientifico e assenza di conflitto d'interesse

Accettazione incarico di docente e assenza di conflitto d'interesse

Auto indicazione di scelta come docente e dichiarazione assenza di conflitto di interesse

Programma dell'evento

Questionario apprendimento



**Direttore**  
**Dottor Massimo Diana**



Servizio Proponente

Ser.D. 2 via Liguria

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto:**

**LA RESPONSABILITÀ LEGALE DEGLI OPERATORI DELLE DIPENDENZE**

**Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?**

**SI** *(cancellare la voce che con interessa)*

**Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante**

*(cancellare le voci che con interessano)*

▪ **Attività formativa di aggiornamenti monotematici**

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?**

**NO**

*(cancellare la voce che con interessa)*

**È previsto l'uso della sola lingua italiana?**

**SI** *(cancellare la voce che con interessa)*

**È prevista una quota di partecipazione?**

**NO** *(cancellare la voce che con interessa)*

**Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?**

**NO** *(cancellare la voce che con interessa)*

\_\_\_\_\_

**Numero di edizioni previste** \_\_\_\_\_

	<b>Data Inizio</b>	<b>Data fine</b>
Prima edizione	05/07/18	05/07/18
Seconda edizione		
Terza 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.**

**Sede di svolgimento**

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

**SI** *(cancellare la voce che con interessa)*

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

Se sì, indicare l'indirizzo:

**Sede SerD 1**

**Indirizzo Cagliari via dei Valenzani snc 09131**

## Partecipanti

### Numero di partecipanti per edizione 50 Totale Partecipanti 50

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 5 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 15 operatori di altre ASL - Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

## Professioni dei partecipanti

*N.B. (cancellare le voci che con interessano)*

### Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Tutte le professioni

### Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Tutte le professioni

### Discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

*N.B. (cancellare le voci che con interessano)*

- Dermatologia e Venereologia
- Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica
- Neurologia
- Psichiatria
- Psicoterapia

### Discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

*N.B. (cancellare le voci che con interessano)*

### Discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

*N.B. (cancellare le voci che con interessano)*

### Discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

*N.B. (cancellare le voci che con interessano)*

*Psicologia*

**Progetto Formativo**

*Psicoterapia*

## Area tematica

*N.B. (indicare una sola Area Tematica, cancellare tutte le voci che con interessano)*

- Area delle dipendenze

## Obiettivo formativo

*N.B. (Indicare un solo obiettivo formativo, cancellare tutte le voci che con interessano)*

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

**Obiettivo formativo**

*N.B. (indicare un solo obiettivo formativo, cancellare tutte le voci che con interessano)*

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

**Finalità \***

**A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**

Implementare le conoscenze in merito alla responsabilità legale delle diverse professionalità presenti al Servizio Dipendenze

**B - Acquisizione competenze di processo:**

Approfondire e arricchire le competenze riguardo agli argomenti trattati

**C - Acquisizione competenze di sistema:**

Proporre modelli e buone pratiche nella individuazione di percorsi, nel rispetto delle normative vigenti, riguardo la responsabilità dei diversi professionisti presenti al Ser.D.

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

**E - Valutazione della ricaduta** formativa da effettuare a distanza di mesi: 00 dal corso

*\* I campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento*

**Responsabile scientifico nel progetto**

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

Cognome DIANA Nome ESTELLO MASSIMO

Codice Fiscale DNISLL52C27B745Q

Luogo di nascita CARBONIA Data di nascita 27/03/1952

Telefono 07047444311 Cellulare 337815220 FAX 07047444272

e-mail [massimodiana@asl8cagliari.it](mailto:massimodiana@asl8cagliari.it)

Qualifica: Medico Psichiatra Direttore Struttura Complessa Servizio Dipendenze/ Ser.D 2 via Liguria,  
Ser.D 1 via Dei Valenzani

Competenze: Manageriali, Psichiatriche, Psicoterapeutiche

**Referente della segreteria organizzativa**

Cognome DE FABRITIIS Nome DANIELA

Telefono 07047444289 Cellulare FAX 07047444272

e-mail [danieladefabritiis@asl8cagliari.it](mailto:danieladefabritiis@asl8cagliari.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: 6 Minuti: 30**

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	5 ore 30 minuti	330
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	1h	60
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED		
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC		
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG		
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED		
Role - Playing	RP		

## Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti

**cancellare tutte le voci che con interessano**

- *Questionario (allegare il modello)*

## Attrezzatura

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

**cancellare tutte le voci che con interessano**

*Computer*

FORMATORE n. 1\_

**Ruolo:** Docente Interno in orario di servizio

Competenze: Manageriali, Psichiatriche, Psicoterapeutiche

Cognome **DIANA** Nome **MASSIMO** Codice Fiscale **DNISLL52C27B745Q**

Luogo di nascita **CARBONIA** Data di nascita **27/03/1952**

Telefono **07047444311** Cellulare **337815220** FAX **07047444272** e-mail **massimodiana@asl8cagliari.it**

Qualifica **Medico Psichiatra Direttore Struttura Complessa Servizio Dipendenze/ Ser.D 2 via Liguria,**  
Competenze **MANAGERIALI, PSICHIATRICHE, PSICOTERAPEUTICHE**

Disciplina ECM ( Per gli operatori Sanitari) \_\_\_\_\_

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza ( *N.B. cancellare la voce che con interessa* )

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: ( *N.B. cancellare tutte le voci che con interessano* )

Ore di docenza **30** minuti Totale compenso € **0,00**

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio:

Numero Pasti \_\_\_\_ Totale spesa rimborso pasti € \_\_\_\_ 0 \_\_\_\_

Pernottamento Max € a notte/ Notti da rimborsare \_\_\_\_ Totale spesa pernottamento \_\_\_\_ 0 \_\_\_\_

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € \_\_\_\_ 0 \_\_\_\_

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

FORMATORE n. 2

Ruolo: Docente Esterno

Cognome MONDIO Nome LUISELLA Codice Fiscale MNDLLL67C51B3540

Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 11/03/1967 Telefono

Cellulare 3477251365 FAX \_\_\_\_\_ e-mail luisella.mondio@hotmail.com

Qualifica ASSISTENTE AMMINISTRATIVA Competenze GESTIONE ATTI AMMINISTRATIVI E APPALTI

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: *(N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)*

Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza 2 ore e 30 minuti Totale compenso € 250,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio:

Numero Pasti \_\_\_\_ Totale spesa rimborso pasti € \_\_\_\_ 0 \_\_\_\_

Pernottamento Max € a notte/ Notti da rimborsare \_\_\_\_\_ Totale spesa pernottamento \_\_\_\_ 0 \_\_\_\_

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € \_\_\_\_ 0 \_\_\_\_

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

FORMATORE n. 3

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio

Cognome PAPOFF Nome MATTEO Codice Fiscale PPFMTT64P21B354S

Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 21/09/1964 Telefono 0706096521

Cellulare 3479536961 FAX 0706096522 e-mail matteopapoff@asl8cagliari.it <matteopapoff@asl8cagliari.it>

Qualifica Dirigente ASSL Cagliari I fascia - Dipartimento Salute Mentale Competenze PSICHIATRICHE, PSICOTERAPEUTICHE, ORGANIZZATIVE

Disciplina ECM ( Per gli operatori Sanitari) \_\_\_\_\_

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza ( N.B. cancellare la voce che con interessa )

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: *(N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)*

Ore di docenza 1 ora e 30 minuti Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio:

Numero Pasti \_\_\_\_ Totale spesa rimborso pasti € \_\_\_\_ 0 \_\_\_\_

Pernottamento Max € a notte/ Notti da rimborsare \_\_\_\_\_ Totale spesa pernottamento \_\_\_\_ 0 \_\_\_\_

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € \_\_\_\_ 0 \_\_\_\_

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

**FORMATORE n. 4****Ruolo:** Docente interno in orario di Servizio**Cognome** PISANO **Nome** GIOVANNI **Codice Fiscale** PSNGNN64P19B354Q**Luogo di nascita** CAGLIARI **Data di nascita** 19/09/1964 **Telefono** \_\_\_\_\_**Cellulare** 3456313159 **FAX** 07047444272 **e-mail** giovannipisano@asl8cagliari.it**Qualifica** INFERMIERE Ser.D. ASSL CAGLIARI **Competenze** ASSISTENZA INFERMIERISTICA A CARATTERE PREVENTIVO, CURATIVO E RIABILITATIVO PRESSO SERVIZIO DIPENDENZE**Inquadramento CCNL Formatori interni:** Comparto**Fascia retributiva di competenza e relativo importo:** (N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)**Ore di docenza da retribuire** 0**Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio:** (N.B. cancellare la voce che con interessa )**Numero Pasti** \_\_\_\_ **Totale spesa rimborso pasti** € \_\_\_\_0\_\_\_\_**Pernottamento Max € a notte/ Notti da rimborsare** \_\_\_\_ **Totale spesa pernottamento** \_\_\_\_0\_\_\_\_**Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali** € \_\_\_\_0\_\_\_\_*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***Fonti di finanziamento**(N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

Formazione strategica e Formazione di sistema

**Riepilogo voci di spesa del corso**

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 250,00
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)	€ 172,15
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) a cura dell'Area Formazione</b>		<b>€ 422,15</b>

**Macrostruttura di appartenenza**(N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

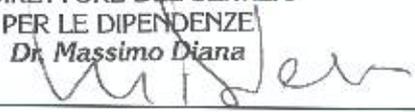
**Macrostruttura di appartenenza**

*(N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)*

- Dipartimento Dipendenze

**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

<b>Nome e cognome</b> (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	HASSIMO DIANA
<b>Timbro e Firma</b> (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	Azienda USL n° 8 - Cagliari IL DIRETTORE DEL SERVIZIO PER LE DIPENDENZE Dr. Massimo Diana 

## Dichiarazione

### **Accettazione incarico di Responsabile Scientifico e assenza di conflitti d'interesse**

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Massimo Diana nominato in qualità di Responsabile Scientifico per l'Evento dal

titolo: **L a R e s p o n s a b i l i t à L e g a l e P r o f e s s i o n a l e d e g l i**

**O p e r a t o r i d e l l e D i p e n d e n z e**, di prossima programmazione

**dichiaro**

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 22/05/2018

Firma e timbro  
IL DIRETTORE DEL SERVIZIO  
Ser.D2 - Via Liguria - CA  
Dr. Massimo Diana



**Auto indicazione di scelta come docente  
e dichiarazione assenza di conflitto di interessi**

*(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)*

Io sottoscritto Massimo Diana Direttore della Struttura Ser.D. 2 di via Liguria, committente  
dell'evento formativo dal titolo:

**La Responsabilità Legale Professionale degli Operatori  
delle Dipendenze** di prossima programmazione,

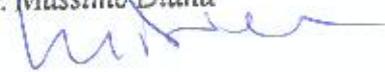
**1) indico me stesso quale docente dell'attività formativa in questione**

valutando che questa sia una scelta tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013.

**2) Dichiaro, inoltre, che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale auto indicazione di scelta non sussistono da parte mia conflitti di interesse, in quanto l'incarico verrà svolto in orario di servizio ed a titolo gratuito.**

Data, 22/05/2018

**Firma e timbro**  
IL DIRETTORE DEL SERVIZIO  
Ser.D2 - Via Liguria - CA  
Dr. Massimo Diana



**Indicazione di scelta del docente**  
**e dichiarazione assenza di conflitto di interessi**

*(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)*

Io sottoscritto Massimo Diana Direttore della Struttura Ser.D. 2 di via Liguria ASL Cagliari ,  
committente dell'Evento Formativo dal titolo: **LA RESPONSABILITÀ LEGALE  
PROFESSIONALE DEGLI OPERATORI DELLE DIPENDENZE**  
di prossima programmazione,

**1) indico quale docente dell'attività formativa in questione**

il Dr. Matteo Papoff, di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico.

**2) Dichiaro che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte mia conflitti di interesse.**

Data, 22/05/2018

Firma e timbro

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO  
Ser.D2 - Via Liguria - CA  
Dr. Massimo Diana



**Indicazione di scelta del docente**  
**e dichiarazione assenza di conflitto di interessi**

*(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)*

Io sottoscritto Massimo Diana Direttore della Struttura Ser.D. 2 di via Liguria ASL Cagliari ,  
committente dell'Evento Formativo dal titolo: **LA RESPONSABILITÀ LEGALE  
PROFESSIONALE DEGLI OPERATORI DELLE DIPENDENZE**  
di prossima programmazione,

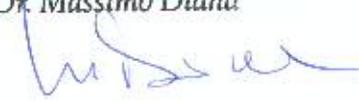
**1) indico quale docente dell'attività formativa in questione**

la Dr.ssa Luisella Mondio, di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico.

**2) Dichiaro che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte mia conflitti di interesse.**

Data, 22/05/2018

Firma e timbro  
IL DIRETTORE DEL SERVIZIO  
Ser.D2 - Via Liguria - CA  
Dr. Massimo Diana



**Indicazione di scelta del docente**  
**e dichiarazione assenza di conflitto di interessi**

*(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)*

Io sottoscritto Massimo Diana Direttore della Struttura Ser.D. 2 di via Liguria ASL Cagliari ,  
committente dell'Evento Formativo dal titolo: **LA RESPONSABILITÀ LEGALE  
PROFESSIONALE DEGLI OPERATORI DELLE DIPENDENZE**  
di prossima programmazione,

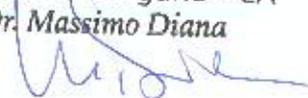
**1) indico quale docente dell'attività formativa in questione**

Giovanni Pisano, di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico.

**2) Dichiaro che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte mia conflitti di interesse.**

Data, 22/05/2018

Firma e timbro  
IL DIRETTORE DEL SERVIZIO  
Ser.D2 - Via Liguria - CA  
Dr. Massimo Diana



## Dichiarazione

### **Accettazione incarico di Docente e assenza di conflitti d'interesse**

*(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)*

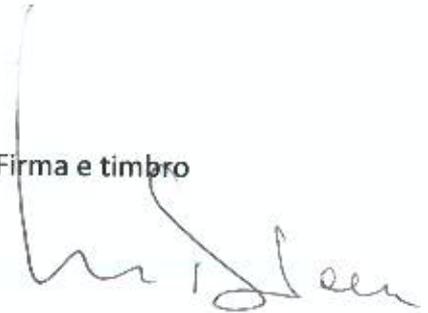
Io sottoscritto Massimo Diana nominato in qualità di Docente per l'Evento dal titolo:

**La Responsabilità Legale Professionale degli Operatori delle Dipendenze**, di prossima programmazione,

- 1) dichiaro di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione;
- 2) dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto in orario di servizio a titolo gratuito.

Data, 22/05/2018

Firma e timbro



**Dichiarazione**

**Accettazione incarico di Docente e assenza di conflitti d'interesse**

*(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)*

Io sottoscritta Luisella Mondio nominata in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo

**LA RESPONSABILITÀ LEGALE PROFESSIONALE DEGLI OPERATORI DELLE  
DIPENDENZE**

di prossima programmazione, dichiaro di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, *22/05/2018*

Firma

*Luisella Mondio*

## Dichiarazione

### **Accettazione incarico di Docente e assenza di conflitti d'interesse**

*(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)*

Io sottoscritto Matteo Papoff nominato in qualità di Docente per l'Evento dal titolo:

**La Responsabilità Legale Professionale degli Operatori delle Dipendenze**, di prossima programmazione,

- 1) dichiaro di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione;
- 2) dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto in orario di servizio.

Data, 22/05/2018

Firma e timbro



**ATS Sardegna - ASL Cagliari**  
Dipartimento di Salute Mentale  
*Dr. Matteo Papoff*  
matr. 53710 - Dirigente Medico

## Dichiarazione

### **Accettazione incarico di Docente e assenza di conflitti d'interesse**

*(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)*

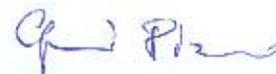
Io sottoscritto Giovanni Pisano nominato in qualità di Docente per l'Evento dal titolo:

**La Responsabilità Legale Professionale degli Operatori delle Dipendenze**, di prossima programmazione,

- 1) dichiaro di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione;
- 2) dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto in orario di servizio ed a titolo gratuito.

Data, 22/05/18

Firma e timbro



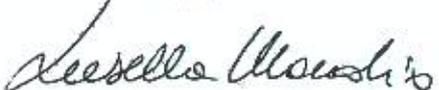
## PREVENTIVO EVENTO FORMATIVO

Io sottoscritta Luisalla Mondio, essendo stata individuata come docente dal Direttore del Ser.D. 2 della ASSL di Cagliari, per l'evento formativo "**La Responsabilità legale professionale degli operatori delle dipendenze**", invio il seguente preventivo di spesa:

n° 2,30 ore docenza (max 100 euro per ora)	250,00
Totale	250,00

Data, 22/05/2018

Firma



**LA RESPONSABILITÀ LEGALE PROFESSIONALE DEGLI  
OPERATORI DELLE DIPENDENZE**

05 luglio 2018

Sede di svolgimento Ser.D. 1 Via Dei Valenzani

8,30-9,00	<i>Registrazione partecipanti</i>	
9,00-9,30	<i>La Responsabilità sanitaria degli operatori delle Dipendenze</i>	<i>Massimo Diana</i>
9,30-11,00	<i>La responsabilità sanitaria: dalla legge Balduzzi alla legge Gelli Bianco. L'intento del legislatore e l'orientamento della Cassazione</i>	<i>Luisella Mondio</i>
11,00-11,30	<i>Pausa</i>	
11,30-13,00	<i>La cartella clinica Chi concorre alla compilazione della cartella clinica Funzioni e responsabilità nella redazione Come compilarla e quali errori non commettere</i>	<i>Matteo Papoff</i>
13,00-13,30	<i>Confronto dibattito</i>	<i>Luisella Mondio</i>
13,30-14,30	<i>Pausa</i>	
14,30-15,30	<i>La cartella clinica- Riferimenti legislativi Responsabilità in ambito civile e penale</i>	<i>Luisella Mondio</i>
15,30-16,30	<i>L'infermiere forense nel Servizio delle Dipendenze</i>	<i>Giovanni Pisano</i>
16,30-17,00	<i>Confronto dibattito</i>	<i>Luisella Mondio</i>
17,00-17,15	<i>Verifica apprendimento</i>	

**LA RESPONSABILITÀ LEGALE PROFESSIONALE DEGLI  
OPERATORI DELLE DIPENDENZE**

05 luglio 2018

Sede di svolgimento Ser.D. 1 Via Dei Valenzani

8,30-9,00	Registrazione partecipanti	
9,00-9,30	La Responsabilità sanitaria degli operatori delle Dipendenze	LRP
9,30-11,00	La responsabilità sanitaria: dalla legge Balduzzi alla legge Gelli Bianco. L'intento del legislatore e l'orientamento della Cassazione	LRP
11,00-11,30	Pausa	
11,30-13,00	La cartella clinica Chi concorre alla compilazione della cartella clinica Funzioni e responsabilità nella redazione Come compilarla e quali errori non commettere	LRP
13,00-13,30	Confronto dibattito	CD
13,30-14,30	Pausa	
14,30-15,30	La cartella clinica- Riferimenti legislativi Responsabilità in ambito civile e penale	LRP
15,30-16,30	L'infermiere forense nel Servizio delle Dipendenze	LRP
16,30-17,00	Confronto dibattito	CD
17,00-17,15	Verifica apprendimento	

**Progetto Formativo Residenziale**

**“La responsabilità legale degli operatori delle Dipendenze”**

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

<b>VOCE DI SPESA</b>	<b>TOTALE</b>
<b>Compenso docenza</b>	<b>€ 250,00</b>
<b>Costi accreditamento ECM</b>	<b>€ 172,15</b>
<b>TOTALE</b>	<b>€ 422,15</b>

Costo medio per partecipante € 16,89  
Costo medio x ora x partecipante € 1,06