

**SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ATS- AREA SOCIO SANITARIA LOCALE CAGLIARI**

DETERMINAZIONE DIRETTORE ASSL Cagliari N° DET8-2017-697 DEL 14/09/2017

Dott. Paolo Tecleme (firma digitale apposta)

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE

OGGETTO:

PFA "Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica"

Con la presente sottoscrizione si dichiara che l'istruttoria è corretta, completa nonché conforme alle risultanze degli atti d'ufficio, per l'utilità e l'opportunità degli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.

Responsabile Struttura Proponente:
Dott./Dott.ssa TULLIO GARAU (firma digitale apposta)

La presente Determinazione:

è soggetta alla comunicazione al competente Assessorato regionale ai sensi dell'art. 29 della L. R. n° 10/ 2006 e ss.mm.ii.

Si attesta che la presente determinazione dirigenziale viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line dell'ASSL Cagliari dal **14/09/2017** al **29/09/2017**

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE – AREA FORMAZIONE

- VISTA** la Legge Regionale n. 17 del 27.07.2016 di istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS);
- VISTA** la Deliberazione del Direttore Generale della ASSL di Sassari n. 143 del 29/12/2016 di nomina del dott. Paolo Tecleme Direttore dell'Area Socio Sanitaria di Cagliari;
- VISTO** la Deliberazione del Direttore Generale della ATS n. 11 del 18/01/2017 avente per oggetto l'individuazione delle funzioni/attività attribuite ai Direttori delle Aree Socio-Sanitarie e ai Dirigenti dell'Azienda per la Tutela della Salute;
- DATO ATTO** che il soggetto che propone il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;
- RICHIAMATO** il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, (G.U. n. 80 del 05/04/2013), in materia di trattamento dei dati personali;
- VISTA** la Legge Regionale n.10 del 28.07.2006 sul "Riordino del servizio sanitario della Sardegna" e in particolare l'art.25 che stabilisce che "La Regione riconosce l'importanza della formazione tecnico-professionale e gestionale della dirigenza e del restante personale del SSR e a, tale scopo ne favorisce la formazione continua e promuove occasioni di formazione sulla programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, con particolare attenzione alla diffusione delle tecniche di monitoraggio e controllo sull'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni e dei servizi sanitari;
- l'Accordo Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul "Riordino del Sistema di Formazione Continua in Medicina", del 1 agosto 2007;
- il D.P.C.M. 26 Luglio 2010 - Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, stipulato in data 5 Novembre 2009, in materia di accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero e liberi professionisti;
- l'art. 3 della L. 136/2010 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" e s.m.i.;
- il D. lgs. 12 aprile 2006, n. 163 Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE;
- l'art. 53, comma 6 lettera F bis del D. lgs. n. 165 del 30.03.2001 e successive modifiche ed integrazioni;
- la DGR n. 72/23 del 19 dicembre 2008, "Riordino del sistema regionale della formazione continua in medicina";
- la Delibera ASL Cagliari n. 401 del 16 aprile 2010, "Adozione, in via sperimentale, del Regolamento Aziendale in Materia di Formazione ed Aggiornamento Professionale";

PRESO ATTO

delle delibere ASL Cagliari n. 137 del 30/01/2013 “ recepimento della deliberazione G.R. n. 52/94 del 23/12/2011, n. 138 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/74 del 24/07/2012, n. 139 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/79 del 24/07/2012 e n. 140 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/80 del 24/07/2012, relative agli indirizzi per il Nuovo Sistema ECM;

della delibera della Giunta Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n. 4/14 del 5 febbraio 2014 “Manuale di Accreditamento dei provider regionali ECM”;

ACCERTATO

che, con deliberazione n. 1534 del 15/12/2016, è stato approvato il Piano aziendale di formazione per l'anno 2017; e che nello stesso è incluso il progetto formativo denominato

ATTESO

che il costo per l'organizzazione del corso di formazione “**Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica**”, graverà sul Finanziamento Regionale P.R.P. 2014-2018 Programma P – 3.1 “Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica” Determinazione RAS n. 1503 del 28/12/2015 n. 1200 del 19/10/2016 - CODICE PROGETTO 201513, Determina del Direttore ASL Cagliari N° 661 del 30/08/2017;

VISTA

la nota prot. n° NP/2017/66213 del 28/07/2017 con la richiesta di attivazione del progetto formativo residenziale (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A) con la quale la d.ssa Marisa Putzu, Responsabile f.f. UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla, chiede che sia attivato il Progetto formativo “**Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica**” P.R.P. 2014-2018 Programma P – 3.1 Determinazione RAS n. 1503 del 28/12/2015 n. 1200 del 19/10/2016 - CODICE PROGETTO 201513, Determina del Direttore ASL Cagliari N° 661 del 30/08/2017, nella quale sono precisati gli obiettivi, il responsabile scientifico, la tipologia dei partecipanti, i docenti e il tutor individuati e i costi dell'Evento;

ACCERTATO che:

Sede, durata e docenti

- Il corso sarà tenuto in n. 5 edizioni della durata pari a 4 ore per edizione;
- Destinatari del progetto sono n. 90 operatori per edizione (MMG e PLS), i cui nominativi saranno comunicati dal Servizio proponente l'Evento formativo;
- Le attività didattiche si svolgeranno dal 26/09/2017 al 17/10/2017 e si terranno nella Sala Conferenze del Serd – via dei Valenzani - Cagliari;
- le attività di docenza, come meglio di seguito precisato, saranno affidate ai docenti interni in orario di servizio: Maria Rosaria Cherchi, Iacolina Maria Grazia, Maria Paola Cau, alla docente interna fuori orario di servizio: Sabrina Trudu ed alla docente esterna: Maria Francesca Marchei;
- le attività di tutoraggio, come meglio di seguito precisato saranno affidate al tutor interno fuori orario di servizio: Maurizio Mezzorani;

Modalità di partecipazione:

La formazione in parola, ferme restando le esigenze di continuità del servizio, costituisce aggiornamento obbligatorio per i dipendenti ATS Sardegna ASL Cagliari individuati, per i quali le eventuali eccedenze orarie accumulate in occasione dell'attività formativa rispetto al debito settimanale daranno luogo, esclusa qualsivoglia forma di monetizzazione, al recupero della stessa previa intesa con il diretto responsabile gerarchico;

Aspetti economici:

La spesa massima prevista per la realizzazione del progetto è pari a € 3.493,95 e si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docenti e tutor, pagamento contributo ECM), per un costo procapite previsto per partecipante di € 49,91 e un costo orario per partecipante pari € 12,48 come specificato in dettaglio nella tabella costi previsti (allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale - Allegato A);

La determinazione dei compensi proposta è rispondente a quanto stabilito dalla deliberazione ASL Cagliari n° 401 del 16 aprile 2010 "Regolamento Aziendale in Materia di Formazione ed Aggiornamento Professionale" e secondo quanto previsto dalle Linee Guida Regionali in materia recepite con delibera n°139 del 30/01/2013;

L'esatta determinazione del compenso dovuto ai docenti e ai tutor sarà effettuata a seguito di comunicazione da parte del Servizio Aziendale proponente il percorso formativo che provvederà a precisare il numero di ore svolte all'interno dell'orario di servizio e/o al di fuori dello stesso.

Preso atto che:

- i docenti e il tutor interno sono stati individuati e proposti d.ssa Marisa Putzu, Responsabile f.f. UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla con dichiarazioni prot. n° NP/2017/66213 del 28/07/2017 (Allegato A) acquisite agli atti che si allegano al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale, dalle quali risulta che la scelta è stata effettuata nell'ambito dei professionisti in possesso di una esperienza tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, anche in virtù dei ruoli professionali svolti e che non sussistono cause di inconfiribilità, incompatibilità, o di conflitto di interessi per l'affidamento dell'incarico di docenza;
- i docenti e i tutor con autocertificazione prot. n. NP/2017/66213 del 28/07/2017 (Allegato A) hanno fornito le dichiarazioni, che si allegano al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale, relative all'insussistenza di cause di inconfiribilità, incompatibilità, o di conflitto di interessi all'assunzione dell'incarico di docenza;

PROPONE L'ADOZIONE DELLA DETERMINAZIONE

per i motivi esposti in premessa:

- 1) di approvare il Progetto Formativo "**Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica**" P.R.P. 2014-2018 Programma P – 3.1 Determinazione RAS n. 1503 del 28/12/2015 n. 1200 del 19/10/2016, Determina del Direttore ASSSL Cagliari N° 661 del 30/08/2017, di definire che le attività formative si terranno come da data, articolazione oraria indicate nel programma;
- 2) di fissare in € 3.493,95 le spese complessive da sostenere per la realizzazione dell'evento formativo in oggetto (dettagliati nella tabella contenuta nell'Allegato A). Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docenti e tutor, pagamento contributo ECM);
- 3) di stimare in € 172,15 i costi da sostenere per l'accreditamento ECM del progetto formativo e di imputare gli stessi al conto n. A506030204 del bilancio aziendale;
- 4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 49,91 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 12,48;

- 5) di imputare la spesa complessiva di € 3.493,95 nel bilancio d'esercizio dell'anno 2017 come di seguito specificato:

Anno	Autorizzazione di spesa	Macro	Conto Economico	Descrizione Conto	Importo Aggiudicato Iva Inclusa
2017	BS38	201513 Programmi di identificazione precoce dei soggetti a rischio MCNT e dei bambini e adolescenti a rischio di disagi mentali	A510010501	Compensi ai docenti/tutor interni	€ 1.321,80
2017	BS38	201513 Programmi di identificazione precoce dei soggetti a rischio MCNT e dei bambini e adolescenti a rischio di disagi mentali	A506030201	Compensi docente esterno	2.000,00
2017	BS38	201513 Programmi di identificazione precoce dei soggetti a rischio MCNT e dei bambini e adolescenti a rischio di disagi mentali	A506030204	Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale	€ 172,15

- 6) di autorizzare il Servizio Bilancio al pagamento delle competenze dovute in favore di coloro che erogheranno servizi per la funzionalità del progetto formativo a seguito di presentazione di regolare documentazione contabile e previa liquidazione contenente l'attestazione di regolare esecuzione da parte del responsabile della UO proponente l'Evento formativo;
- 7) di autorizzare il Servizio Personale al pagamento delle competenze dovute in favore di coloro che erogheranno servizi per la funzionalità del progetto formativo a seguito di presentazione di regolare documentazione contabile e previa liquidazione contenente l'attestazione di regolare esecuzione da parte del responsabile della UO proponente il Evento formativo;
- 8) di demandare all'Area Formazione del Servizio Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale, per quanto di competenza, gli adempimenti organizzativi ed amministrativi connessi con l'attuazione delle predette attività ECM regionale e l'eventuale utilizzo della cassa economale di competenza;
- 9) di comunicare la presente deliberazione all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, ai sensi dell'art. 29, comma 2, della L.R. n. 10/2006, come modificato dall'art. 3 della L.R. n° 21/2012

IL RESPONSABILE F.F. DEL SERVIZIO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE – AREA FORMAZIONE

Dott. Tullio Garau

(firma digitale apposta)

IL DIRETTORE DELL'AREA SOCIO-SANITARIA LOCALE DI CAGLIARI

VISTA la su estesa proposta, che si richiama integralmente;

DATO ATTO che il soggetto che adotta il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

DETERMINA

- 1) di approvare il Progetto Formativo "**Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica**" P.R.P. 2014-2018 Programma P – 3.1 Determinazione RAS n. 1503 del 28/12/2015 n. 1200 del 19/10/2016, Determina del Direttore ASSL Cagliari N° 661 del 30/08/2017;
- 2) di definire che le attività formative si terranno come da data, articolazione oraria indicate nel programma;
- 3) di fissare in € 3.493,95 le spese complessive da sostenere per la realizzazione del progetto formativo in oggetto (dettagliati nella tabella contenuta nell'Allegato A). Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compenso docenti e tutor, mobilità, vitto e alloggio per docenti e partecipanti, pagamento contributo ECM);
- 4) di stimare in € 172,15 i costi da sostenere per l'accreditamento ECM del progetto formativo (dettagliati nella tabella contenuta nell'Allegato A) e di imputare gli stessi al conto n. A506030204 del bilancio aziendale;
- 5) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 49,91 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 12,48;
- 6) di imputare la spesa complessiva di € 3.493,95 nel bilancio d'esercizio dell'anno 2017 come di seguito specificato:

Anno	Autorizzazione di spesa	Macro	Conto Economico	Descrizione Conto	IMPORTO (IVA INCLUSA)
2017	BS38	201513 Programmi di identificazione precoce dei soggetti a rischio MCNT e dei bambini e adolescenti a rischio di disagi mentali	A510010501	Compensi ai docenti/tutor interni	€ 1.321,80
2017	BS38	201513 Programmi di identificazione precoce dei soggetti a rischio MCNT e dei bambini e adolescenti a rischio di disagi mentali	A506030201	Compensi ai docenti esterni	2.000,00
2017	BS38	201513 Programmi di identificazione precoce dei soggetti a rischio MCNT e dei bambini e adolescenti a rischio di disagi mentali	A506030204	Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale	€ 172,15

- 7) di autorizzare il Servizio Bilancio al pagamento delle competenze dovute in favore di coloro che erogheranno servizi per la funzionalità del progetto formativo a seguito di presentazione di regolare documentazione contabile e previa liquidazione contenente l'attestazione di regolare esecuzione da parte del responsabile della UO proponente l'Evento formativo;
- 8) di autorizzare il Servizio Personale al pagamento delle competenze dovute in favore di coloro che erogheranno servizi per la funzionalità del evento formativo a seguito di presentazione di regolare documentazione contabile e previa liquidazione contenente l'attestazione di regolare esecuzione da parte del responsabile della UO proponente il Progetto formativo;
- 9) di demandare all'Area Formazione del Servizio Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale, per quanto di competenza, gli adempimenti organizzativi ed amministrativi connessi con l'attuazione delle predette attività ECM regionale e l'eventuale utilizzo della cassa economale di competenza;
- 10) di comunicare la presente deliberazione all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, ai sensi dell'art. 29, comma 2, della L.R. n. 10/2006, come modificato dall'art. 3 della L.R. n° 21/2012.

IL DIRETTORE DELLA ASSL CAGLIARI

Dott. Paolo Tecleme

(firma digitale apposta)

Allegato “A”

Il presente allegato è composto
di n. 24 fogli, di n. 24 pagine

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/66213 del 28/07/2017 ore 14.10
Mitt.: ASSSL Cagliari DISTRETTO 3 - Quart...
Ass.: ASSSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1.5.7.



Al Responsabile f.f.

Area Formazione ASSSL Cagliari

Dott. Tullio Garau

SEDE

OGGETTO: Invio richiesta attivazione Progetto Formativo "Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica".

Al fine dell'accreditamento del Corso indicato in oggetto, si invia la seguente documentazione:

- Scheda di attivazione progetto formativo
- Indicazione di scelta del Responsabile Scientifico e dichiarazione assenza conflitto di interesse
- Dichiarazione di accettazione incarico Responsabile Scientifico e assenza conflitto di interesse
- Indicazione di scelta dei Docenti e dichiarazione di assenza di conflitto di interesse
- Dichiarazione di accettazione di incarico di docenza e assenza di conflitto di interesse
- Indicazione di scelta del Tutor e dichiarazione di assenza di conflitto di interesse
- Dichiarazione di accettazione di incarico di Tutor e assenza di conflitto di interesse
- Programma del corso
- Questionario di apprendimento

Distinti saluti

Il Responsabile f.f.
UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
(Dr.ssa Marisa Putzu)

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: "Programma P-3.1: Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica"

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

Corso di aggiornamento

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

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	<u>26 /09 / 2017</u>	Fare clic qui per immettere una data.	6 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
2 ^a Edizione	<u>28 /09 /2017</u>	Fare clic qui per immettere una data.	7 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
3 ^a Edizione	<u>10 /10 / 2017</u>	Fare clic qui per immettere una data.	8 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
4 ^a Edizione	<u>12 /10 /2017</u>	Fare clic qui per immettere una data.	9 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
5 ^a Edizione	<u>17 /10 /2017</u>	Fare clic qui per immettere una data.	10 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<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 SERD

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via Dei Valenzani, Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 90 Totale Partecipanti 450

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"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input checked="" type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input checked="" type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrica | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Oncologia | |
| | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |

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 salute mentale

Obiettivo formativo

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

Finalità*

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Promuovere l'acquisizione di maggiori capacità di riconoscimento precoce di cluster sintomatologici specifici, quali sintomi iniziali di disturbi psichici gravi, nei bambini e adolescenti a rischio di sofferenza mentale e contribuire, per quanto di competenza, alla costruzione di un percorso di presa in carico sistemica

B - Acquisizione competenze di processo:

Possedere le capacità di utilizzo dei sistemi di rilevazione adottati nella Determina RAS n 1696 del 21/12/2016

C - Acquisizione competenze di sistema:

Stimolare la maturazione di migliori livelli di integrazione tra le diverse figure e competenze professionali coinvolte nella tutela della salute mentale dagli 11 ai 19 anni, al fine di creare modalità operative sinergiche, in un ottica di corresponsabilità, e costruire un percorso di cura e presa in carico sistemico.

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

Utilizzo sistematico da parte dei MMG e PLS della scheda di rilevazione adottata per la segnalazione negli invii alle UONPIA

E-Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 dal corso

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome TRUDU Nome SABRINA

Codice Fiscale TRDSRN68L53B354 | Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 13/07/1968

Telefono 0706097243 Cellulare 3292608234 Fax 070/6097218 e-mail sabrinatrudu@asl8cagliari.it

Qualifica DIRIGENTE MEDICO Competenze NEUROPSICHIATRA INFANTILE

Referente della segreteria organizzativa

Cognome MURGIA Nome MARILENA

Codice Fiscale MRGMLN57T63B745F Telefono 070/6097244 Cellulare 3478488869 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail marilenamurgia@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: 4 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>2</u>	<u>0</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>1</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>00</u>	<u>00</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>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>1</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) Fotocopie della Checklist da consegnare a tutti i partecipanti alle varie edizioni del corso

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome CHERCHI Nome MARIA ROSARIA
Codice Fiscale CHRMRS56M69L924J Luogo di nascita VILLACIDRO Data di nascita 29/08/1956
Professione ECM MEDICO Disciplina ECM NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
Telefono 070/6096467 Cellulare 3204335516 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mariarosariacherchi@asl8cagliari.it Qualifica DIRIGENTE MEDICO
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 Totale compenso € 164
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 Esterno
Cognome MARCHEI Nome MARIA FRANCESCA
Codice Fiscale MRCMFR60C45E281G Luogo di nascita Iglesias Data di nascita 05/03/1960
Professione ECM MEDICO Disciplina ECM NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
Telefono 070/94854268 Cellulare 3471579237 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail francescamarchei@asl8cagliari.it Qualifica SPECIALISTA AMBULATORIALE
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 Totale compenso € 2000
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 Docente Interno in orario di servizio
Cognome IACOLINA Nome MARIA GRAZIA
Codice Fiscale CLNMGR72D47B354T Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 07/04/1972
Professione ECM MEDICO Disciplina ECM NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
Telefono 070/4511709 Cellulare 3479930265 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mariagraziaiacolina@asl8cagliari.it Qualifica DIRIGENTE MEDICO
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 Totale compenso € 164
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. 4

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome TRUDU Nome SABRINA

Codice Fiscale TRDSRN68L53B354I Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 13/07/1968

Professione ECM MEDICO Disciplina ECM NEUROPSICHIATRA INFANTILE

Telefono 070/6097243 Cellulare 3292608234 Fax 070/6097218 e-mail sabrinatrudu@asl8cagliari.it Qualifica DIRIGENTE MEDICO

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza fuori orario di servizio € 41,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 20 Totale compenso € 820

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. 5

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome CAU Nome MARIA PAOLA

Codice Fiscale CAUMPL56S45B345N Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 05/11/1956

Professione ECM MEDICO Disciplina ECM NEUROPSICHIATRA INFANTILE

Telefono 070/6097426 Cellulare 3398938785 Fax 070/6097218 e-mail mariapaolacau@asl8cagliari.it Qualifica DIRIGENTE MEDICO

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 Totale compenso € 32,80

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. 6

Ruolo Tutor Interno fuori orario di servizio

Cognome MEZZORANI Nome MAURIZIO

Codice Fiscale MZZMRZ54S10H974E Luogo di nascita SANLURI Data di nascita 10/11/1954

Professione ECM FISIOTERAPISTA Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3384655402 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 COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Tutor Interno Comparto in orario di servizio € 5,64

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 25 Totale compenso € 141

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

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

Formazione strategica e Formazione di sistema Formazione specifica

Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Determine RAS: numero 1503 del 28/12/2015 e numero 1200 del 19/10/16

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)	€ 3.321,8
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 172,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 3.493,95

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza | <input type="checkbox"/> P.O. Marino |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <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)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: 1.2em; color: blue;">MARISA PLITZ U</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">Il Responsabile f.f. UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla (D.ssa Marisa Plitzu)</p> <p style="text-align: center;"><i>[Firma]</i></p>

Progetto Formativo Aziendale

“Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica”

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti	€ 3.321,80
Costi accreditamento ECM	€ 172,15
TOTALE	€ 3.493,95

Costo medio per partecipante € 49,91
Costo medio x ora x partecipante € 12,48

Il Responsabile dello Sviluppo Organizzativo
e Valutazione del Personale
Area Formazione
f.f. dott. Tullio Garau

**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 Dott. me Marisa Putzu Responsabile/Direttore della Struttura
complesso del Distretto Socio-Sanitario Quartu-Parteolla

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Programma P-3.1: Identificazione precoce dei soggetti a rischio
di disagio mentale e presa in carico sistemica

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il/la Sig./Dr.

Marisa Paola Calu

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,

il Responsabile f.f.
UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
(Dr.ssa Marisa Putzu)

Firma e timbro

M. Putzu

**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 Dott. ne Moxise Putzu Responsabile/Direttore della Struttura

Comprensore del Distretto Socio-Sanitario Quarta-Parteolla,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Programma P-3.1: Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il/la Sig./Dr.

Sabrina Tardu

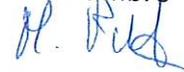
di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano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

Il Responsabile f.f.
UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
Firma e timbro

(Dott. Moxise Putzu)



**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 Dott. me Marisa Putzu Responsabile/Direttore della Struttura
Comprensivo del Distretto Socio-Sanitario Quartu-Parteolla

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Programma P-3.1: Identificazione precoce dei soggetti a
rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il/la Sig./Dr.

Marisa Grazia Iacopino

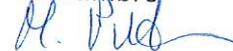
di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano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

Il Responsabile f.f.
UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
(Dr.ssa Marisa Putzu)

Firma e timbro



**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 Dott. me Marisa Putzu Responsabile/Direttore della Struttura
Complesso del Distretto Socio-Sanitario Quartu-Parteolla,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Programma P-3.1: Identificazione precoce del soggetto HI e rischio di
disegno mentale e presa in carico sistemica

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il/la Sig./Dr.

Marisa Rosaria Oberebi

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,

Il Responsabile f.f.
UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
(Dr.ssa Marisa Putzu)

Firma e timbro

M. Putzu

**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 Dott. me Marise Putzu Responsabile/Direttore della Struttura

comprensivo del Distretto Soero-Cimiterio Quartu-Parteolla,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Programma P-3.1: Identificazione precoce dei soggetti a rischio
di disagio mentale e presa in carico sistemica

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il/la Sig./Dr.

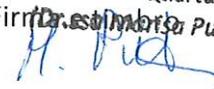
Marie Francesca Marechi

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,

Il Responsabile f.f.
UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
Firma (Dr. Marise Putzu)



**Indicazione di scelta del tutor
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 Dott. me Maxise Putzu Responsabile/Direttore della Struttura
Comprensorio del Distretto Socio-Sanitario Quartu - Parteolla
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Programma P-3.1: Identificazione precoce dei soggetti a
rischio di allargato mentale e presa in carico sistemica

di prossima programmazione,

1) indico quale tutor dell'attività formativa in questione

il/la Sig./Dr.

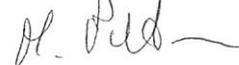
MAURIZIO MEZZORANI

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale 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,

Il Responsabile f.f.
UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
Firma (me Maxise Putzu)



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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 Dott.ssa Maria Paola Cau nominata in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Programma P.3.1: Identificazione precoce dei soggetti a rischio
di disagio mentale e presa in carico sistemica

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 a titolo gratuito.

Data,

ASL Cagliari
Distretto Quartu Parteolla
U.O.N.P.I.A.
La Neuropsichiatra Infantile
dott.ssa Maria Paola Cau
Firma e timbro

Maria Paola Cau

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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 sottoscritte SABRINA TRUDU nominate in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Programma P-3.1: Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica

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 a titolo gratuito.

Data,

Firma e timbro


ASL CAGLIARI
Distretto Quartu Partedda
U.O.N.P.I.A.
La Neuropsichiatra Infantile
Dott.ssa Sabrina Trudu
Cod. Reg. 03204

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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 LACOLINA MARIA GRAZIA nominato in qualità di
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Programma P-3.1: I disturbi eziome prece del soggetto e del suo
o' disegno mentale e prese in corso sistemi

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 a titolo gratuito.

Data, 19/07/2017

Firma e timbro



ASL 8 Cagliari Distretto 2
Neuropsichiatria
Infanzia e Adolescenza
Dr.ssa Maria Grazia Iacolina
NPIA
Matr. 53585

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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 sottoscritt@ Maria Francesca Marchei nominat@ in qualità di
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

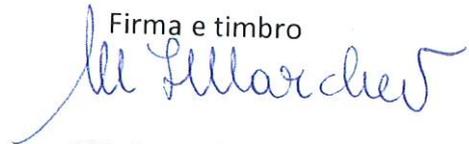
Programma P-3.1: Identificazione precoce dei soggetti a rischio
di disagio mentale e presa in carico sistemica

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 a titolo gratuito.

Data, 19.7.17

Firma e timbro



ASL 8 Cagliari Distretto 2
Neuropsichiatria
Infanzia e Adolescenza
Dr.ssa Maria Francesca Marchei
Specialista NPIA
Matr. 00068

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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 CERCHI MARIA ROSARIA nominata in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Programma P-3.1: Identificazione precoce del soggetto e rischio
di disagio mentale o presa in carico sistemica

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 a titolo gratuito.

Data,

ASL 8 - CAGLIARI
Distretto Sociosanitario
Neuropsichiatria Infantile
Cagliari - Area Vasta

Firma e timbro



Dichiarazione

Accettazione incarico di Tutor 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 nominato in qualità di Tutor per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica"

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,

Firma e timbro

