

# Allegato "D"

Progetto Formativo Residenziale

## "Governo clinico dell'appropriatezza prescrittiva".

Il presente allegato è composto da n° 16 fogli  
di n°16 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE  
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 570 DEL 10 GIU. 2016

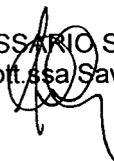
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott.ssa Savina Ortu)



**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 Paolo Sanna Responsabile/Direttore del Dipartimento del Farmaco , committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

***GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA***

di prossima programmazione,

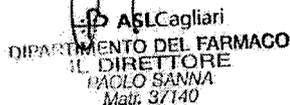
**1) indico me stesso quale docente dell'attività formativa in questione**

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, 04 MAG. 2016

Firma e timbro

  
  
ASL Cagliari  
DIPARTIMENTO DEL FARMACO  
IL DIRETTORE  
PAOLO SANNA  
Matr. 3/140

**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 Paolo Sanna Direttore del Dipartimento del Farmaco, committente del

Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

***GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA***

di prossima programmazione,

**1) indico quali docenti dell'attività formativa in questione i dottori:**

- Almerighi Guido
- Caddori Aldo
- Cannas Paolo
- Corda Antonello
- De Pau Edoardo Giuseppe
- Ecca Anna Rita
- Fiori Gianmarco
- Marcias Maurizio
- Nevisco Umberto
- Nonnis Cecilia
- Piras Maria Cristina
- Putzu Marisa

dei quali 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

**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.**

Cagliari 04/05/2016

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 sottoscritto Almerighi Guido nominato in qualità di Docente per il Progetto Formativo dal titolo:

**GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

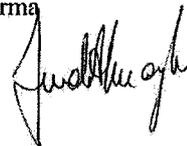
di prossima programmazione

- 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,

09 GIU. 2016

Firma



ASL8  
Prot.: 2016/60264 del: 09/06/2016 ore 13:11  
Mitt.: ALMERIGHI GUIDO  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 115 del 2016



**Sede Postale Area Formazione**  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430926  
www.aslcagliari.it

**Sede Operativa Area Formazione**  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Mulinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-6861  
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

ASL 8  
Prot. 2016/55592 del 31/05/2016 ore 18,22  
Mitt.: CADDORI ALDO  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1 Fasc.: 109 del 2016



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 Caddori Aldo, nominato in qualità di Docente per il Progetto Formativo dal titolo:

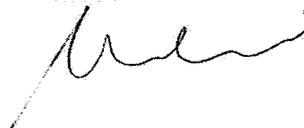
***GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA***

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, 31 MAG. 2016

Firma



**Sede Postale Area Formazione**  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430926  
www.aslcagliari.it

**Sede Operativa Area Formazione**  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Mulinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-6861  
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

## 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 Corda Antonello nominato in qualità di Docente per il Progetto Formativo dal titolo:

#### **GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

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.

ASLB  
Prot. 2016/59511 del 08/06/2016 ore 12.04  
MITT. CORDA ANTONELLO  
Ass. Area Formazione  
Class. 1. Fasc. 115 del 2016



Firma



**Sede Postale Area Formazione**  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430926  
www.aslcagliari.it

**Sede Operativa Area Formazione**  
via Caravaggio, snc c/o CREP  
Mulinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-6861  
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

ASL8  
Prot. 2016/56582 del 31/05/2016 ore 16.16  
MILL. DE PAU EDOARDO GIUSEPPE  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fase: 109 del 2016



## 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 De Pau Edoardo Giuseppe nominato in qualità di Docente per il Progetto Formativo dal titolo:

#### **GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

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

24/05/2016

Firma



**Sede Postale Area Formazione**  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430926  
www.aslcagliari.it

**Sede Operativa Area Formazione**  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Mulinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-8861  
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

ASL8  
Prot. 2016/58584 del 31/05/2016 ore 16,17  
Mitt.: ECCA ANNA RITA  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 109 del 2016



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 Ecca Anna Rita nominato in qualità di Docente per il Progetto Formativo dal titolo:

***GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA***

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, 24/05/2016

Firma



**Sede Postale Area Formazione**  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430926  
www.aslcagliari.it

**Sede Operativa Area Formazione**  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Mulinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-6861  
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

## 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 Fiori Gianmarco nominato in qualità di Docente per il Progetto Formativo dal titolo:

#### ***GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA***

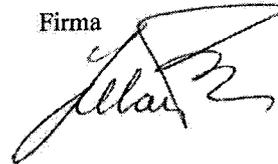
di prossima programmazione

- 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.

ASL 8  
Prot. 2016/59509 del 08/06/2016 ore 12.03  
Mitt. FIORI GIANMARCO  
Ass. Area Formazione  
Class. 1. Fasc. 115 del 2016



Firma



**Sede Postale Area Formazione**  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430926  
www.aslcagliari.it

**Sede Operativa Area Formazione**  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Mulinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-6861  
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

ASL8  
Prot. 2016/56991 del 31/05/2016 ore 16.22  
Mitt.: MARCIAS MAURIZIO  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1 Fasc.: 109 del 2016



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 Marcias Maurizio nominato in qualità di Docente per il Progetto Formativo dal titolo:

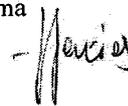
***GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA***

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, 31 MAG. 2016

Firma



**Sede Postale Area Formazione**  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430926  
www.aslcagliari.it

**Sede Operativa Area Formazione**  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Mulinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-6861  
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

ASL8  
Prot. 2016/55587 del 31/05/2016 ore 16.19  
Nitt. NEVISCO UMBERTO ANTONIO FERNANDO  
Ass. Area Formazione  
Class. 1 Fasc. 109 del 2016



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 Nevisco Umberto Antonio Fernando nominato in qualità di Docente per il Progetto

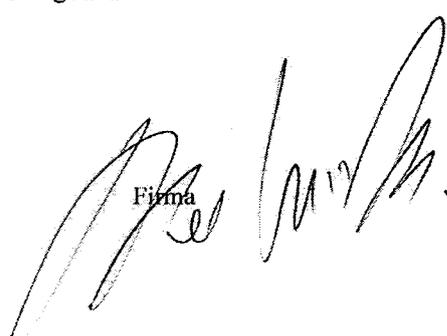
Formativo dal titolo:

***GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA***

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, 24.05.2016

Firma 

**Sede Postale Area Formazione**  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430926  
www.asl8cagliari.it

**Sede Operativa Area Formazione**  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Mulinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-6861  
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

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 Nonnis Cecilia, nominato in qualità di Docente per il Progetto Formativo dal titolo:

***GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA***

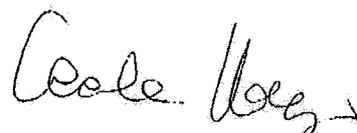
di prossima programmazione

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, 9.6.2016

Firma



ASL8  
Prot. 2016/60286 del 09/06/2016 ore 13,12  
Mitt.: NONNIS CECILIA  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc. 115 del 2016



Sede Postale Area Formazione  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430926  
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Mulinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-6861  
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

ASL 8  
Prot. 2016/56590 del 31/05/2016 ore 16,20  
Mitt.: PUTZU MARISA  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1, Fasc.: 109 del 2016



## 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 Putzu Marisa nominato in qualità di Docente per il Progetto Formativo dal titolo:

#### **GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

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,

24/05/16

Firma

M. 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 Paolo Sanna Direttore del Dipartimento del Farmaco, committente del  
Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

***GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA***

di prossima programmazione,

- 1) **indico quale tutor dell'attività formativa in questione il Sig. Fabio Gorgoni** di cui ho  
acquisito e stimato apposito 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 e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi.
- 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.**

Cagliari 04/05/2016

Firma e timbro



ASL8  
Prot. 2016/56588 del 31/05/2016 ore 16:19  
Mitt.: GORGONI FABIO  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 109 del 2016



## 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 Gorgoni Fabio nominato in qualità di Tutor per l'Evento Formativo dal titolo:

#### **GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

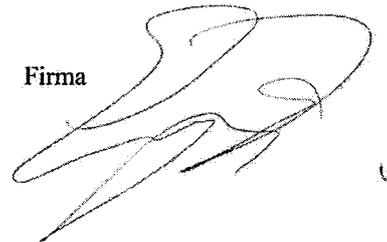
di prossima programmazione

**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, 31 MAG. 2016

Firma



**Sede Postale Area Formazione**  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430926  
www.aslcagliari.it

**Sede Operativa Area Formazione**  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Mulinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-6861  
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

ASL6  
NR. 2016/14746 del 31/05/2016 ore 16,11  
Mitt.: DIREZIONE SANITARIA  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1, Fasc.: 109 del 2016



Al Sig. Direttore Sanitario ASL Cagliari  
Dott. P. Pani

Cagliari li, 17/5/2016

Oggetto : Autorizzazione per Docenti non iscritti all'Albo

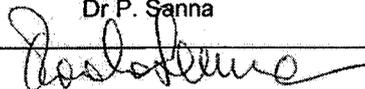
Il sottoscritto Dott. Paolo Sanna, Direttore del Dipartimento del Farmaco, committente del Progetto Formativo Aziendale dal titolo: "GOVERNO CLINICO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA", considerata l'urgenza in relazione alle tematiche da trattare, chiede l'autorizzazione per se e per i Dott.ri Caddori Aldo, Corda Antonello, De Pau Edoardo Giuseppe, Nevisco Umberto, Nonnis Cecilia, Piras Maria Cristina e Putzu Marisa, non ancora iscritti all'Albo Aziendale dei Formatori, a svolgere l'attività di docenza nell'ambito del progetto formativo succitato.

Il sottoscritto dichiara che le scelte effettuate siano tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e che non determinano costi per l'Azienda in quanto saranno svolte a titolo gratuito.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, in merito a tale indicazione di scelta che non sussistono da parte sua conflitti di interesse"

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

Il Direttore del Dipartimento del Farmaco  
Dr P. Sanna



Autorizzazione Direttore Sanitario Aziendale Dott. Pani

