

Deliberazione n. 1007

Adottata dal Direttore Generale in data 18.07.2023

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Aspetti legali e responsabilità giuridica della documentazione sanitaria". Spesa complessiva € 542,38.

PDEL/2023/1085

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 18.07.2023 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore Generale Dott.ssa Agnese Foddis

Coadiuvato da  
Direttore Amministrativo Dott. Ennio Filigheddu  
Direttore Sanitario Dott. Raimondo Pinna

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

La presente Deliberazione prevede un impegno di spesa a carico dell'Azienda

SI X NO

- SU** proposta della SSD Formazione
- Acquisito** il Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria;
- Atteso** che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale sanitario;
- Vista** la Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020 – Riforma del Sistema Sanitario Regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della Legge Regionale n. 10 del 28.07.2006, della Legge Regionale n. 23 del 2014 e della Legge Regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore;
- Visto** l'art. 36 comma 2 lettera a), del D. LGS 50/2016;
- Considerato** che l'Azienda in particolare la Direzione Sanitaria ha attivato il suddetto corso al fine di fornire le indicazioni per una corretta compilazione e gestione della documentazione sanitaria. Fornire un quadro di insieme in merito alla responsabilità del Direttore di Struttura e del Coordinatore Infermieristico nella gestione della documentazione sanitaria; Fornire indicazioni sulla normativa inerente il consenso informato, indicazioni sulla normativa inerente il referto all'autorità giudiziaria;
- Considerato** altresì che il Direttore Generale ha autorizzato l'attuazione del suddetto corso di formazione, fuori dal Piano Annuale della Formazione, come da nota Prot. NP/2022/6822 del 02.09.2022 che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- Dato Atto** che l'attività formativa rivolta al personale sanitario dell'Azienda per un totale di 360 partecipanti suddivisi in 3 edizioni, è stata svolta da docenti esterni a titolo gratuito, come da elenco autorizzato nel progetto;
- Recepito** altresì che l'attività di tutoraggio è stata svolta da Tutor d'aula interni in orario e fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto;



Segue Deliberazione n. 1007 del 18.07.2023

**Valutato** il progetto formativo: "Aspetti legali e responsabilità giuridica della documentazione sanitaria", che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

### **DELIBERA**

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:

- Di autorizzare il PFA ECM: "Aspetti legali e responsabilità giuridica della documentazione sanitaria", rivolto al personale sanitario dell'Azienda per un totale di 360 partecipanti suddivisi in 3 edizioni, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
- Di confermare che l'attività formativa è stata svolta da docenti esterni a titolo gratuito, come da elenco autorizzato nel progetto.
- Di confermare altresì che l'attività di tutoraggio è stata svolta da Tutor d'aula interni in orario e fuori orario di servizio, come da elenco autorizzato nel progetto.
- Di determinare che la spesa complessiva pari a € 542,38 (cinquecentoquarantadue euro 38 centesimi), come da documentazione agli atti della SSD Formazione, graverà sui Fondi Strategici per l'aggiornamento professionale anno 2022.
- Di autorizzare la S.C. Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane al pagamento dei tutor interni.
- Di imputare sul conto aziendale n. A506030204 - Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale - la spesa complessiva di € 542,38.

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Agnese Foddis

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Ennio Filigheddu

Il Direttore Sanitario  
Dott. Raimondo Pinna

Il Responsabile S.S.D. Formazione Dott.ssa Carla Ghiani

Ass.te Amm.vo Dott.ssa Anita Mulas

*Al Sig. Direttore Generale*

**RICHIESTA:**

**EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

**"Aspetti legali e responsabilità giuridica della documentazione sanitaria."**

**STRUTTURA PROPONENTE**

*Direzione Sanitaria*

**OBIETTIVI**

*Fornire le indicazioni per una corretta compilazione e gestione della documentazione sanitaria*

**CONTENUTI** (*indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo*)

- *Fornire un quadro di insieme in merito alla responsabilità del Direttore di Struttura e del Coordinatore Infermieristico nella gestione della documentazione sanitaria*
- *Fornire indicazioni sulla normativa inerente il consenso informato*
- *Fornire indicazioni sulla normativa inerente il referto all'autorità giudiziaria*

**A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**

Conoscere le corrette modalità di gestione della documentazione sanitaria

**B) Acquisizione competenze di processo:**

Acquisire dimestichezza nella gestione della documentazione sanitaria, del consenso e del referto all'autorità giudiziaria, nel rispetto della normativa vigente

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

Garantire una corretta gestione globale della documentazione sanitaria.

**TIPOLOGIA DI EVENTO:**

**A) FORMAZIONE RESIDENZIALE**

- Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)  
 Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)  
 Conferenza (minimo 4 ore)  
 Corso (minimo 4 ore)  
 Retraining

**SEDE DI SVOLGIMENTO**

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

SI  NO

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura \_\_\_ Aula Atza \_\_\_\_\_

**SPAZI NECESSARI**

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)  
 Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)  
 Aula con capienza di n. \_\_\_\_\_ partecipanti  
 Sala conferenza per n. \_\_\_120\_\_\_ partecipanti  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**AUSILI DIDATTICI**

- LAVAGNA LUMINOSA  
 LAVAGNA A FOGLI MOBILI  
 XPC  
 X VIDEOPROIETTORE  
 ALTRO DA SPECIFICARE \_\_\_\_\_

**EDIZIONI E DATE**

*Il progetto formativo si svolge in più edizioni?*

*SI*  *NO*

*Se Si, indicare le date di inizio e fine, se No, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista. Indicare numero massimo dei partecipanti per edizioni.*

<i>Edizione numero</i>	<i>Partecipanti per edizione</i>	<i>Data inizio (gg/mm/aaaa)</i>	<i>Data fine (gg/mm/aaaa)</i>
1	120	10/10/2022	17/10/2022
2	120	24/10/2022	07/11/2022
3	120	28/11/2022	05/12/2022

**PROFESSIONI**

*Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.*

**PROFESSIONI SANITARIE**

- Farmacista** n. \_\_\_\_\_
- Ospedaliera** n. \_\_\_\_\_
- Farmacia Territoriale** n. \_\_\_\_\_
  
- Medico chirurgo** n. \_\_\_\_\_
- Angiologia** n. \_\_\_\_\_
- Cardiologia** n. \_\_\_\_\_
- Dermatologia e Venereologia** n. \_\_\_\_\_
- Ematologia** n. \_\_\_\_\_
- Endocrinologia** n. \_\_\_\_\_
- Gastroenterologia** n. \_\_\_\_\_
- Genetica Medica** n. \_\_\_\_\_
- Geriatrics** n. \_\_\_\_\_
- Malattie Metaboliche e Diabetologia** n. \_\_\_\_\_
- Malattie dell' Apparato Respiratorio** n. \_\_\_\_\_

- |   |                 |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Malattie Infettive</i>                                | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Fisica e Riabilitazione</i>                  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Interna</i>                                  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Termale</i>                                  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Aeronautica e Spaziale</i>                   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina dello Sport</i>                              | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Nefrologia</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neonatologia</i>                                      | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurologia</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuropsichiatria Infantile</i>                        | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Oncologia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <br>  |                 |
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>                                       | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>                                      | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>                                      | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i>                                   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>                                | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>                      | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>                              | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>                | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i>                                | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>                               | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i>                          | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>                                    | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i>                                      | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>                         | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>                              | <i>n. _____</i> |



- |   |                 |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina TrASFusionale</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>                                       | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>                                      | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro</i>                      | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Generale (Medici di Famiglia)</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Continuità Assistenziale</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria (Pediatri di libera scelta )</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Scienza dell'alimentazione e dietetica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <br>  |                 |
| <input type="checkbox"/> <i>Direzione medica di presidio ospedaliero</i>                                      | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i>                                   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Audiologia e Foniatria</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Psicoterapia</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Privo di Specializzazione</i>   | <i>n. _____</i> |

Emissione 28/06/2016

Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4

Pag. 6 a 13

- Odontoiatra** n. \_\_\_\_\_
- Psicologo – Psicoterapeuta** n. \_\_\_\_\_
- Psicoterapia* n. \_\_\_\_\_
- Psicologia* n. \_\_\_\_\_
- Laureati non medici (specificare)**
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA**

- Infermiere* n. \_\_\_\_\_
- Infermiere pediatrico* n. \_\_\_\_\_
- Ostetrica/o* n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE**

- Podologo* n. \_\_\_\_\_
- Fisioterapista* n. \_\_\_\_\_
- Logopedista* n. \_\_\_\_\_
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia* n. \_\_\_\_\_
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica* n. \_\_\_\_\_
- Terapista Occupazionale* n. \_\_\_\_\_
- Educatore Professionale* n. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE**

- Assistente Sanitario* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* n. \_\_\_\_\_

**ALTRE PROFESSIONI SANITARIE**

- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n. \_\_\_\_\_
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n. \_\_\_\_\_





Emissione 28/06/2016

Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4

Pag. 7 a 13

- |  |               |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audiometrista</i>          | n. _____      |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Audioprotesista</i>        | n. _____      |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico di Neurofisiopatologia</i> | n. _____      |
| <input type="checkbox"/> <i>Tecnico Ortopedico</i>             | n. _____      |
| <input type="checkbox"/> <i>Dietista</i>                       | n. _____      |
| <input type="checkbox"/> <i>Igienista Dentale</i>              | n. _____      |
| <b>X TUTTE LE PROFESSIONI</b>                                  | n. <u>360</u> |

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE**  
*(indicare esterni)*

- ASL n. \_\_\_\_\_
- Strutture private
- Altri enti o amministrazioni pubbliche

**DURATA E ARTICOLAZIONE**

*(Indicare la durata complessiva del progetto formativo con riferimento alle ore effettive di formazione previste dai vari eventi in cui si articola il progetto).*

Durata complessiva dell'attività formativa: Ore \_\_\_\_\_ 24 (8 ore /edizione) \_\_\_\_\_

**PROGRAMMA**

Si allega file del programma del corso: SI X NO

**MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.**  
*(Barrare le caselle d'interesse)*

- Fotocopie di testi
- Slides
- Testi/libri
- Riviste
- Cd
- Altri supporti \_\_\_\_\_

## **VALUTAZIONE**

### **MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO**

- Prova Pratica*
  - Role playing con griglia*
  - Prova manuale*
- Prova orale*
  - Strutturata*
  - Non strutturata*
- Prova scritta*
  - tema*
  - saggio*
  - tesina*
  - altro*
- Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)*
- Project Work*

**VOCI DI SPESA**

*Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.*

<i>Docenza</i>	
<i>Tutor didattico</i>	
<i>Tutor d'aula</i>	<i>EURO 25.82/ORA</i> <i>547.38</i>
<i>Pernottamento</i>	€
<i>Pasti</i>	€
<i>Spese di viaggio</i>	€
<i>Altro:</i>	
<i>1. materiale didattico</i>	€
<i>2. costo accreditamento</i>	€
<i>Totale</i>	<i>€ 547.38</i>

***Il docente esterno non percepisce compenso.***

*Tutor d'aula (2 per edizione):*

- *Bargone Sandra*
- *Campus M. Carmina*
- *Poddigue Monica*
- *Toni Monica*
- *Toscano Concetta*
- *Trincas Alice*

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

*Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.*

*Autofinanziamento:* \_\_\_\_\_ €  
*Quote di iscrizione:* \_\_\_\_\_ €

**RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI**

*Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.*

**Dati del Responsabile Scientifico:**

*Il Responsabile Scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica.*

Nome	<u>Raimondo</u>	Cognome	<u>Pinna</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	<u>raimondopinna@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____

Nome	<u>Bruna</u>	Cognome	<u>Dettori</u>
Telefono	<u>070/539853</u>	Cellulare	_____
Fax	_____	email	<u>brunadettori@aob.it</u>
Curriculum	_____		_____

**DOCENTI (dati dei docenti)**

Nome	<u>Demontis</u>	Cognome	<u>Roberto</u>
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	email	<u>demrob@unica.it</u>
Curriculum	_____		_____

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Garantire una corretta gestione globale della documentazione sanitaria.

**B) Motivazione della scelta economica:**

*Il docente esterno parteciperà a titolo gratuito.*

*I tutor d'aula saranno retribuiti secondo CCNL*

**C) Motivazione della scelta dei docenti:**

*Il docente esterno è un professionista del settore in quanto svolge l'attività di Medico Legale*

---

Emissione 28/06/2016

Revisione 07/01/2021

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.4

Pag. 11 a 13

---

**A) Docenti Interni:**

*in orario di servizio*

*fuori orario di servizio*

**B) Docenti Esterni:** X

*La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, **60 giorni prima** dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.*



**Luogo:** \_\_\_\_\_

**Data (gg/mm/aaaa):** \_\_\_\_\_

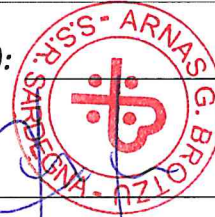
**Nome e cognome (in stampatello)**

**Direttore Generale**

Agnese Foddis

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Direttore Generale**



**ARNAS G. BROTZU**

S.C. Area Infermieristica e Ostetrica

**DIRETTORE**

Dott.ssa Bruna Dettori

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Responsabile Scientifico**

Bruna Dettori

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Il Responsabile della struttura organizzativa,  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)**

Raimondo Pinna

**ARNAS G. BROTZU**

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Raimondo Pinna

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Il Responsabile della struttura organizzativa  
(Struttura Complessa, Struttura Semplice  
Dipartimentale)**

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Il Direttore del Dipartimento**

**Timbro e Firma (leggibile)**

**Il Direttore del Dipartimento**

**Nome e Cognome (In stampatello)**

**Responsabile Ufficio Formazione**

**Timbro e firma (leggibile)**

Carla Ghiani

**PFA: "Aspetti legali e responsabilità giuridica della documentazione sanitaria."**

Edizione n. 1	Dal 10/10/2022	Al 17/10/2022
Edizione n. 2	Dal 24/10/2022	Al 07/11/2022
Edizione n. 3	Dal 28/11/2022	Al 05/12/2022

Aula Atza

**Programma didattico dettagliato**

<b>Sessione 1 pomeriggio</b>	<b>Inizio</b>	<b>Fine</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Docente</b>	<b>Sostituto</b>
Dettaglio 1	14.30	16.00	La responsabilità professionale del professionista sanitario: responsabilità civile, penale, amministrativa deontologica e disciplinare	RTP	Demontis	
Dettaglio 2	16.00	17.30	La corretta tenuta della cartella clinica e della cartella infermieristica: compilazione, archiviazione, conservazione e diritto di accesso	RTP	Demontis	
Dettaglio 3	17.30	18.30	Discussione	CD	Demontis	

Sessione 2 pomeriggio	Inizio	Fine	Descrizione	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	14.30	16.00	Norme sul consenso informato modalità di acquisizione, validità revoca.  Impossibilità a richiedere il consenso in stato di emergenza inderogabile.	RTP	Demontis	
Dettaglio 2	16.00	17.30	Il referto all'autorità giudiziaria: professionisti soggetti a obbligatorietà, contesto e modalità di trasmissione	RTP	Demontis	
Dettaglio 3	17.30	18.00	Discussione	CD	Demontis	
Dettaglio 4	18.00	18.30	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	Demontis	

Sigla	METODI DIDATTICI	Ore	Minuti
LM	LEZIONI MAGISTRALI	Fare clic	Fare clic
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	6	30
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI	Fare clic	Fare clic
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN	1	30
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI	Fare clic	Fare clic
LG	PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA	Fare clic	Fare clic
LPG	LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON	Fare clic	Fare clic
ED	ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ	Fare clic	Fare clic
RP	ROLE-PLAYING	Fare clic	Fare clic





Prot. n. NP/2022/ 6822 del 02/09/2022

Alla Cortese Attenzione del Direttore Generale ARNAS Brotzu  
Dott.ssa Agnese Foddis

Oggetto: Richiesta inserimento fuori piano Corso di Formazione: "Aspetti legali e responsabilità giuridica della conservazione della documentazione sanitaria".

In considerazione della rilevanza dell'argomento trattato e della necessità di procedere alla massima condivisione dei Professionisti coinvolti, si chiede alla SV di poter inserire fuori piano 2022, il progetto formativo di cui all'oggetto.

Distinti saluti

Direttore ff SC Area Infermieristica e Ostetrica  
Dott.ssa Bruna Dettori

*Do' le mie  
corte opporazione  
alle organizzaioni  
del seminario  
fatto piu' che lo stesso  
S. orale della collaborazione  
di un esimo  
Professore dell'AOU.*



*Allen  
5/9/22*