

Segreteria Organizzativa:
Assimefac
Via Livorno, 36 – 00162 Roma
Tel. 06/44 25 18 53 – fax 06/44 25 18 53
e-mail : segreteria@assimefac.it
Orario:
dal lunedì al venerdì ore 13.00 – 15.00

*E' indispensabile confermare preventivamente
la partecipazione, (fax o e-mail) alla segreteria organizzativa.*

*Prot. ECM n.2092/10037472
Crediti ECM in fase di valutazione
Numero max partecipanti: 120*



ASSIMEFAC
Associazione Società Scientifica Interdisciplinare
e di Medicina di Famiglia e di Comunità



Pompei, casa del medico

CORSO DI AGGIORNAMENTO

***“La responsabilità dei Dirigenti Medici e
degli Specialisti ambulatoriali interni”***

Giovedì 11 Novembre 2010

Ore 14.00

Hotel Ergife

Via Aurelia 619 – 00165 Roma

autovalutazione
Relatore: Antonio Puliatti

14.15 – 15.15 La responsabilità penale del medico, il referto ed il rapporto con l'Autorità Giudiziaria.
Relatore: Silvio Cinque

15.15 – 16.15 La responsabilità civile del medico, cartella clinica e documenti sanitari, il consenso informato
Relatore: Antonio Puliatti

16.15 – 17.00 Confronto- dibattito tra pubblico ed esperto
Conducono: A. Puliatti - S. Cinque

17.00 – 18.00 Colpa professionale e responsabilità civile e penale: aspetti medico legali
Relatore: Natale Mario Di Luca

18.00 – 19.00 La responsabilità specifica dei Direttori Sanitari, dei Direttori di UU.OO, dei dirigenti medici, dei dirigenti medici di P.S., degli specialisti ambulatoriali
Relatore: Fabrizio Tigano

19.00 – 19.45 Confronto- dibattito tra pubblico ed esperto
Conducono: N.M. Di Luca – F. Tigano

19.45 – 20.00 Post – test e chiusura dei lavori

Coordinatore scientifico del corso: Avv. Antonio Puliatti

Relatori:

Antonio Puliatti: Avvocato, Esperto di Diritto Sanitario

Silvio Cinque: Giudice Unico presso il Tribunale Civile di Roma

Natale Mario Di Luca: Professore Ordinario di Medicina Legale
Università "La Sapienza" Roma

Fabrizio Tigano: Professore Associato di Diritto Amministrativo
Università di Catania

14.00 – 14.15 Presentazione del corso e questionario di



Si prega di compilare i campi a stampatello e con chiarezza
Scheda Partecipante

DA RESTITUIRE ALLA SEGRETERIA ☐

Cognome

Nome

Luogo di nascita.....

Data di nascita___/___/___

Codice fiscale

Indirizzo.....

CAP.....Città.....Prov.....

Telefono.....Fax.....

e-mail@.....

N. di cellulare

ASL di appartenenza

Professione

Disciplina.....

FIRMA

.....