

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

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° DTD8-2017-642 DEL 25/09/2017

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE

**OGGETTO:
PFA "Medicina Funzionale Integrata - Indirizzo Metabolico"**

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 **25/09/2017** al **10/10/2017**

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;
- VISTA** la nota prot. n. 817 del 05.01.2017 con la quale il Direttore ASSL Cagliari, nelle more dell'adozione da parte dell'ATS del nuovo sistema di deleghe dirigenziali, al fine di garantire continuità nell'erogazione dei servizi, conferma i provvedimenti di attribuzione delle deleghe aziendali adottati dall'ex ASL 8;
- VISTA** la nota del Direttore ASSL Cagliari, prot. n. NP/2017/30358 del 04/04/2017, con la quale conferma che il dott. Tullio Garau, già nominato sostituto, prosegue nello svolgimento della funzione di Responsabile del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione;
- 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 e il successivo Accordo del 2 febbraio 2017 sul documento "La formazione continua nel settore salute";
- 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";

ATTESO

che il costo per l'organizzazione del corso di formazione graverà sui fondi per la Formazione Aziendale definiti con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016, in quanto il predetto progetto è incluso nel PFA 2017;

VISTA

la scheda di attivazione del Progetto Formativo prot. n. NP/2017/76107 del 11/09/2017 (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A) con la quale il dott. Ferdinando Angelantoni Direttore Sanitario P.O. Isili, chiede che sia attivato il progetto formativo aziendale "**Medicina Funzionale Integrata – Indirizzo Metabolico**", nella quale sono precisati gli obiettivi, il responsabile scientifico, la tipologia dei partecipanti, il docente e il tutor individuati del progetto formativo;

ACCERTATO che:

- le attività di formazione proposte risultano articolate come segue:

Sede, durata e docenti

- Il corso sarà tenuto in n. 2 edizioni di una giornata, della durata pari a 5 ore ciascuna;
- Destinatari del progetto (50 partecipanti per edizione) saranno individuati e comunicati dalla struttura proponente all'Area Formazione;
- Le attività didattiche si svolgeranno il 06/10/2017 e il 17/11/2017;
- le attività di docenza, come meglio di seguito precisato saranno affidate al docente esterno: dott. Stanislao Aloisi, l'attività di tutoraggio al tutor esterno: dott. Adriano Gigante;

- si è acquisito il preventivo di spesa del docente esterno Dr. Stanislao Aloisi e del tutor esterno Dr. Adriano Gigante (nota prot. NP/2017/76107 del 11/09/2017), allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale (Allegato A)

Modalità di partecipazione:

La formazione in parola, ferme restando le esigenze di continuità del servizio, costituisce aggiornamento obbligatorio per i dipendenti ASSL di 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 € 2.142,15. Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compensi docenti e tutor, spese vitto e alloggio docente, accreditamento ECM), come specificato in dettaglio nella tabella costi previsti allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale (Allegato A);

Preso atto che:

- il docente ed il tutor sono stati proposti ed individuati dal Responsabile della UO proponente con dichiarazione acquisita agli atti (nota prot. NP/2017/76107 del 11/09/2017) dalla quale risulta che le scelte sono state 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 come risulta dai *curricula* degli stessi e dichiara, inoltre, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, che in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte sua conflitti di interesse, (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A);
- il Responsabile della U.O. proponente ha fornito le dichiarazioni acquisite agli atti (nota prot. n. NP/2017/76107 del 11/09/2017) da parte del docente e del tutor relative all'insussistenza di cause di inconfirmità, incompatibilità, o di conflitto di interessi all'assunzione dell'incarico conferito (che si allegano quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A);

DETERMINA

per i motivi esposti in premessa:

- 1) di approvare il Progetto Formativo Aziendale "**Medicina Funzionale Integrata – Indirizzo Metabolico**";
- 2) di definire che le attività formative si terranno come da data, articolazione oraria indicate nel programma;
- 3) di fissare in € 2.142,15 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 (compensi docenti e tutor, spese vitto e alloggio docente, accreditamento ECM);

- 4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 93,14 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 4,05;
- 5) che il costo per l'organizzazione del corso di formazione graverà sui fondi per la Formazione Aziendale definiti con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016, in quanto il predetto progetto è incluso nel PFA 2017;
- 6) di dare atto che la spesa graverà sull'esercizio finanziario secondo la tabella di seguito riportata:

ANNO	UFF. AUTORIZZ.	MACRO	COD. CONTO	DESCRIZIONE	IMPORTO (IVA INCLUSA)
2017	BS2	AREA FORMAZIONE	A506030204	Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale	172,15
2017	BS2	AREA FORMAZIONE	A506030201	Compensi docenti/tutor esterni	1.970,00

- 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 il Progetto 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 del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione

dott. Tullio Garau
(firma digitale apposta)

Allegato “A”

Il presente allegato è composto
di n. 16 fogli, di n. 16 pagine

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/76107 del 11/09/2017 ore 11,17
Mitt.: ASL Cagliari Ospedale Isili
Ass.: ASL Cagliari Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 2197 del 2017



RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO FORMATIVO

Io sottoscritto Ferdinando ANGELANTONI Responsabile/Direttore del P.O. di ISILI,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

“MEDICINA FUNZIONALE INTEGRATA – INDIRIZZO METABOLICO ” nell'ambito del P.F.A. 2017
delibera 1534 del 15/12/2016 evento n°112

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DELL'EVENTO SOPRACITATO

PER IL 6 ottobre 2017 (1° Edizione) e il 17 novembre 2017 (2° EDIZIONE)

si allega alla presente:

1. Scheda di attivazione PFA
2. Richiesta preventivo docenza e tutoraggio progetto formativo
3. Preventivi Docente e TUTOR
4. Indicazione di scelta del Responsabile Scientifico/Docente/Tutor e assenza di conflitto di interessi
5. Dichiarazione di accettazione incarico di responsabile scientifico / Docente/ Tutor
6. Programma Calendario dei Lavori
7. Descrizione Prova d' Esame

Isili, li 7 settembre 2017

AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA PO ISILI	
07 SET. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N°	Cal.



Firma e Timbro
DIREZIONE SANITARIA
DIRETTORE SANITARIO
Dott. F. Angelantoni

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
11 SET. 2017	
PRESA IN CARICO	

Servizio Proponente

LABORATORIO ANALISI

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

MEDICINA FUNZIONALE - INDIRIZZO METABOLICO

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?

SI *(cancellare la voce che con interessa)*

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

(cancellare le voci che con interessano)

- Conferenze clinico – patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare

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

NO

(cancellare la voce che con interessa)

È previsto l'uso della sola lingua italiana?

SI *(cancellare la voce che con interessa)*

ITALIANO

È prevista una quota di partecipazione?

NO *(cancellare la voce che con interessa)*

Se "SI" indicare l'importo €

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?

NO *(cancellare la voce che con interessa)*
Se "SI" indicare la denominazione

Numero di edizioni previste 2

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	06/10/17	06/10/17
Seconda edizione	17/11/17	17/11/17
Terza edizione	X	X
Quarta edizione	X	X

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento.

Sede di svolgimento

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

SI *(cancellare la voce che con interessa)*

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

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede

1°ed. SALA CONFERENZE UNIVERSITA' CAGLIARI – Indirizzo: SS 554 km 4,500, 09042 Monserrato CA

2°ed. SALA CONFERENZE UNIVERSITA' SASSARI - Indirizzo: Viale Italia, 11, 07100 Sassari SS

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 50 Totale Partecipanti 100

Riservato agli operatori del Servizio proponente 20 - Aperto a n. 20 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 40 operatori di altre ASL - Aperto a n. 20 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

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

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Tutte le professioni

- Tutte le professioni

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

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

- Tutte le discipline

Discipline E.C.M. per la professione di Farmacista
N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Discipline E.C.M. per la professione di Veterinario
N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Discipline E.C.M. per la professione di Psicologo
N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Progetto Formativo

Area tematica

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

- Area prevenzione e promozione della salute

Obiettivo formativo

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

- Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali: Concetti di individualità biochimica e omeodinamica

B - Acquisizione competenze di processo: Differenze tra Medicina "Funzionale" e Medicina "Lesionale"

C - Acquisizione competenze di sistema: APPRENDIMENTO Visita funzionale, dati, questionari, anamnesi,

D - Previsione di ricaduta formativa : *Approccio Terapeutico Integrato tra discipline differenti*

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 6, **Aumento Compliance Paziente che pratica medicine complementari**

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

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome DIANA Nome ANDREA
Codice Fiscale DNINDR63D13B354B
Telefono 0782820345 Cellulare +39 349 142 6576
e-mail <diana@unica.it >
Qualifica BIOLOGO Competenze DOCENTE UNIVERSITARIO

Referente della segreteria organizzativa

Cognome SATTA Nome Fileo
Codice Fiscale STTFLI80R07B354Y
Telefono 0782820345 Cellulare 3395253101
e-mail fileosatta.spea@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: 5 Minuti: 00

Metodologie didattiche

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

Valutazione

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

cancellare tutte le voci che con interessano

- Prova ORALE (allegare la descrizione)

Attrezzatura

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

cancellare tutte le voci che con interessano

- Videoproiettore
- Computer portatile
- Lavagna a fogli mobili
- Altro (CAVALLETTO PER LAVAGNA A FOGLI MOBILI)

FORMATORE/ n. 1

Ruolo: Docente ESTERNO

Cognome STANISLAO Nome ALOISI

Codice Fiscale LSASNS53P24E974U

Luogo di nascita MARSALA Data di nascita 24.09.1953

Telefono 091 - 455982 Cellulare 338 - 36.26.921

e-mail postaperlao@gmail.com

Qualifica MEDICO Competenze Dietetica - Nutrizionistica - Nefrologia

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

Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza da retribuire 10 Totale compenso € 1000

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

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

Numero Pasti ZERO Totale spesa rimborso pasti € ZERO

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 2 Totale spesa pernottamento 220

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 600

TUTOR n. 1

Ruolo: Tutor Esterno

Cognome GIGANTE Nome ADRIANO

Codice Fiscale GGNDRN75C27B354D

Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 27/03/1975

Telefono 070285394 Cellulare 3472467519

e-mail gigabionet@hotmail.it

Qualifica BIOLOGO Competenze PATOLOGO CLINICO

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

Tutor Esterno Fascia Unica € 30,00

Ore di -Tutor da retribuire 5 Totale compenso € 150

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

Fonti di finanziamento

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

Formazione strategica e Formazione di sistema

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? No *(N.B. cancellare la voce che con interessa)*

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti) 1000+ Spese Tutoraggio complessive (di tutte le edizioni e di tutti i Tutor) 150	€ 1150,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 220,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 600,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM <i>(a cura dell'Area Formazione)</i>	€ 172,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) a cura dell'Area Formazione		€ 2.142,15

Macrostruttura di appartenenza

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

- P.O. San Giuseppe

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) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p align="center">DIRETTORE SANITARIO <i>Dott. F. Angelantoni</i></p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p align="center"><i>F. Angelantoni</i></p>

DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI

07 SET. 2017

POSTA IN ARRIVO

N° _____ Cat. _____



Dr. STANISLAO ALOISI

Codice Fiscale

LSASNS53P24E974U

Alla cortese attenzione del Direttore Sanitario

P.O. Isili

ASSL Cagliari

Oggetto: Preventivo per docenza evento n°112 P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

Gentile Direttore Sanitario,

Con riferimento alla Sua recente richiesta di preventivo, Si conferma la propria disponibilità a partecipare come docente all'evento in oggetto, e contestualmente Le invio di seguito la mia offerta tenendo presenti i limiti in termini di massimali, indicati nella tabella da lei inviata e previsti dalle linee guida della Regione Sardegna per la formazione ECM.

Ripartizione Spese	Calcolati per 2 Eventi	Costo Totale
DOCENZA *	10 h totali	1000 €
MOBILITA'	4 tratte aeree Palermo Cagliari	600
PERNOTTAMENTO	2 Notti	220
PASTI	Nessuno	ZERO

* Fascia A della tabella sopracitata in quanto Professionista esperto nel settore con esperienza professionale almeno decennale nel profilo/materia oggetto della docenza.

Importo Totale da pagare 1820

Di seguito una proposta di Programma Didattico sulla base dei contenuti richiesti:

Titolo	Check-UP Metabolico
1° Ora	Medicina "Funzionale" e Medicina "Lesionale"
2° Ora	Concetti di Individualità Biochimica
3° Ora	Check-UP Metabolico: Mineralogramma
4° Ora	Passpartout Epigenetico: Interazione tra Micro e Macro Nutraceutici Confronto / dibattito tra pubblico ed Esperti
5° Ora	Cervello: Istruzioni per l'uso

La ringrazio per la fiducia accordata

In attesa di un cortese riscontro si inviano Cordiali Saluti

Data 07/05/2017

Firma
Stanislao Aloisi

Dr. ADRIANO GIGANTE

Codice Fiscale

GGNDRN75C27B354D

Alla cortese attenzione del Direttore Sanitario

P.O. Isili

ASSL Cagliari

Oggetto: Preventivo per Tutoraggio evento n°112 P.F.A. 2017 delib. 1534 del 15/12/2016

Gentile Direttore Sanitario,

Con riferimento alla Sua recente richiesta di preventivo, Si conferma la propria disponibilità a partecipare come TUTOR all'evento in oggetto,

e contestualmente Le invio di seguito la mia offerta tenendo presenti i limiti in termini di massimali, indicati nella tabella da lei inviata e previsti dalle linee guida della Regione Sardegna per la formazione ECM.

Ripartizione Spese	Calcolati per 2 Eventi	Costo Totale
TUTORAGGIO*	10 h totali	150 €
MOBILITA'	Nessuno	ZERO
PERNOTTAMENTO	Nessuno	ZERO
PASTI	Nessuno	ZERO

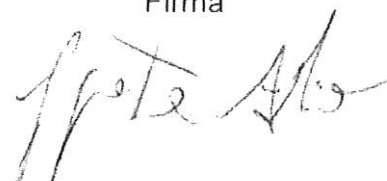
* Fascia UNICA per 30 €/ora tenuto conto che secondo la tabella sopracitata il compenso non potrà eccedere il 50% delle ore totali del corso

Importo Totale da pagare 150 €

In attesa di un cortese riscontro si inviano Cordiali Saluti

Data 10/08/2017

Firma



AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
	07 SET. 2017
POSTA IN ARRIVO	
N°	Car.

Evento Formativo Residenziale

"Medicina Funzionale Integrata - Indirizzo Metabolico"

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti e tutor	€ 1.150,00
Alloggio docente	€ 220,00
Mobilità docente	€ 600,00
Materiali didattici	€ 0,00
Spese varie e/o impreviste	€ 0,00
Costi effettivi di accreditamento ECM	€ 172,15
TOTALE	€ 2.142,15

Costo medio per partecipante € 93,14
Costo medio x ora x partecipante € 4,05

**Indicazione di scelta del docente / 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 Ferdinando ANGELANTONI Responsabile/Direttore del P.O. di ISILI,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"MEDICINA FUNZIONALE INTEGRATA – INDIRIZZO METABOLICO " nell'ambito del P.F.A. 2017 delibera
1534 del 15/12/2016 evento n°112 di prossima programmazione

1) indico quale docente o tutor dell'attività formativa in questione

NOME	QUALIFICA	FUNZIONE
ANDREA DIANA	BIOLOGO RICERCATORE UNIVERSITA'	RESP. SCIENTIFICO
STANISLAO ALOISI	MEDICO – DOCENTE A CONTRATTO	DOCENTE
ADRIANO GIGANTE	BIOLOGO	TUTOR

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.

- 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**.
- dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto al di fuori dell' orario di servizio secondo Massimali e retribuzione dei docenti /tutor (delib. G.R. n. 32/79 del 24/07/2012) .

Isili, li 01 AGOSTO 2017



Firma e timbro
DIREZIONE SANITARIA
DIRETTORE SANITARIO
F. Angelantoni

AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI		
07 SET. 2017		
POSTA IN ARRIVO		
N°	Cat.	

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 STANISLAO ALOISI nominat_ in qualità di Docente/Codocente per
l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

evento formativo approvato dal Piano Formativo Aziendale con delibera **1534 del 15/12/2016** evento
n°112 e dal titolo :

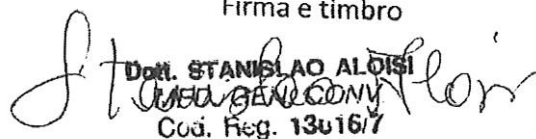
"MEDICINA FUNZIONALE INTEGRATA – INDIRIZZO METABOLICO "

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, 10 agosto 2017

Firma e timbro


Dot. STANISLAO ALOISI
MEDICINA GENERALE
Cod. Reg. 13016/7

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 ADRIANO GIGANTE nominato in qualità di Tutor per la organizzazione dell' evento formativo approvato dal Piano Formativo Aziendale con **delibera 1534 del 15/12/2016** evento n°112 e dal titolo provvisorio:

"MEDICINA FUNZIONALE INTEGRATA – INDIRIZZO METABOLICO "

di prossima programmazione

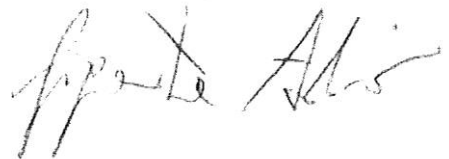
dichiaro

1) 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) di accettare il compenso in fascia unica (tenendo presenti i limiti in termini di massimali indicati nella tabella consultabile sul sito aziendale e previsti dalle linee guida della Regione Sardegna per la formazione ECM).

Data,

Firma e timbro



AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 SET. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N°	Cal.