AO Brotzu

Deliberazione 798

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 19 APR. 2017

OGGETTO: Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Percorso di formazione interattiva per la gestione del diabete in regime di ricovero e tra Ospedale e Territorio". CIG Z591E49D21 Spesa complessiva € 569,65.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 20 APR. 2017 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

SU proposta dell'Ufficio 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;

Considerato che l'Azienda, nello specifico la S.C. di Diabetologia ha attivato il suddetto corso al fine di fornire agli operatori sanitari strumenti per la gestione dei pazienti con diabete, durante il ricovero in ospedale e alla dimissione; in particolare, fornire alcuni protocolli clinici per affrontare i momenti critici del paziente ricoverato, terapia, monitoraggio e dimissione in modo più appropriato e sostenibile;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2016 approvato con Deliberazione n° 2252 del 16.12.2015;

Recepito che l'attività formativa è rivolta a Medici e Infermieri dell'Azienda, per 75 partecipanti suddivisi in 3 edizioni, è stata svolta sia da docenti esterni, che da docenti interni a titolo gratuito;

Ritenuto di dover liquidare a favore del Dott. Alfonso Gigante per le spese di soggiorno l'importo complessivo di € 80,00 (ottanta euro), a favore della Dott.ssa Concetta Suraci per le spese di viaggio l'importo complessivo di € 269,65 (duecentosessantanove euro 65 centesimi) come da documentazione allegata;

%

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corriasi
Ass.te Amm.vo A. Mulas

AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 798 del 19 APR. 2017

Verificato di dover liquidare favore dell'Hotel Regina Margherita le fatture n° 90121 del 09.11.2016 di € 110,00, n° 90135 del 07.12.2016 di € 110,00 per un totale di euro 220,00 (duecentoventi euro) quali spese di pernottamento del docente, da accreditare presso BNL Sede Largo Carlo Felice – Cagliari IBAN IT 95C0100504800000000052120 come da documentazione allegata.

Valutato il progetto formativo: "Percorso di formazione interattiva per la gestione del diabete in regime di ricovero e tra Ospedale e Territorio" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonchè del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. Autorizzare il PFA ECM: "Percorso di formazione interattiva per la gestione del diabete in regime di ricovero e tra Ospedale e Territorio", rivolto a Medici e Infermieri dell'Azienda, per 75 partecipanti suddivisi in 3 edizioni.

2. Confermare che l'attività formativa è stata svolta sia da docenti esterni, che da docenti interni a titolo gratuito.

3. Liquidare a favore del Dott. Alfonso Gigante per le spese di soggiorno l'importo complessivo di € 80,00 (ottanta euro), a favore della Dott.ssa Concetta Suraci per le spese di viaggio l'importo complessivo di € 269,65 (duecentosessantanove euro 65 centesimi) come da documentazione allegata.

4. Disporre altresì che a favore dell'Hotel Regina Margherita vengano liquidate le fatture n° 90121 del 09.11.2016 di € 110,00, n° 90135 del 07.12.2016 di € 110,00 per un totale di euro 220,00 (duecentoventi euro) quali spese di pernottamento del docente, da accreditare presso BNL Sede Largo Carlo Felice – Cagliari IBAN IT 95C0100504800000000052120 come da documentazione allegata.

5. Determinare che la spesa complessiva è di € 569,65 (cinquecentosessantanove euro e 65 centesimi) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi del Dipartimento di Medicina Interna per l'aggiornamento professionale anno 2016.

%

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 798 del 19 APR. 2017

6. Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

7. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 569,65.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Ass.te Amm.vo A. Mulas

Al Sig. Comm. Straord
Dott.ssa G. Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE □
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE X□

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO : Il Diabete in Ospedale
Percorso di formazione interattiva per la gestione del diabete in regime di ricovero e tra Ospedale e Territorio

STRUTTURA PROPONENTE
Struttura Complessa centro per il trattamento delle complicanze del diabete

OBIETTIVI
Obiettivo generale
Delineare percorsi di gestione dei pazienti in regime di ricovero in una logica di continuità assistenziale con l'assistenza territoriale, che tengano conto sia dei bisogni assistenziali/educativi dei pazienti, sia delle esigenze cliniche multidisciplinari, così da agire in modo condiviso, integrato e ottimizzare gli interventi .
Obiettivo specifico
Realizzare profili di cura per la gestione del diabete in ospedale appropriati, utilizzabili nella Azienda Ospedaliera Brotzu ed implementarli entro 6 mesi

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

Il corso intende fornire agli operatori sanitari strumenti per la gestione dei pazienti con diabete, durante il ricovero in ospedale e alla dimissione.
In particolare, fornirà alcuni protocolli clinici per affrontare i momenti critici del paziente ricoverato, terapia, monitoraggio e dimissione in modo più appropriato e sostenibile.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:
I partecipanti, alla fine del progetto, conosceranno i modelli e il valore dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali in diabetologia, i problemi clinico-assistenziali più frequenti (ipoglicemia, complicanze, autocontrollo glicemico, indicatori metabolici, terapia antidiabetica) e condivideranno i principali protocolli per la cura del diabete in uso negli ospedali italiani per adattarli alla realtà della Azienda Brotzu allo scopo di assicurare interventi normati, integrati, efficaci e sostenibili per il buon esito degli interventi attuali e futuri.

B) Acquisizione competenze di processo:

I partecipanti saranno in grado di:

- costruire, diffondere e applicare i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali dell'iperglicemia e del diabete in ospedale.

C) Acquisizione competenze di sistema:

I partecipanti saranno in grado di:

- applicare protocolli condivisi per garantire l'integrazione tra le diverse figure professionali in modo di ottimizzare gli interventi all'interno di tutte le UO dell'Azienda Ospedaliera

TIPOLOGIA DI EVENTO:

A) FORMAZIONE RESIDENZIALE

☐ *Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)*

☐ *Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)*

☐ *Conferenza (minimo 4 ore)*

X *Corso (minimo 4 ore)*

☐ *Retraining*

SEDE DI SVOLGIMENTO

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

SI x NO ☐

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.
Se si, indicare l'ubicazione
Struttura_Azienda Brotzu

SPAZI NECESSARI
(Barrare le caselle di interesse)

☐ *Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)*

☐X *Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)*
Aula con capienza di n. 35 partecipanti

☐ *Sala conferenza per n ._____ partecipanti*

☐ *Altro (specificare)*_____

AUSILI DIDATTICI

☐ *LAVAGNA LUMINOSA*

X *LAVAGNA A FOGLI MOBILI*

X PC

X VIDEOPROIETTORE

☐ ALTRO DA SPECIFICARE_____

_____

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI x 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.
Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.

Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	25	10 maggio	10 maggio
2	25	8 novembre	8 novembre
3	25	6 dicembre	6 dicembre

PROFESSIONI

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

PROFESSIONI SANITARIE

☐ **Farmacista**

☐ Ospedaliera n. _____

☐ Farmacia Territoriale n. _____

n. _____

☐ **Medico chirurgo**

☐ Angiologia n. _____

x☐ Cardiologia n. _____

☐ Dermatologia e Venereologia n. _3_

☐ Ematologia n. _____

☐ Endocrinologia n. _____

x☐ Gastroenterologia n.

☐ Genetica Medica n. 2_

☐ Geriatria n. _____

☐ Malattie Metaboliche e Diabetologia n. _____

☐ Malattie dell' Apparato Respiratorio n.__

☐ Malattie Infettive n. _____

x☐ Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza n. _____

☐ Medicina Fisica e Riabilitazione n. 2

n. _____

x□ Medicina Interna	n. _4__
□ Medicina Termale	n. _____
□ Medicina Aeronautica e Spaziale	n. _____
□ Medicina dello Sport	n. _____
x□ Nefrologia	n. _____
□ Neonatologia	n. _3_
x□ Neurologia	n. _____
□ Neuropsichiatria Infantile	n. 3_
x□ Oncologia	n. _____
□ Pediatria	n._3__
□ Psichiatria	n. _____
□ Radioterapia	n. _____
□ Reumatologia	n. _____
x□ Cardiochirurgia	n. _____
x□ Chirurgia Generale	n. 3__
□ Chirurgia Maxillo - Facciale	n. __3__
□ Chirurgia Pediatrica	n. _____
□ Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	n. _____
□ Chirurgia Toracica	n. 1_
□x Chirurgia Vascolare	n. _____
□x Ginecologia e Ostetricia	n. _2__
□x Neurochirurgia	n. 3
□ Oftalmologia	n. 3
x□ Ortopedia e Traumatologia	n. _____
□ Otorinolaringoiatria	n. _2
x□ Urologia	n. _____
□ Anatomia Patologica	n. _1_
x□ Anestesia e Rianimazione	n. _____
□ Biochimica Clinica	n. _2_
□ Farmacologia e Tossicologia Clinica	n. _____
□ Laboratorio di Genetica Medica	n. _____
□ Medicina Trasfusionale	n. _____
□ Medicina Legale	n. _____
□ Medicina Nucleare	n. _____
□ Microbiologia e Virologia	n. _____
□ Neurofisiopatologia	n. _____
□ Neuroradiologia	n._____
□ Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)	n. _____
□ Radiodiagnostica	n. _____
□ Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	n. _____
	n. _____

- □ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione* n. _____
- □ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro* n. _____
- □ *Medicina Generale (Medici di Famiglia)* n. _____
- □ *Continuità Assistenziale* n. _____
- □ *Pediatria (Pediatri di libera scelta)* n. _____
- □ *Scienza dell'alimentazione e dietetica* n. _____

- □ *Direzione medica di presidio ospedaliero* n._
- □ *Organizzazione dei servizi sanitari di base* n.____
- □ *Audiologia e Foniatria* n.____
- □ *Psicoterapia* n.____
- □ *Privo di Specializzazione* n.____

- □ ***Odontoiatra*** n. ____

- □ ***Psicologo – Psicoterapeuta*** n.____
- □ *Psicoterapia* n. ____
- □ *Psicologia* n.____

- □ ***Laureati non medici (specificare)***

_____ n. ____
_____ n. ____
_____ n. ____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- X *Infermiere* n. 35
- □ *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.____
- □ *Dietista* n.____
- □ *Igienista Dentale* 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.____*
- □ *Tecnico Audiometrista* *n.____*
- □ *Tecnico Audioprotesista* *n.____*
- □ *Tecnico di Neurofisiopatologia* *n.____*
- □ *Tecnico Ortopedico* *n.____*

TUTTE LE PROFESSIONI *n.____*

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___9

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI x□ NO □

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

x□ *Fotocopie di testi*
□ *Slides*
□ *Testi/libri*
□ *Riviste*
□ *Cd*
□x *Altri supporti : linee guida società scientifiche. Prima del corso verrà consegnato ai discenti materiale scientifico per assicurare una base uniforme di conoscenze*

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*

x *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.

Docenza	€
Pernottamento	€ 360
Pasti	€
Spese di viaggio	€ 300
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 660

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 Maria Franca *Cognome* Mulas
Qualifica Dirigente Medico
Struttura **Struttura Complessa centro per il trattamento delle complicanze del diabete**
Telefono 070539372 *Cellulare* _____
Fax _____ *email* maria.f.mulas@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome Alfonso *Cognome* Gigante
Telefono _____ *Cellulare* _____
Fax _____ *email* _____
Curriculum _____

Nome Roberto *Cognome* Ganga
Telefono _____ *Cellulare* _____
Fax _____ *email* _____
Curriculum _____

Nome Giampaolo *Cognome* Scorcu
Telefono _____ *Cellulare* _____
Fax _____ *email* _____

Curriculum

Nome	Giampiero	Cognome	Piras
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			
Nome	Franca	Cognome	Tinti
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			
Nome	Roberto	Cognome	Mereu
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			
Nome	Marco	Cognome	Songini
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			
Nome	Marina	Cognome	Mastio
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			
Nome	Concetta	Cognome	Suraci
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			
Nome	Maria Franca	Cognome	Mulas
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			
Nome	Francesca	Cognome	Coghe
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			
Nome	AnnaRita	Cognome	Pilleri
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

Nome	Sabrina	Cognome	Arzedi
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			
Nome	Valeria	Cognome	Podda
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			
		Cognome	
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			
Nome	Pietro	Cognome	Tronci
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Curriculum			

A)Motivazione della scelta scientifica:

Esigenza di uniformare la gestione delle emergenze e della quotidianità del paziente ricoverato con Diabete nella Azienda Ospedaliera Brotzu.

B)Motivazione della scelta economica:
_ai docenti verranno rimborsate le spese di soggiorno e di viaggio e i docenti interni effettueranno la docenza a titolo gratuito

C)Motivazione della scelta dei docenti:

Medici Diabetologi della Azienda e Diabetologi di comprovata esperienza regionale e nazionale nella stesura e applicazione di protocolli di gestione del Diabete in Ospedale.

A)Docenti Interni:

in orario di servizio x
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)* Graziella Pintus
commissario straordinario
Timbro e Firma (leggibile)
Commissario strordinario

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" DIREZIONE GENERALE

Dott. MARCO SONGINI
PRIMARIO S.C. DIABETOLOGIA
OSPEDALE G. BROTZU - CAGLIARI

Nome e cognome *(in stampatello)* MarcoSongini
Il Responsabile della struttura organizzativa, (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Responsabile della struttura organizzativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

Paolo Pusceddu

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
CAGLIARI
DIPARTIMENTO MEDICINA INTERNA
Direttore: Dott. Paolo Pusceddu

Nome e cognome *(in stampatello)*
Il Direttore del Dipartimento
Timbro e Firma *(leggibile)*
Il Direttore del Dipartimento

Nome e Cognome *(In stampatello)* Andrea Corrias
Responsabile Ufficio Formazione
Timbro e firma *(leggibile)*

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU
UFFICIO FORMAZIONE

NOTE:

Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):

1) ***Progetto;***
2) ***Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;***
3) ***CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);***
4) ***Programma ecm***

Allegare in formato cartaceo

1) ***Preventivi;***
2) ***CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale***

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda OspedalieraBrotzu

UFFICIO FORMAZIONE

"Titolo"
Percorso di formazione interattiva per la gestione del diabete in regime di ricovero e tra Ospedale e Territorio
Data_10 maggio, 8 novembre 6 dicembre 2016

AOB – Aula

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
	/////	/////	//	//////////	//////////	
Sessione 1 mattina					/////	
Dettaglio 1	08.45	09.15	Presentazione del corso, contenuti e obiettivi	RTP	Mulas	Songini
Dettaglio 2	09.15	09.45	Peso del diabete in ospedale , prevalenza ed impatto sugli esiti di salute	RTP	Mulas	Piras
Dettaglio 3	9.45	10.15	Discussione	CD	GP Scorcu/Mereu	Pillleri
Dettaglio 4	10.15	11.00	Quali criticità nella gestione del paziente diabetico ricoverato	LPG	Gigante/Mulas/Suraci	Mulas
	11.00	11.15	Pausa			
Dettaglio 5	11.15	12.15	Discussione dei risultati dei lavori di gruppo	LG	Gigante/Tinti	Mereu
Dettaglio 6	12.15	12.45	Target glicemici terapia nel paziente non critico e critico	RTP	Piras	Mulas
	12.45	13.30	Dibattito	CD	Coghe/Pilleri	Scorcu
	13.30	14.15	Pausa pranzo			
Sessione 2 pomeriggio						
Dettaglio 1	14.15	15.15	Il monitoraggio glicemico a supporto della terapia insulinica	LPG	Podda/Arzedi/Seguro	Mastio
Dettaglio 2	15.15.	16.15	Discussione dei risultati dei lavori di gruppo	CD	Tronci	Mastio
Dettaglio 3	16.15	16.45	Algoritmi per la gestione della terapia insulinica	RTP	Mulas	Suraci
Dettaglio 4	16.45	17.15	I profili di cura	RTP	Suraci	Piras
Dettaglio 5	17.15	18.15	Proposta di protocolli operativi	CD	Ganga/Mulas/Songini	Coghe
	18.15	18.45	Conclusione dei lavori e verifica apprendimento	RTP	Songini	Mulas

LEGGE 30.12.1991 N. 413
D.M. 30.03.1992 - D.P.R. 21.12.1996 N. 696

☐ RICEVUTA FISCALE ☐ FATTURA (RICEVUTA FISCALE)

CEDENTE O PRESTATORE, DIPENDENZA, DOMICILIO O RESIDENZA, CODICE FISCALE, PARTITA IVA

A/C Relais SANTA CROCE
di ANDALE SAS
Corso Vittorio Emanuele II n.16
09124 CAGLIARI
P.Iva e CF: 02990610921

N. ATTR. 43 B

DATA 10-05-16

DATI IDENTIFICATIVI DEL CLIENTE
Alfonso Cicante
Via Istria 24 08100 Nuoro

CODICE FISCALE CTNLNS62R21F979P

PARTITA IVA

QUANTITÀ	NATURA E QUALITÀ DEI BENI O DEI SERVIZI	IMPORTO
1	Pernottamento	80.00
	dal 09-05-16	
	al 10-05-16	

IMPONIBILE

IMPOSTA %

TOTALE

Corrispettivo pagato 80.00

Corrispettivo non pagato

TOTALE € 80.00

DAV 340325 /16

Bufetti 6205R1 (7)

1

Gruppo Buffetti S.p.A. Largo Caduti di El Alamein, 20 - 00173 Roma - Sede Operativa in Roma, loc. S. Palomba, Via del Tamarindi, 48 - Autorizz. Agenzia delle Entrate n. 2009/71206 del 9/11/2009

Alitalia Società Aerea Italiana S.p.A.

Società Aerea Italiana S.p.A
Via A. Nassetti snc, Pal. ALFA
00054 Fiumicino (RM)
P.IVA e COD.FISC.:13029381004

CAP. SOC. Euro 103.105.126,99 i.v.
Reg. Imp. di Roma n. 13029381004
R.E.A. di Roma n. 1418603
Codice Fiscale 13029381004
Partita I.V.A. 13029381004

Ns. riferimenti - Our reference

Uff./Off: CLIENTI Tel.: Uff.ven/Sal.off: Tel:
Agent code. 0JO Fax: 0665632227 Email: fatturazioneBXAZ@alitalia.it

Pag.: 1 DI 1

CONCETTA SURACI

PIAZZA LEDRO, 9
00199 ROMA
C.F./F.C.: SRCCCT50R61H224G

FATTURA/INVOICE
Nr.2166368876 Data/Date: 29/10/2016

Data scadenza pagamento / Expiring date: **29/10/2016**

DESCRIZIONE/DESCRIPTION	Q.tà/Q.ty	UM	Prezzo/Unitario Unit/Price	Importo/Amount	IVA VAT
N° TICKET 0552330111594					
Tratta FCO\CAG-CAG\FCO					
TARIFFA				72,73	J2
TASSE E SUPPL.				47,33	J2
Ben.volo CONCETTA SURACI CF SRCCCT50R61H224G					

ORIGINALE

DESCRIZIONE CODICI I.V.A. / VAT CODES DESCRIPTIONS	IMPONIBILE BASE AMOUNT	TOTALE IVA TAX AMOUNT	%
J2 = IVA 10%	EUR 120,06	12,01	10,0

	VAL/CUR	TOTALE A VS. DEBITO
PAGAMENTO / PAYMENT: PAGAMENTO EFFETTUATO	EUR	132,07
Riferimento fattura/Payment invoice: A saldo documento N. **2166368876**		

ETIHAD AIRWAYS PARTNER | Alitalia | SKYTEAM

INFORMAZIONI SUL PASSEGGERO

NUMERO BIGLIETTO	0552330111594
COGNOME PASSEGGERO	SURACI/CONCETTA
RIFERIMENTO NOME	ADT
CODICE FREQUENT FLYER (PROGRAMMA MILLEMIGLIA)	AZ1138482
DATA DI EMISSIONE BIGLIETTO	23OTT2016
COMPAGNIA AEREA EMITTENTE	ALITALIA S.A.I S.P.A
AGENZIA EMITTENTE	ALITALIA/SSW
PARTITA IVA	PI13029381004
CODICE FISCALE	CF13029381004
PAESE DI EMISSIONE	IT
CODICE VETTORE EMITTENTE	AZ

Riferimento Prenotazione

DHLFRS

Dettagli Dell'itinerario

VOLO	PARTENZA	ARRIVO	CLASSE/POSTO	BAGAGLIO	INFORMAZIONI SUL VOLO
AZ 1587 Ok to fly	Roma, Fiumicino, Italia (FCO) TERMINAL 1 07/nov/2016 19:10	Cagliari, Elmas, Italia (CAG) 07/nov/2016 20:15	Economica Check-in obbligatorio	1PC	Base tariffaria: XPXOWN8 Non valido prima del: 07 nov Non valido dopo il: 07 nov
AZ 1592 Ok to fly	Cagliari, Elmas, Italia (CAG) 09/nov/2016 10:15	Roma, Fiumicino, Italia (FCO) TERMINAL 1 09/nov/2016 11:20	Economica 08A (Confermato)	1PC	Base tariffaria: XPXOWN8 Non valido prima del: 09 nov Non valido dopo il: 09 nov

INFORMAZIONI SUL PAGAMENTO

Tariffa	EUR 80,00
Tasse / Supplementi	EUR 2,97 EX (Security Bag Charge)
	EUR 23,40 IT1 (Embarkation Tax Eu Adult)
	EUR 5,45 VT (Quota per la sicurezza)
	EUR 14,00 HB (Council City Tax)
	EUR 1,52 MJ (Passenger Service Charge)
	EUR 4,73 FN (IVA internazionale)
Calcolo tariffa	ROM AZ CAG40.00AZ ROM40.00EUR80.00END IVA INCLUSA
Convalida/Restrizioni	AZ/AP ONLY
Emissione biglietto	OB Ticketing Sub Code #1 - EUR 0,00
Modalità di pagamento	Carta di credito - Visa : XXXXXXXXXXXX 6421
Tariffa totale	**EUR 132,07**
Totale finale	**EUR 132,07**

Alitalia Società Aerea Italiana S.p.A.

Società Aerea Italiana S.p.A
Via A. Nassetti snc, Pal. ALFA
00054 Fiumicino (RM)
P.IVA e COD.FISC.:13029381004

CAP. SOC. Euro 103.105.126,99 i.v.
Reg. Imp. di Roma n. 13029381004
R.E.A. di Roma n. 1418603
Codice Fiscale 13029381004
Partita I.V.A. 13029381004

Ns. riferimenti - Our reference

Uff./Off. CLIENTI Tel.: Uff.ven/Sal.off. Tel:
Agent code: 0JO Fax: 0665632227 Email: fatturazioneBXAZ@alitalia.it

CONCETTA SURACI

PIAZZA LEDRO N. 0
00161 ROMA
C.F./F.C.: SRCCCT50R61H224G

FATTURA/INVOICE
Nr.2166162024 Data/Date: 07/05/2016

Data scadenza pagamento / Expiring date: **07/05/2016**

DESCRIZIONE/DESCRIPTION	Q.tà/Q.ty	UM	Prezzo/Unitario Unit/Price	Importo/Amount	IVA VAT
N° TICKET 0552325745387					
Tratta FCO\CAG-CAG\FCO					
TARIFFA				72,73	J2
TASSE E SUPPL.				52,34	J2
Ben.volo CONCETTA SURACI CF SRCCCT50R61H224G					

ORIGINALE

DESCRIZIONE CODICI I.V.A. / VAT CODES DESCRIPTIONS	IMPONIBILE BASE AMOUNT	TOTALE IVA TAX AMOUNT	%
J2 = IVA 10%	EUR 125,08	12,51	10,0

	VAL/CUR	TOTALE A VS. DEBITO
PAGAMENTO / PAYMENT: PAGAMENTO EFFETTUATO	EUR	137,58
Riferimento fattura/Payment invoice: A saldo documento N. **2166162024**		

Gmail

titti suraci <suraci.concetta@gmail.com>

Riepilogo della tua prenotazione

1 messaggio

confirmation@alitalia.com <confirmation@alitalia.com> 1 maggio 2016 09:29
A: suraci.concetta@gmail.com

RICEVUTA BIGLIETTO ALITALIA

Il tuo codice di prenotazione (PNR) è:

ND6EDI

ANDATA: Diretto

08 MAG 2016 AZ1595 17:10 ROMA FIUMICINO (FCO) 18:15 CAGLIARI ELMAS (CAG)

Economy

CONCETTA SURACI
MILLEMIGLIA 1138482
1 adulto - N. biglietto: **0552325745387**

Posto
11F

RITORNO: Diretto

11 MAG 2016 AZ1592 10:15 CAGLIARI ELMAS (CAG) 11:20 ROMA FIUMICINO (FCO)

Economy

CONCETTA SURACI
MILLEMIGLIA 1138482
1 adulto - N. biglietto: **0552325745387**

Condizioni e regole tariffarie per il volo di andata - Tariffa: Economy Basic EUR: 77,72

BAGAGLIO A MANO 1X8KG	✓	CAMBIO PRIMA DELLA PARTENZA	✓
BAGAGLIO IN STIVA	1 x 23Kg	CAMBIO DOPO LA PARTENZA	✓
SCELTA DEL POSTO	✓	RIMBORSO PRIMA DELLA PARTENZA	✓
CASH & MILES	—	RIMBORSO DOPO LA PARTENZA	✓
ACCREDITO MIGLIA	✓		

Condizioni e regole tariffarie per il volo di ritorno - Tariffa: Economy Basic EUR: 59,86

BAGAGLIO A MANO 1X8KG	✓	CAMBIO PRIMA DELLA PARTENZA	✓
BAGAGLIO IN STIVA	1 x 23Kg	CAMBIO DOPO LA PARTENZA	✓
SCELTA DEL POSTO	✓	RIMBORSO PRIMA DELLA PARTENZA	✓
CASH & MILES	—	RIMBORSO DOPO LA PARTENZA	✓
ACCREDITO MIGLIA	✓		

TASSE	EUR 57,58
1 TARIFFA ADULTI	EUR 80,00
SUPPLEMENTI	EUR 0,00

Hai pagato con paypal

PayPal

TOTALE PAGATO

EUR 137,58

Per ulteriori informazioni contatta il nostro Customer Center al numero 89.20.10
Il biglietto andata e ritorno, o con scali intermedi, è valido solo se utilizzato secondo l'ordine dei voli previsto dal biglietto. Se il passeggero non si presenta all'imbarco di un volo, il biglietto sarà annullato per i successivi voli, salvo **casi particolari***. Per ulteriori informazioni visita la pagina "Acquista online". Le penali si applicano per ciascun passeggero/biglietto. Il cambio potrebbe comportare un'integrazione tariffaria se la tariffa precedentemente acquistata non è più disponibile. Il cambio, se consentito, va richiesto prima della partenza del volo che si desidera cambiare. Il rimborso, se consentito, può essere richiesto solo se si è provveduto a comunicare ad Alitalia la cancellazione della prenotazione prima della partenza del volo.

***PER I VOLI NAZIONALI**

La richiesta di mantenere la validità del biglietto per i voli successivi in caso di mancato utilizzo, per qualsiasi motivo, del volo di andata può essere accolta esclusivamente previa comunicazione di tale richiesta ad Alitalia, contattando il numero di telefono del Contact Center +39 06 65640, digitando il tasto 2, opzione 4. con le modalità di seguito specificate:

- Entro 24 ore successive all'orario di partenza del volo di andata inutilizzato
- Qualora l'orario di partenza del volo di ritorno sia entro le 24h dall'andata, la comunicazione al Contact Center dovrà pervenire almeno 2 ore prima della partenza di suddetto volo di ritorno.

Il Contact Center provvederà ad emettere un **nuovo biglietto elettronico** per cui sarà necessario effettuare le operazioni di check-in sul sito (se disponibile) o in aeroporto.

Qualora il passeggero non effettui la suddetta comunicazione, o la effettui dopo i termini indicati, Alitalia, ove vi sia disponibilità di posti sul volo, si riserverà il diritto di richiedere il pagamento di un importo pari alla differenza tra il pezzo pagato per il biglietto precedentemente acquistato e il prezzo più elevato applicabile all'itinerario modificato al momento della riemissione del biglietto.

PER I VOLI INTERNAZIONALI

La richiesta di mantenere la validità del biglietto per i voli successivi può essere accolta in presenza delle seguenti cause:

FATTURA ELETTRONICA

Versione 1.1

14705 19-12-16
21297 AS14030605

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT04769180151**
Progressivo di invio: **8685397920**
Formato Trasmissione: **SDI11**
Codice Amministrazione destinataria: **FIEFE2**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02778560926**
Denominazione: **Hotel Regina Margherita Srl**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **Viale Regina Margherita**
Numero civico: **44**
CAP: **09124**
Comune: **CAGLIARI**
Provincia: **CA**
Nazione: **IT**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale: **02315520920**
Denominazione: **Azienda Ospedaliera Brotzu**

Dati della sede

Indirizzo: **Piazzale Ricchi**
Numero civico: **1**
CAP: **09134**
Comune: **Cagliari**
Provincia: **CA**
Nazione: **IT**

Versione prodotta con foglio di stile SdI www.fatturapa.gov.it

Versione 1.1

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2016-11-09** (09 Novembre 2016)
Numero documento: **90121**

Importo totale documento: **110.00**
Arrotondamento su Importo totale documento: **0.00**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **PERNOTTAMENTO ALFONSO GIGANTE DEL 07/11/2016**
Quantitï¿œï¿œ: **1.00**
Valore unitario: **100.00**
Valore totale: **100.00**
IVA (%): **10.00**

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **10.00**
Spese accessorie: **0.00**
Arrotondamento: **0.00**
Totale imponibile/importo: **100.00**
Totale imposta: **10.00**
Esigibilitï¿œï¿œ IVA: **S** (scissione dei pagamenti)

Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

Dettaglio pagamento

Beneficiario del pagamento: **HOTEL REGINA MARGHERITA SRL**
Modalitï¿œï¿œ: **MP05** (bonifico)
Termini di pagamento (in giorni): **30**
Importo: **110.00**
Codice IBAN: **IT95C0100504800000000052120**
Codice ABI: **01005**
Codice CAB: **04800**
Codice BIC: **BNLIITRR**
Sconto per pagamento anticipato: **0.00**
Penale per ritardato pagamento: **0.00**

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2016-12-07** (07 Dicembre 2016)
Numero documento: **90135**
Importo totale documento: **110.00**
Arrotondamento su Importo totale documento: **0.00**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **Pernott. Gigante del 05/12/16**
Quantità: **1.00**
Valore unitario: **100.00**
Valore totale: **100.00**
IVA (%): **10.00**

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **10.00**
Spese accessorie: **0.00**
Arrotondamento: **0.00**
Totale imponibile/importo: **100.00**
Totale imposta: **10.00**
Esigibilità IVA: **S** (scissione dei pagamenti)

Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)
Termini di pagamento (in giorni): **30**
Importo: **110.00**
Codice IBAN: **IT95C0100504800000000052120**
Codice ABI: **01005**
Codice CAB: **04800**
Codice BIC: **BNLIITRR**
Sconto per pagamento anticipato: **0.00**
Penale per ritardato pagamento: **0.00**

FATTURA ELETTRONICA

Versione 1.1

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT04769180151**
Progressivo di invio: **1132666580**
Formato Trasmissione: **SDI11**
Codice Amministrazione destinataria: **FIEFE2**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02778560926**
Denominazione: **Hotel Regina Margherita Srl**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **Viale Regina Margherita**
Numero civico: **44**
CAP: **09124**
Comune: **CAGLIARI**
Provincia: **CA**
Nazione: **IT**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale: **02315520920**
Denominazione: **Azienda Ospedaliera Brotzu**

Dati della sede

Indirizzo: **Piazzale Ricchi**
Numero civico: **1**
CAP: **09134**
Comune: **Cagliari**
Provincia: **CA**
Nazione: **IT**