

CURRICULUM VITAE RESO SOTTO FORMA DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000

GIUSEPPE SPIGA

**SPECIALISTA IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA
D.F.S. MEDICINA GENERALE**

Nome e cognome **Giuseppe Spiga**

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date 4 dicembre 2012
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Ministero della Salute, Regione Autonoma della Sardegna, ASL 8 Cagliari
- Qualifica conseguita **Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale**

- Date 13 novembre 2008
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Università degli Studi di Cagliari, Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- Qualifica conseguita **Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva
votazione: 50/50 e lode**

- Date (da – a) 26/09/1997 – 21/07/2004
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Università degli Studi di Cagliari, Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio Medicina e Chirurgia
- Qualifica conseguita **Laurea in Medicina e Chirurgia, Università degli studi di Cagliari
votazione 110/110 e lode**

- Date 08/03/2005
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Università degli Studi di Cagliari, Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Qualifica conseguita **Abilitazione all'esercizio della professione medica**

Esperienze Lavorative

- Date (da – a) 13/11/2017 – tutt'oggi
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Direzione Sanitaria ATS Sardegna (comando da ASSSL Carbonia)
- Tipo di azienda o settore Organizzazione Servizi Sanitari
- Tipo di impiego e Principali mansioni e responsabilità Dirigente medico I livello
Partecipazione alle attività di programmazione, valutazione e riordino dei servizi sanitari aziendali

- Date (da – a) 1/01/2017 – 13/11/2017
- Nome e indirizzo del datore di lavoro ATS Sardegna, ASSSL Carbonia – Direzione
- Tipo di azienda o settore Organizzazione Servizi Sanitari
- Tipo di impiego e Principali mansioni e responsabilità Dirigente medico I livello
Supporto sanitario alla Direzione ASSSL, in particolare:
 - Referente corretta gestione dei rifiuti sanitari (componente GdL ATS);
 - Referente PNE 2016

- Date (da – a) 01/07/2016 – 31/12/2016
- Nome e indirizzo del datore di lavoro ASL 7 Carbonia - Direzione Generale
- Tipo di azienda o settore Organizzazione Servizi Sanitari
- Tipo di impiego Dirigente medico I livello
Componente GdL aziendale "Osservatorio Qualità e Accreditamento"
- Principali mansioni e responsabilità Consulenza, coordinamento e monitoraggio nelle diverse fasi dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO delle strutture aziendali di nuova costituzione o in trasferimento secondo LR 10/2006 e ss.mm.ii.

- Date (da – a) 01/04/2015 – 31/12/2016
- Nome e indirizzo del datore di lavoro ASL 7 Carbonia - Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- Tipo di azienda o settore Prevenzione
- Tipo di impiego Dirigente medico I livello
- Principali mansioni e responsabilità Medico di Igiene Pubblica, definizione e conduzione di campagne di prevenzione
Partecipazione alle attività ReNCaM
Codifica delle Cause di Morte secondo ICD-X
Medicina Legale

- Date (da – a) 01/04/2009 - 31/03/2015
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Diverse AASSLL Regione Sardegna
- Tipo di azienda o settore cure primarie

- Tipo di impiego Incarichi temporanei (24h/sett) di continuità assistenziale
- Principali mansioni e responsabilità Medico
 - Date (da – a) gennaio - febbraio 2009
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Dip. di Biologia Animale e dell’Uomo, Università degli Studi di Roma “La Sapienza”
 - Tipo di azienda o settore Epidemiologia
 - Tipo di impiego Incarico libero-professionale “Accertamento dello stato in vita di soggetti professionalmente esposti (coorti) in Sardegna e codifica delle cause di decesso secondo le regole della IX revisione delle cause di morte”
 - Principali mansioni e responsabilità Medico Epidemiologo
 - Date (da – a) marzo - giugno 2009
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Dipartimento di Neurologia della Ludwig Maximilians University di Monaco, Germania
 - Tipo di azienda o settore Epidemiologia
 - Tipo di impiego Incarico libero-professionale per il progetto di ricerca: “Costs of Parkinson's disease and antiparkinsonian pharmacotherapy: an Italian cohort study”
 - Principali mansioni e responsabilità Medico Epidemiologo
 - Date (da – a) 2004-2005
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Cooperativa sociale “Anteros”
 - Tipo di azienda o settore Istruzione/educazione
 - Tipo di impiego Sostegno a minori imputabili arrestati o fermati presso il C.P.A. dell'Istituto Penitenziari Minorile di Quartucciu (CA)
 - Principali mansioni e responsabilità Educatore
 - Date (da – a) 1999-2001
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Prof. Gianluca Ferri, Dip. Citomorfologia Università degli Studi di Cagliari
 - Tipo di azienda o settore ricerca scientifica
 - Tipo di impiego Internato di ricerca in Immunoistochimica
 - Principali mansioni e responsabilità Utilizzo di un innovativo metodo di immunofluorescenza multipla finalizzato allo studio dell’espressione del gene-VGF nel pancreas di mammiferi (bovino e suino)

Esperienze in qualità di formatore

- Date (da – a) 27 - 28/10/2016 e 16 - 17/12/2016
- Nome e indirizzo del datore di lavoro ASL 7 Carbonia
 - Tipo di azienda o settore Epidemiologia
 - Tipo di impiego Docente del modulo "Inquinamento da antibiotici ed antibioticoresistenza" nel corso "Gli inquinanti: effetti sul territorio e ricadute sulla salute della popolazione"
- Principali mansioni e responsabilità docenza

- Date (da – a) settembre 2013 - febbraio 2014
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Associazione ABiCi - Università degli Studi di Cagliari
 - Tipo di azienda o settore Promozione della Salute
 - Tipo di impiego Docente di Promozione della Salute per gli studenti del corso di Laurea di Assistenti Sanitari nell'ambito del progetto "Corri che ti passa!"
- Principali mansioni e responsabilità Facilitare lo sviluppo delle competenze in materia di Promozione della Salute in una fascia disagiata della popolazione, i pazienti psichiatrici cronici

- Date (da – a) dicembre 2014 - febbraio 2015
- Nome e indirizzo del datore di lavoro IERFOP-onlus
 - Tipo di azienda o settore Ente di Formazione professionale
 - Tipo di impiego Docente Primo soccorso Aziendale
- Principali mansioni e responsabilità competenze di base su come allertare il sistema di soccorso e attuare gli interventi di primo soccorso, conoscere i rischi specifici dell'attività svolta, acquisire conoscenze generali sulle patologie specifiche in ambiente di lavoro.

ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Siti inquinati. Supporto all'ARPA Sardegna nella definizione degli strumenti procedurali e tecnici inerenti l'attività dell'Agenzia in materia di siti contaminati"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ARPA Sardegna
Data	21/09/2007
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 8 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Master in Istituzioni, responsabilità e gestione del rischio in sanità"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa
Data	13/11/2006 - 19/11/2007
Durata	Un anno
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Progetto AGIRE POR: "TECNOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DI IMPATTO: PROGRAMMAZIONE SANITARIA, ACCESSO AI SERVIZI E DISEGUAGLIANZE SOCIALI"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Autonoma della Sardegna
Data	25/06/2008
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 8 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO X EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Progetto informativo aziendale ASL8 Cagliari: "L'influenza H1N1 tra rischi reali e allarmismi. Ruolo dell'ospedale e del territorio." (resp. Dott. Giorgio Pia)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL8 Cagliari
Data	21/12/2009
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 6 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO X EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Clinical Case school in ophthalmology (Seminario Oftalmologia, docente Dott. Paolo Galimi)
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL 8 Cagliari
Data	24/04/2010
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 6 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO X EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"il Melanoma: nuovi approcci terapeutici e prospettive future"

In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Ordine dei Medici, Cagliari
Data	14/05/2010
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Corso di formazione sulle tossicodipendenze rivolto ai Medici di Medicina Generale, agli operatori del servizio pubblico dei SerD e del privato sociale della Regione Sardegna
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Istituto Superiore di Sanità
Data	dal 09/06/2010 al 10/06/2010
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>16</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Corso BLS-D
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IRC Italian Resuscitation Council
Data	18/09/2010
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Corso Pre-Hospital Trauma Care
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	IRC Italian Resuscitation Council
Data	02/10/2010
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO X CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	XIV Congresso Regionale della Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi (S.I.S.A.) - Congresso-aggiornamento Arteriosclerosi
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi (S.I.S.A.)
Data	06/11/2010
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO X EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	"Attualità in Celiachia"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Autonoma della Sardegna, Assessorato Igiene e Sanità
Data	1/12/2011
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>

Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO X EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Tavola rotonda: dall'insufficienza venosa cronica degli arti inferiori al trombo-embolismo venoso, resp. Dott. Luigi Pibiri
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare Struttura Complessa Chirurgia Toraco-Vascolare
Data	24/03/2012
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO X EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	6° Corso Regionale di Terapia del Dolore acuto e cronico, resp. Dott. Sergio Mameli
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Provider Nazionale AIMOS
Data	7-8/06/2012
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>16</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Il nuovo sistema sanitario per la Sardegna. Azioni strategiche per il prossimo triennio.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Regione Autonoma della Sardegna, Assessorato Igiene e Sanità
Data	19/06/2012
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Il medico di medicina generale di fronte al paziente anziano fragile
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	consorzio formazione medica srl
Data	31/07/2013
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>7</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Metodologie della formazione
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	SIMG - Società Italiana di Medicina Generale
Data	24-27/06/2013
Durata	Giorni <u>4</u> ore <u>32</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO X CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO
--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

ressata	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	30° Congresso Nazionale SIMG - La sanità ad una svolta, la medicina generale alla guida del cambiamento
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	SIMG - Società Italiana di Medicina Generale
Data	21-23/11/2013
Durata	Giorni <u>3</u> ore <u>24</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Il Tumore del colon-retto: dalla prevenzione al supporto. Percorso diagnostico-terapeutico insieme agli operatori del settore
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	AOU Cagliari
Data	11/01/2014
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Course on: Good Clinical Practices
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	NIDA - Clinical Trial Network
Data	19/09/2014
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>6</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Il futuro in mente, esperienze e logiche innovative nella gestione della depressione"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	AOU Cagliari
Data	30/09/2014
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO X CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	31° Congresso Nazionale SIMG
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie
Data	27-29/11/2014
Durata	Giorni <u>3</u> ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Progettare, costruire e organizzare l'ospedale del III millennio"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL7 Carbonia
Data	30/03/2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella inte-	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO
-------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

ressata	<input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	XVI Conferenza Nazionale HPH & HS "Il ruolo della rete HPH & HS nell'organizzazione sanitaria della salute"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Rete HPH, Università di Cagliari
Data	22-23/10/2015
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>16</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Corso avanzato di inglese medico scientifico (edizione 3)"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	OMeCA, CLA Università di Cagliari
Data	dal 04/03/2015 al 01/07/2015
Durata	Giorni <u>15</u> ore <u>30</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"SAFE HANDS, 10 anni di campagna OMS sull'igiene delle mani"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL7 Carbonia
Data	08/05/2015
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Salute e ambiente: pesticidi, cancerogenesi, radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici e antibioticoresistenza"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	FNOMCeO
Data	20/08/2015
Durata	Giorni _____ ore <u>10</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Disturbi del comportamento alimentare: diagnosi precoce e appropriatezza delle cure"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Istituto Superiore di Sanità
Data	dal 1/1/2015 al 20/08/2015
Durata	Giorni _____ ore <u>48</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Allattamento al seno, corso pratico di counseling"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL7 Carbonia
Data	dal 15/02/2016 al 19/02/2016
Durata	Giorni <u>5</u> ore <u>40</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO X EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"Vaccini e comunicazione: tra EBM, Bufale e leggende metropolitane"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	OMeCA
Data	30/01/2016
Durata	Giorni _____ 1 _____ ore _____ 8 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"La valutazione degli esiti nella pratica clinica corrente"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Istituto Superiore di Sanità
Data	dal 23/05/2016 al 26/05/2016
Durata	Giorni _____ 4 _____ ore _____ 20 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	"L'epidemiologia per la programmazione e la valutazione in sanità pubblica"
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Ettore Majorana Foundation & centre for scientific culture
Data	dal 5 al 9 dicembre 2016
Durata	Giorni _____ 5 _____ ore _____ 32 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Gli inquinanti: effetti sul territorio e ricadute sulla salute della popolazione. Ed. 1
In qualità di	X RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL7 Carbonia
Data	28-29/10/2016
Durata	Giorni _____ 2 _____ ore _____ 12 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Gli inquinanti: effetti sul territorio e ricadute sulla salute della popolazione. Ed. 2
In qualità di	X RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL7 Carbonia
Data	16-17/12/2016
Durata	Giorni _____ 2 _____ ore _____ 12 _____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO X CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	L'esperienza della ASL di Cagliari nella gestione dei problemi di salute

	della popolazione immigrata
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Cagliari
Data	2/12/2016
Durata	Giorni <u>1</u> ore <u>8</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no X
Specificare se con test o esame finale	si <input type="checkbox"/> - no X

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Codifica delle Cause di morte in ICD-10
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ASL Modena
Data	1/06/2016 - 31/12/2016
Durata	Giorni _____ ore <u>12</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	X CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/>
Titolo dell'evento	Individuo ed organizzazione a confronto - il cambiamento e il ruolo del management nelle organizzazioni complesse.
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE X PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Sardegna
Data	30 e 31 marzo 2017
Durata	Giorni <u>2</u> ore <u>16</u>
Specificare se l'attività formativa è ECM	si X - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si X - no <input type="checkbox"/>

Pubblicazioni Scientifiche

Multiple immunofluorescence technology.

Ferri GL, Spiga G, Brancia C, D'Amato F, Saderi N, Noli B, Cocco C. Appl Immunohistochem Mol Morphol. 2006 Dec;14(4):454-5.

Costs of Parkinson's disease and antiparkinsonian pharmacotherapy: an Italian cohort study.

Winter Y, von Campenhausen S, Reese JP, Balzer-Geldsetzer M, Longo K, Spiga G, Boetzel K, Eggert K, Oertel WH, Dodel R, Barone P. Neurodegener Dis. 2010;7(6):365-72. doi: 10.1159/000302644. Epub 2010 Jun 4.

A healthy nutrition programme with child 'Cub Scouts'.

Sotgiu A, Mereu A, Spiga G, Coroneo V, Contu P.

Sotgiu A., Spiga G., Mereu A., Dessì S., Contu P., Coroneo V. "A healthy nutrition program with children "cub scout" 7th IUHPE European

Sotgiu A., Spiga G., Mereu A., Contu P., Coroneo V "In bocca al lupo" La promozione nutrizionale con i bambini scout. 42 Congresso Siti

Capacità Linguistiche

MADRELINGUA

ITALIANO

ALTRE LINGUE

INGLESE

FRANCESE

• Capacità di lettura

B2

B2

• Capacità di scrittura

B2

B2

• Capacità di espressione orale

B2

B2

**CAPACITÀ E
COMPETENZE
PERSONALI**

Spiccata capacità di comunicazione e relazione interpersonale.
Ottima adattabilità a nuovi contesti sociali e lavorativi e buona tolleranza allo stress.
Elevata capacità di adeguamento ad ambienti multiculturali, maturata durante le esperienze di studio e di lavoro all'estero.
Desiderio di crescita professionale e attitudine alla creatività.

**CAPACITÀ E
COMPETENZE
ORGANIZZATIVE**

Buona esperienza nella gestione di progetti e attività di gruppo.
Buone capacità nella gestione e risoluzione dei conflitti.
Attitudine a pianificare e organizzare il lavoro in maniera efficace ed efficiente.
Forte spirito collaborativo e senso di appartenenza all'équipe, maturati durante le varie attività di reparto, di sala operatoria e di promozione della salute.

**CAPACITÀ E
COMPETENZE
TECNICHE**

Approccio ordinato e sistematico alla ricerca scientifica e allo studio.
Possesso delle conoscenze e competenze tecniche della medicina acquisite durante il corso di studi e le esperienze formative post lauream, consolidate attraverso le frequenze presso diversi reparti di discipline mediche e chirurgiche e l'attività lavorativa.
Competenze in materia di: disegno, conduzione, analisi e valutazione di studi epidemiologici; disegno e conduzione di campagne di promozione della salute; calcolo e interpretazione degli indicatori ospedalieri di attività e di risultato; gestione, valutazione e controllo delle attività sanitarie, ospedaliere e territoriali.
Elevata dimestichezza con l'uso degli strumenti informatici.
Ottima conoscenza sistemi operativi Windows e Mac
Ottima conoscenza dei pacchetti office (word, excel, access e Power Point)
Discreta conoscenza Epi Info, SPSS
Ottima abilità nell'utilizzo di internet e posta elettronica

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Selargius, 21 maggio 2018

In fede
Dott. Giuseppe Spiga