



## RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO PER CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

**TITOLO: "Potenziamento dell'attività di nutrizione andrologica nel bambino e nell'adolescente presso la S.S. di Andrologia Pediatrica – Clinica Pediatrica" CODICE AVVISO:DMI-ANDRPED- DIET-PR 1)**

### DESCRIZIONE:

- Potenziamento della cura del bambino maschio, dalla nascita a 18 anni, affetto da patologie andrologiche legate a sovrappeso e obesità, con particolare attenzione ai bambini con ritardo puberale, ridotto sviluppo genitale, testicoli ipotrofici, obesità, sindrome metabolica, iperinsulinemia e rischio diabete.
- Esecuzione di interviste nutrizionali e stesura di diete personalizzate sia in sede ambulatoriale che di Day Hospital Andrologico.
- Supporto all'esecuzione di MAC riabilitativi andrologici e impostazione dell'attività fisica idonea in relazione alla valutazione clinica effettuata dai medici interni al reparto.
- Follow-up del paziente a casa con monitoraggio degli accelerometri e dei cardiofrequenzimetri indossati.

**UNITA' D'OFFERTA:** n. 1 unità

**FIGURA PROFESSIONALE SANITARIA RICHIESTA:** DIETISTA

**TITOLO DI STUDIO:** Laurea triennale in Dietistica nonché Laurea magistrale in Alimentazione e Nutrizione Umana, con obbligo di iscrizione all'Albo Professionale dei Dietisti.

**ALTRI REQUISITI:** comprovata esperienza in ambito andrologico pediatrico

### ESPERIENZE E COMPETENZE RICHIESTE:

Gestione di bambini maschi obesi, sovrappeso e affetti da sindrome metabolica. Conoscenza delle patologie andrologiche ed endocrinologiche del maschio, dalla nascita alla maggiore età, anche attraverso Pubblicazioni internazionali su riviste con impatto in ambito sia Andrologico che Nutrizionale.

**CENTRO DI COSTO A CUI ASSEGNARE LA RISORSA :** S.S. Andrologia Pediatrica - P. San Paolo.

### CRITERI DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO PER VOLUMI E/O INDICATORI QUALITATIVI:

- n. 2 accessi settimanali (pari ad una attività di minimo n. 6 ore settimanali)

**COMPENSO FORFETTARIO LEGATO ALLA TIPOLOGIA DI FABBISOGNO:** € 5.472,00 lordi annui oltre contributi dovuti per legge.

**PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO:** dalla data della stipula del contratto e per anni uno.

**MODALITÀ DI FINANZIAMENTO :** finanziato dai fondi di Reparto

Ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. il Direttore del Dipartimento Gestionale e della S.C. coinvolta con la presente attestano di aver preliminarmente accertato l'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili nel Dipartimento e nella S.C. interessati ai fini dello svolgimento/realizzazione del progetto di cui trattasi.

IL DIRETTORE  
Dipartimento Materno Infantile  
F.to Prof.ssa A.M. Marconi

I Responsabili  
S.C. Pediatria e Neonatol./S.S. Andrologia Pediatrica  
Dott. G. Banderali f.to Dott. M. Mancini

IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO



~~~~~  
parte riservata alla compilazione del **LIBERO PROFESSIONISTA** ( da allegare alla domanda di partecipazione)

**CODICE AVVISO:DMI-ANDRPED- DIET-PR 1)**

|                                                                                                         |                                     |                 |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|--------------|
| COGNOME: _____                                                                                          | NOME: _____                         | NATO/A A: _____ | ( ) IL _____ |
| RESIDENTE A: _____                                                                                      |                                     |                 |              |
| CODICE FISCALE: _____ QUALIFICA PROFESSIONALE: _____                                                    |                                     |                 |              |
| DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO:                                          |                                     |                 |              |
| <input type="checkbox"/> circa n. 2 accessi settimanali pari a minimo n. 6 ore settimanali di attività. |                                     |                 |              |
| _____                                                                                                   |                                     |                 |              |
| Data _____                                                                                              | IL PROFESSIONISTA (firma leggibile) |                 |              |

- Le modalità operative finalizzate all'esecuzione del progetto saranno oggetto di accordo con il Direttore del Dipartimento/UOC/S.S. coinvolti, sulla base della proposta elaborata dal libero professionista.

- Il Direttore del Dipartimento/UOC/S.S. coinvolti nella realizzazione del progetto verificherà, con cadenza temporale prestabilita, lo stato di raggiungimento degli obiettivi prefissati dallo stesso, al fine di procedere alla corresponsione dei ratei spettanti al professionista relativamente all'attività prestata per il periodo di tempo oggetto di liquidazione.